

Lean-projekt har reduceret liggetiden • 5

Psykiatrisk behandling gennem brevsprækken • 16

Nye bud på fremtidens DSR • 24

Graviditet – ude af kontrol • 40

SYGEPLEJERSKEN 21



Bedre mad – mindre spild

A la carte servering på Hvidovre Hospital • 10-15

LÆS OM DEN NYE SYGEPLEJERSKEPORTAL – INDSTIK I BLADET

Magnus, 12 år. Atopiker og konkurrencesvømmer.

NYHED

Er du ved at gå ud af dit gode skind?

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



**Chefredaktør**

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

**Redaktionssekretær**

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

**Redaktør**

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

**Sygeplejefaglig
medarbejder**

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

**Sygeplejefaglig
medarbejder**

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

**Journalist**

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

**Journalist**

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

**Journalist**

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

**Journalist**

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

**Journalist**

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

**Journalist**

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

**Journalist**

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



Telefax til redaktionen: 3315 1841

hospitalsmad**10 Ny mad glider nemt ned**

Hvidovre Hospital kan i dag tilbyde patienterne en madoplevelse, der er anderledes.

12 Hvidovre Hospital skrotter vanetænkningen

Nu er det patienternes ansvar at få noget at spise.

14 A la carte-kost får blandet modtagelse

Formanden for Danske Regioner mener, at alle patienter bør få tilbud om at kunne spise, hvad de ønsker.

opsøgende psykiatri**16 Psykiatrisk behandling gennem brevsprækken**

Sygeplejersker opsøger patienterne, hvor de befinder sig.

20 Vores behandling bruger hele paletten

Sygeplejerske svarer på spørgsmål om opsøgende psykiatri.

22 Et uhyggeligt fund

Da psykoseteamet kom i kontakt med patienten, var det for sent.

**kongres 2006****24 Nye bud på fremtidens DSR**

Hovedbestyrelsen fremlægger strukturskitse for ny organisation på den kommende kongres.

fag**obstetrik****40 Graviditet – ude af kontrol**

Kvinder henvender sig tidligt i graviditeten med ønske om scanning.

forskningsmetoder**44 Se verden i et andet perspektiv**

Mange antagelser, vi tager for givet, er ofte ikke, hvad de giver sig ud for at være.



10



40

i hvert nummer

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 4 Aktuelt | 46 Dilemma |
| 26 Dansk Sygeplejeråd mener | 47 Anmeldelser |
| 26 Debat | 50 Fem faglige minutter |
| 32 Synspunkt | 51 Stillingsannoncer |
| 33 In memoriam | 67 Kurser/Møder/Meddelelser |
| 34 Navne | |
| 36 Faglig information | |

Forside: Modelfoto: Søren Svendsen

Tidsskrift for Sygeplejersker · Nr. 21 · 20. oktober 2006 · 106. Årgang · Udgivet af Dansk Sygeplejeråd
Sygeplejerskens redaktion · Sankt Annæ Plads 30 · Postboks 1084 · 1008 København K · **Telefon** 33 15 15 55 · **E-mail** redaktionen@dsr.dk
Internetadresse www.sygeplejersken.dk · Redaktionen forebeholder sig ret til elektronisk lagring og udgivelse af de faglige artikler i tidsskriftet
 Ikke-medlemmer kan tegne abonnement ved henvendelse til Dansk Sygeplejeråd · **Årsabonnement** 1025,00 kr. + moms. Pris pr. stk. 20,00 kr. + moms.
Løssalg sker ved henvendelse til hovedkontoret · **Stillingsannoncer sendes til** Dansk Mediaforsyning · Klamsagervej 27, 1. · 8230 Åbyhøj · Telefon 70 22 40 88 · Fax 70 22 40 77 · e-mail: dsrjob@dmfnet.dk · **Forretningsannoncer sendes til** Dansk Mediaforsyning · Klamsagervej 27, 1. · 8230 Åbyhøj · Telefon 70 22 40 88 · Fax 70 22 40 77 · e-mail: dsrtekst@dmfnet.dk · **Layout** Tone Thoresen og Sanne Rigrtrup Møller · **Tryk** Graphx · Herlev
Distribueret oplag 1. juli 2005 – 30. juni 2006: 76.171 · ISSN 0106-8350 · Medlem af Dansk Fagpresse

Kulturnat

Fredag den 13. oktober var der Kulturnat i København. Sammen med Jordemoderforeningen åbnede Dansk Sygeplejeråd dørene på Sankt Annæ Plads 30, og indbød hen under aftenen blandt andet til, at børnene kunne tage deres bamse med og lade en sygeplejerske hjælpe den, og så var den fra radioen kendte sundhedsplejerske, Sigrid Riise, på besøg for at fortælle om hverdagen med småbørn.



FOTO: HEINE PEDERSEN

Trofast trods millionærstatus

Lottomillionær. En 41-årig sygeplejerske og familiefar til tre fra Nordrhein-Westfalen i Tyskland er uden tvivl landets rigeste sygeplejerske. Lørdag den 6. oktober vandt han alene den hidtil største lottogevinst, som nogensinde er udbetalt i Tyskland: 37,6 mio. euro (ca. 282 mio. kr.).

Først om tirsdagen henvendte den heldige vinder sig til det tyske lottoselskab for at få bekræftet den korrekte talrække. Han ringede fra sit arbejde og fortalte, at han ikke kunne komme til deres kontor før om aftenen, fordi han lige skulle gøre sin vagt færdig. Den heldige sygeplejerske havde indtil i lørdags en månedsløn på omkring 2.500 euro (ca. 18.750 kr.). Han bedyrer ifølge avisen Bild Zeitung, at han trods udsigten til alene en månedlig renteindtægt på 50.000 euro, ikke vil ændre sit liv nævneværdigt! (hbo)

Indstilling til Florence Nightingale-medaljen

I lighed med tidligere år har Dansk Sygeplejeråd – via Dansk Røde Kors – modtaget en opfordring fra den internationale Røde Kors komité i Genève om at indsende kandidatforslag. Medaljen er indstiftet i 1912 og første gang uddelt i 1920. En række danske sygeplejersker – i alt 22 – har modtaget den hæderfulde medalje. Sygeplejersken skal have udført en særlig indsats under krigsforhold eller for at udvikle sygeplejen generelt. Ved den seneste medaljeoverrækning i 2004 fik to danske sygeplejersker tildelt medaljen for humanitært arbejde i katastrofeområder. Dansk Sygeplejeråd skal indsende forslag til Røde Kors senest den 15. februar 2007 og modtager gerne forslag til sygeplejersker, som har gjort sig fortjent til at modtage medaljen. Deadline for indstilling er den 10. januar 2007. Kontakt Dansk Sygeplejeråd: bhl@dsr.dk

Sygeplejerske vinder sag i Højesteret

Sejr. En sygeplejerske, som i 1996 måtte opgive sit arbejde pga. eksem, har vundet en sag i Højesteret, som sikrer hende 200.000 kr. mere, end hun tidligere har fået. Dommen underkender Ankestyrelsens afgørelse.

Mere end ti år har sagen taget. Sygeplejersken, som ikke ønsker at stå frem offentligt, fik allerede i 1996 tilkendt førtidspension og en erstatning for nedsat arbejdsevne på 25 pct. på grund af eksem. Men i 1998 vandt Dansk Sygeplejeråd en anden sag i Højesteret, der var principiel, og dermed blev medlemmets sag åbnet igen. Det betød, at erstatningen for nedsat arbejdsevne i 2000 blev hævet til 50 pct. Men datoen for afgørelsen blev sat til dags dato i 2000. Da erstatningen falder som en månedlig ydelse, havde det stor betydning for medlemmet.

Dansk Sygeplejeråd ankede på vegne af medlemmet datoen for afgørelsen til Landsretten. Her stemte to ud af tre dommere imod. Men i Højesteret gav alle fem dommere Dansk Sygeplejeråd ret.

Det betyder, at sygeplejersken får 200.000 kr. af Ankestyrelsen, der også skal betale sagens omkostninger på 75.000 kr.

(sbk)

Rettelse

Bogen "Ergonomi. Krop og belastning," som blev anmeldt i *Sygeplejersken* nr. 20/2006, har to forfattere. *Maiken Böcher* stod nævnt i anmeldelsen. Navnet på hendes medforfatter, *Marianne Jakobsen*, var desværre faldet ud. Redaktionen.

Lean og aktive patienter reducerer liggetid med en uge

Af Christina Sommer, journalist

Effektivt. Den gennemsnitlige liggetid på Ortopædkirurgi Nordjylland Klinik Farsø er faldet fra 11,2 til 4,2 dage. Inspireret af bl.a. Lean-filosofien har klinikken kortlagt og standardiseret stort set alle procedurer fra første patientmøde til udskrivning – til både patienters og personalets tilfredshed.

For snart to år siden blev Ortopædkirurgi Nordjylland Klinik Farsø mødt med krav om både besparelser og øget produktivitet.

"Vi blev provokeret til at tænke kreativt, men meldte straks ud, at vi ikke ville gå på kompromis med behandlings- og plejekvaliteten eller det gode arbejdsmiljø," fortæller oversygeplejerske Dorte Ebdrup.

De kreative tanker har nu resulteret i, at Klinik Farsø, der udfører omkring 680 planlagte hofte- og knæoperationer om året, har nedsat den gennemsnitlige liggetid fra 11,2 til 4,2 dage.

Fælles procedurer

Med inspiration fra accelererede patientforløb på bl.a. hospitalerne i Hvidovre, Silkeborg og Slagelse samt den japanske ledelsesfilosofi Lean (se boks) har en tværfaglig styregruppe og en række arbejdsgrupper kortlagt alle processer i forbindelse med et patientforløb. Der er blevet udarbejdet fælles procedurer og standarder for stort set alt. Overflødige arbejdsopgaver er blevet skåret væk.

Operationerne foregår nu primært mandag- onsdag, så ergo- og fysioterapeuter kan udnyttes bedst muligt, og patienter og pårørende spiller en meget mere aktiv rolle end tidligere.

Samarbejdspartnere

F.eks. bliver alle patienter og pårørende nu inviteret til forundersøgelse og en patientuddannelsesdag før indlæggelse. På uddannelsesdagen får patienterne bl.a. information om operations- og genoptræningsforløbet, og at de kan forvente at blive udskrevet efter tre-fem dage.

"Vi ser patienterne som raske, aktive samarbejdspartnere. Patienterne er meget på forkant med, hvad der skal ske, og føler sig derfor mere trygge. De indstiller sig på forhånd på, at de kommer hjem efter tre-fem dage. Tager de fast medicin, får de også doseringsæsker med hjem, så de er selvmedicinerende under indlæggelsen. Det sparer naturligvis plejepersonalet for tid, men patienten bevarer også sin integritet," siger Dorte Ebdrup.

Tilfredshed

Patienterne virker da også tilfredse med de nye måder at gribe arbejdet an på. Det bekræftes bl.a. af den seneste patienttilfredshedsundersøgelse fra uge 36-40, 2006. Den viser bl.a., at mellem 89 og 95 pct. af patienterne har været tilfredse eller meget

tilfredse med informationsniveauet både før og under indlæggelsen, og knap 92 pct. af patienterne følte sig trygge ved at skulle udskrives.

Også Klinik Farsøs personale ser positivt på Lean-processen:

"Plejepersonale og tillidsrepræsentanter er blevet medinddraget og har været aktive i hele processen. Da vi som følge af effektiviseringen har skåret 14 sengepladser væk, frygtede jeg, at der ville ske fyringer, men det er ikke sket," fortæller sygeplejersker og tillidsrepræsentant Elin Aggerholm.

Derudover giver beskrivelserne af de faste rutiner og procedurer høj sygeplejefaglig kvalitet og stor patientsikkerhed.

"Vi havde også en række retningslinjer tidligere, men de var ikke så grundige og tilbunds gående. Nu føler vi os sikre på, at fagligheden er i top, og det giver stor arbejdsglæde," siger Elin Aggerholm.

►► LÆS MERE OM LEAN. Sygeplejersken har tidligere bragt artikler om den japanske ledelsesfilosofi Lean, der blev udviklet i Toyotas industriproduktion. Læs bl.a. Sygeplejersken nr. 24/2005 og 10/2006.

Peger på justeringer af uddannelsen

Sygeplejerskeuddannelse.

Der kan med fordel gennemføres mindre justeringer i fremtidens sygeplejerskeuddannelse og bedre sammenhæng mellem teori og praktik. Men sygeplejerskeuddannelsen skal fortsat være en generalistuddannelse af 3½ års varighed på professionsbachelorniveau, der fører til autorisation som sygeplejerske.

Denne holdning har Dansk

Sygeplejeråd givet udtryk for undervejs i det arbejde, der finder sted i disse uger i et hurtigtarbejdende udvalg under Undervisningsministeriet. Udvalget skal senest ved udgangen af oktober have afsluttet overvejelser om revision af sygeplejerskeuddannelsen, bl.a. med det formål at mindske frafaldet fra uddannelsen.

Dansk Sygeplejeråd fasthol-

der, at fordelingen mellem teori og klinisk uddannelse fortsat skal være 60/40. Det teoretiske indhold i uddannelsen bør justeres, og den kliniske del af uddannelsen skal forbedres. De kliniske vejledere skal rustes bedre til opgaven, og en del af praktikopholdet kan efter Dansk Sygeplejeråds mening flyttes tidligere frem i studieforløbet.

Hovedbestyrelsen blev ved sit

seneste møde orienteret om udvalgsarbejdet og om Dansk Sygeplejeråds samarbejde med øvrige interessenter i sygeplejerskernes uddannelse. Administrerende direktør Anne Granborg repræsenterer Dansk Sygeplejeråd i udvalget. De sygeplejestuderende er repræsenteret af Signe Hagel Andersen, Sygeplejestuderendes Landssammenkomst. (sp)

◀◀ TILBAGEBLIK

Kampen om kronerne

Af Katrine Birkedal Christensen, journalist

Blokader. Foreløbig har de sidste ugers pædagogstrejker og forældreblokader ikke øget bevillingerne til kommunalkasserne. Men trods det ringe udbytte melder nye faggrupper sig klar til aktion mod besparelser i sundhedsvæsenet.

Den 13. september brød utilfredsheden ud i lys lue i Århus, og hurtigt bredte den sig til det meste af Danmark. Gennem tre uger voksede antallet af forældre og pædagoger, der samlede sig til kamp mod forringelser i de kommunale budgetter – besparelser, der ifølge BUPL og FOA ville ramme 40 pct. af alle kommuner.

Det hele startede tilbage i forsommeren, da KL, Danske Regioner og regeringen indgik en økonomisk aftale for 2007. Dengang var mange kommuner allerede bekymrede, og Dansk Sygeplejeråds formand, *Connie Kruckow*, uddelte dumpekarakter til aftalen med KL, som hun betegnede som uambitiøs og advarede om, at ældreområdet ville komme under stort økonomisk pres. Kritikken af aftalen med regionerne var derimod mere moderat.

Økonomaftalen indebar bl.a. et loft for

stigningen i de offentlige udgifter. Dette loft fik i flere kommuner den konsekvens, at man inden for rammen blev tvunget til at spare på dele af budgetterne. Samtidig fortalte en stolt finansminister for nylig, at det "ender med, vi ejer hele verden," og det fik forældre og ansatte i landets kommuner til at undre sig.

I en tid, hvor flertallet i befolkningen oplever forbedringer i privatøkonomien, synes velfærdsforringelserne af børnenes og de ældres hverdag svære at sluge. Og pludselig fik utilfredsheden ansigt. Forældre og offentligt ansatte fik fælles fodslag. I et rigt samfund med overskud på statsfinanserne ønskede mange sig bedre velfærd lokalt.

Ingen resultater

Efter tre uger med protester ebbede aktionerne ud. Pædagogerne genoptog arbejdet, og forældrene stoppede blokaderne. Men hvad opnåede de? Flere folketingspolitikere var villige til at tilføre kommunerne penge, men statskassen blev aldrig åbnet. Ifølge BUPL havde 15 kommuner dog i begyndelsen af uge 41 valgt at droppe planlagte besparelser på børneområdet.

På trods af, at forældre og pædagoger altså aldrig opnåede det ønskede økonomiske – og dermed kvalitetsmæssige – løft lokalt, så melder en ny faggruppe sig nu i kampen om statskassens milliardoverskud. De regionale budgetter er netop vedtaget, men ifølge regionsformand *Bent Hansen* (S) mangler der 500 mio. kr. på budgetterne. En konstatering, der får FOA til at rasle med sablen.

Ifølge politiken.dk meddelte FOA i starten af uge 41, at besparelserne i sundhedsvæsenet kan medføre aktioner blandt personalet. Om aktioner blandt det sundhedsfaglige personale så kan få Indenrigs- og Sundhedsminister *Lars Løkke Rasmussen* (V) til lommerne, må tiden jo vise.

Sygeplejersken bringer i hvert nummer et tilbageblik over den eller de vigtigste sygeplejerskehistorier, der har været i medierne de seneste uger. Tilbageblikket er ikke en udtømmende beskrivelse af alle relevante historier, der har været i medierne, men udtryk for en prioritering fra redaktionens side.

Tilbage til vintertid

Søndag den 29. oktober kl. 03.00 slutter sommertiden, og vintertiden begynder. Uret skal derfor stilles en time tilbage – kl. 03.00 bliver til kl. 02.00. Skiftet fra sommertid til vintertid kan have indflydelse på tilrettelæggelsen af arbejdet.



For sygeplejersker, som den 29. oktober 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 egentlige arbejdstidsnorm.

Farvel og tobak-aktier

Host, host. Pensionskassen for Sygeplejersker har besluttet at sælge sygeplejerskernes tobaksaktier på krav fra Dansk Sygeplejeråd. Sygeplejersker investerer fortsat i alkohol.

Der er penge at tjene på investeringer i tobak, men for Dansk Sygeplejeråd handler investeringer ikke alene om det højeste afkast. Der er også etiske hensyn at tage, og pensionskassen investerer f.eks. ikke i våben og produktion baseret på børnearbejde. Og nu heller ikke længere i rygning og snus.

"Det er dokumenteret i vores egen handlingsplan for sundhedsfremme og forebyggelse, at rygning er skadeligt for helbredet. Dansk Sygeplejeråd arbejder for et røgfrit samfund, vi har et røgfrit hus og kursus ejendom, og derfor vil vi ikke investere i tobak," siger formand for Dansk Sygeplejeråd, *Connie Kruckow*.

På det seneste bestyrelsesmøde i pensionskassen besluttede bestyrelsen at sælge tobaksaktierne. Investeringen på 71 mio. kr. har alene i de seneste 12 måneder givet et afkast på 26 pct., hvor aktier generelt har givet 16 pct. i samme periode.

Sygeplejersker ejer fortsat alkoholaktier for omkring 150 mio. kr. f.eks. i franske Pernod-Ricard og danske Royal Unibrew. Alkoholaktier har de seneste 12 måneder givet et afkast på 16 pct. Stillingtagen til, hvornår de etiske hensyn skal overskygge hensynet til sygeplejerskers investeringsmuligheder, sker i en løbende proces blandt pensionskassens delegerede.

"Der er ikke dokumentation for, at et målrigt forbrug af alkohol fører til sygdom, derfor har vi valgt at bevare de aktier," siger *Connie Kruckow*.

(sbk)

”Det ærgrer mig helt ind i sjælen, at vi ikke selv forstod at aflive denne udemokratiske tvangsordning (eksklusivaftale, red.). Men det er, som om vi først begynder at gøre noget ved problemerne i fagbevægelsen, når vi er så meget i krise, at vi driver langsomt ned ad væggen og klasker ud på gulvet.”

Dennis Kristensen, formand for Fag og Arbejde, FOA, til dagbladet Politiken.

aktuel

21/2006

Sygeplejersken



De opsøgende psykoseteam hjælper de hårdest belastede psykisk syge i deres eget hjem. I nogle tilfælde er det nødvendigt at kommunikere med patienten gennem brevprækken. Billedet her er fra Frederiksberg, hvor det opsøgende psykoseteam på Frederiksberg Hospital har fungeret i to år.

Flere psykisk syge skal behandles i eget hjem

Psykatri. Opsøgende psykoseteam er på vej i hele landet.

Mød patienten hjemme i lejligheden, på en café eller måske på en bænk i parken. Sådan foregår det, når kontaktpersoner, heriblandt sygeplejersker, fra de opsøgende psykoseteam hjælper nogle af de hårdest belastede psykisk syge. Erfaringerne er så positive, at ordningen bør indføres i alle regioner i Danmark. Det mener formanden for Danske Regioner og flere af de partier i Folketinget, der netop har indledt forhandlinger om en ny psykiertiaftale.

”Den vigtigste gevinst ved de opsøgende psykoseteam er, at mange af patienterne kan leve en hverdag, der ikke er så belastet af sygdom. Vi arbejder for, at tilbuddet bør udstrækkes til alle regioner,” siger formanden for Danske Regioner, Bent Hansen (S). Han vurderer dog, at der kan gå halvdandet år, før tilbuddet bliver landsdækkende.

”I 80’erne skulle psykiatriske patienter ligge i en seng. I 90’erne kom distriktspsykiatrien. Tredje fase er, at behandlingen i psykiatrien nu kædes sammen med indsatsen i patientens eget hjem,” siger Bent Hansen.

Lige nu drøfter Folketinget udmøntningen af en såkaldt psykiertiaftale, der skal tilføre psykiatrien godt 270 mio. kr. om året.

”Psykoseteam står højt på vores prioriteringsliste, men det er for tidligt at sige, hvad forhandlingerne munder ud i,” siger Birgitte Josefsen, sygeplejerske og medlem af Folketingets Sundhedsudvalg for Venstre. Samme melding kommer fra Socialdemokraterne og Dansk Folkeparti. (bso)

Læs også artiklen ”Psykiatrisk behandling gennem brevprækken” side 16 i dette nummer af Sygeplejersken.



Cape Town, Sydafrika, den 26. september kl. 13.46 lokal tid. Dansk jubel efter 8-3 sejren over Chile. Det danske hjemløselandshold klarede sig godt igennem de indledende runder ved hjemløse-VM i gedefodbold, men blev slået ud af Polen i kvartfinalerne. Rusland blev verdensmestre uden at tabe en eneste kamp. Danmark endte på en samlet syvendeplass. Dansk Sygeplejeråds Solidaritetsfond har støttet landsholdets tur til Sydafrika med 25.000 kroner. 46 nationer deltog. Løvlrigt forlyder det, at VM for hjemløse i gedefodbold kommer til at foregå i Danmark i 2007.

Dansk Sygeplejeråds formand, Connie Kruckow, opfordrer til, at der udformes et regelsæt for uniformer, som lever op til hygiejnestandarderne.



Uniforme regler efterlyses

Uniformer. Sygeplejersker med anden religiøs overbevisning skal i vid udstrækning have imødekommet deres ønsker til uniform. Naturligvis under forudsætning af, at uniformen lever op til kravene for hygiejne og patienternes sikkerhed.

Det giver Dansk Sygeplejeråd udtryk for i breve til indenrigs- og sundhedsministeren, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening. I de næsten enslydende breve op-

fordrer Dansk Sygeplejeråds formand, *Connie Kruckow*, de centrale sundhedsmyndigheder og sygeplejerskernes arbejdsgivere til i fællesskab at udforme et uniformsregelsæt, der lever op til hygiejnestandarderne, gældende for hele sundhedssektoren.

"Af debatten fremgår det, at der ikke er ensartede regler og standarder på arbejdspladserne om kravet til hygiejne og uniformernes udformning. Det forekommer ikke

hensigtsmæssigt set i lyset af, at vi i stigende grad i sundhedsvæsenet har brug for en mangfoldighed af medarbejdere – også med forskellig religiøs overbevisning," hedder det i brevet fra Dansk Sygeplejeråds formand.

(sp)

Præcisering i sagen om islamisk jibab

Orientering. Klagekomiteen for Etnisk Ligebehandling under Institut for Menneskerettigheder har ikke modtaget en konkret klage og er ikke fremkommet med en udtalelse vedrørende sygeplejersken, der ønsker at bære en hellang islamisk kjole på arbejde. Det skriver komiteen i et brev til *Sygeplejersken*. Derimod har nævnet orienteret Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse (DSA) om lovgivningen på området, og hvilken afvejning der skal foretages i sådanne sager. Det har klagenævnet ønsket at præcisere efter omtalen af sagen i *Sygeplejersken* nr. 19/2006.

I den konkrete sag fik DSA medhold i Arbejdsdirektoratet, da sygeplejersken blev trukket i dagpenge, fordi hun ikke ville følge arbejdspladsens uniformsregler med henvisning til religiøse hensyn. DSA har haft en tilsvarende sag med en bioanalytiker. Begge afgørelser er nu anket til Arbejdsmarkedets Ankenævn (AMA). (sp)

A-kasse-afgørelser anket

Hensyn mod hensyn. Den muslimske sygeplejerske, som fik karantæne med tab af tre ugers dagpenge, fordi hun afviste at følge arbejdspladsens uniformsregler, har anket afgørelsen til Arbejdsmarkedets Ankenævn (AMA). Det samme har en muslimsk bioanalytiker. Begges sager var omtalt i *Sygeplejersken* nr. 19/2006. I Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse (DSA) er man tilfreds med, at afgørelserne er anket. Det opfordrede DSA de pågældende medlemmer til.

"Vi synes, det er positivt, at sagerne også vurderes af AMA," siger juridisk konsulent i DSA, *Dorte Enoksen*, og fortsætter:

"Der er jo tale om konkrete afvejninger mellem hygiejnemæssige krav og hensyn til den enkelte. Afgørelserne kan få betydning også for flere medlemmer, så for retssikkerhedens skyld hilser vi anken velkommen." (sp)

Spørg Kirsten Holmboe om stress

Brevkasse. I næste nummer af *Sygeplejersken* starter Stressbrevkassen, hvor arbejdsmiljøkonsulent *Kirsten Holmboe* vil svare på spørgsmål fra sygeplejersker, der lider af arbejdsrelateret stress – eller er bekymrede for en kollega, der gør det.

Brevkassen vil blive bragt i *Sygeplejersken* en gang om måneden. Derfor må spørgserne være indstillet på op til fire-fem ugers ventetid. Men alle, der henvender sig med et problem, vil få svar, enten i bladet eller direkte, hvis der ikke er plads til mere i spalterne.

Skriv til brevkassen pr. mail på

brevkasse@dsr.dk eller pr. brev til: Sygeplejerskens brevkasse Sankt Annæ Plads 30, 1250 København K.

Skriv kort. *Sygeplejersken* forbeholder sig ret til at forkorte i spørgsmålene, om nødvendigt.

Spørgerne kan vælge at være anonyme. Man må gerne underskrive sig f.eks. "hjemmesygeplejerske, 37 år," men fulde navn og adresse skal være redaktionen bekendt. Brevkassen kan ikke påtage sig at hjælpe med litteratursøgning om stress o.l.

(kb)

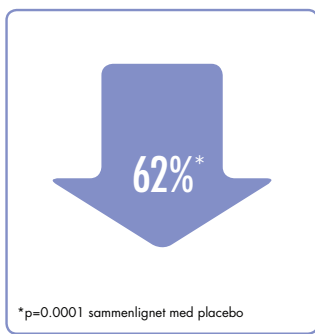


FOTO: THOMAS SØNDERGAARD

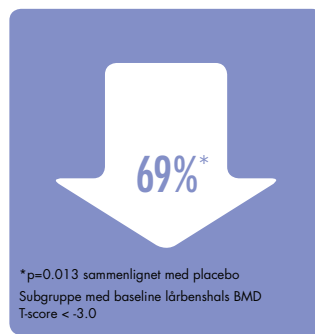
Kirsten Holmboe har været arbejdsmiljøkonsulent i Dansk Sygeplejeråd, Århus amtskreds, siden 1996.



Bonviva® (ibandronat): Reduktion af nye vertebrale og non-vertebrale frakturer¹



Bonviva reducerer risikoen for nye vertebrale frakturer med 62% efter 3 år¹



Bonviva reducerer risikoen for non-vertebrale frakturer med 69% blandt patienter med øget risiko for frakturer¹

Bonviva® (ibandronat). Produktinformationen er forkortet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé, som kan rekvireres hos Roche a/s, Industriholmen 59, 2650 Hvidovre. **Bonviva (ibandronnatrium), filmovertrukne tabletter 150 mg, 3 mg/3 ml injektionsvæske i fyldt injektionssprøjte.** **Indikation:** Behandling af osteoporose hos postmenopausale kvinder, med øget risiko for frakturer. Der er vist en reduktion af risikoen for vertebrale frakturer. Effekten på frakturer af lårbenshalsen er ikke fastslået. **Dosering:** Månedstablet: Anbefalet dosis er 1 tablet à 150 mg 1 gang om måneden (helst på samme dato hver måned). Tabletten skal indtages om morgenen efter mindst 6 timers faste, og patienten skal fortsætte med at faste 1 time efter indtagelse. Tabletten skal synkes hel med et glas postevand, og patienten må ikke ligge ned under indtagelsen og indtil 1 time efter. lv. kvartalsinjektion: Anbefalet dosis er 3 mg hver 3. måned, administreret som en intravenøs injektion over 15-30 sekunder. For begge formuleringer gælder, at patienten skal have et tilstrækkeligt calcium- og vitamin D-tilskud. Bonviva bør ikke anvendes til børn og unge. **Kontraindikationer:** Hypocalcæmi. Overfølsomhed over for ibandronat eller øvrige indholdsstoffer. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Månedstablet: Bisphosphonater har været forbundet med dysphagi, esophagitis og esophageale eller gastriske ulcerationer. Patienter – især patienter med forlænget esophagustransitid - bør derfor være særligt opmærksomme på og i stand til at overholde doseringsvejledningen. Lægen skal være opmærksom på ethvert tegn eller symptom på esophagus reaktion under behandlingen, og patienten skal instrueres i at standse behandlingen med Bonviva og søge læge, hvis der udvikles sådanne symptomer f.eks. dysphagi, synkesmerter, retrosternal smerte eller halsbrand. Ved samtidig behandling med NSAIDs bør der udvises forsigtighed. Bør ikke anvendes til patienter med arvelig galactoseintolerans, en særlig form af arvelig galactosemangel (Lapp Lactase deficiency) eller glucose/galactosemalabsorption. lv. kvartalsinjektion: Proceduren for intravenøs administration skal nøje overholdes. Der skal udvises forsigtighed for ikke at give injektionerne intraarterielt eller paravenøst, da det kan medføre vævsskader. Ved sygdomme eller medicin, der kan påvirke nyrefunktionen, bør patienter regelmæssigt kontrolleres under behandling. For begge formuleringer gælder, at forstyrrelser i calcium- samt knogle- og mineralstofskiftet bør behandles, før behandling med Bonviva initieres. Bonviva anbefales ikke ved serumkreatinin > 200 µmol/l eller kreatininclearance < 30 ml/min på grund af begrænset klinisk erfaring. Knoglenekrose i kæben, normalt set ved tandudtrækning eller lokal infektion (herunder osteomyelitis), er rapporteret blandt cancerpatienter, der får behandlingsregimer primært med intravenøst administrerede bisphosphonater. Mange af disse patienter fik også kemoterapi samt kortikosteroider. Knoglenekrose i kæben er også rapporteret blandt patienter med osteoporose, der får orale bisphosphonater. En tandundersøgelse med passende præventiv tandbehandling bør overvejes hos patienter med samtidige risikofaktorer (som cancer, kemoterapi, strålebehandling, kortikosteroider, dårlig mundhygiejne) før behandling med bisphosphonater. En individuel klinisk vurdering, baseret på fordele og ulemper, bør udføres af den behandelende læge, og tilpasses behandlingsplanen for hver enkelt patient. **Interaktioner:** Den orale biotilgængelighed for ibandronat er generelt nedsat ved tilstedeværelse af føde. Calciumtilskud, antacida samt visse perorale lægemidler med multivalente kationer (f.eks. aluminium, magnesium, jern) vil sandsynligvis påvirke absorptionen af Bonviva. **Graviditet og amning:** Bonviva bør ikke anvendes. **Bivirkninger:** Månedstablet: *Almindelig:* Dyspepsi, kvalme, mavesmerter, diarre, flatulens, gastroesophageal reflux sygdom, gastritis, hovedpine, influenzalignende sygdom, træthed, myalgier, artralgi, muskelkrampe, smerter og stivhed i bevægeapparatet, udslæt. *Usædvanlig:* Dysphagi, opkastning, esophagitis herunder esophageale ulcerationer eller strikturer, svimmelhed, rygsmerter. *Sjælden:* Duodenitis, overfølsomhedsreaktioner, angioødem, ansigtsødem, urticaria. lv. kvartalsinjektion: *Almindelig:* Gastritis, diarre, mavesmerter, dyspepsi, kvalme, obstipation, smerter i bevægeapparatet og bindevæv, artralgi, myalgier, rygsmerter, influenzalignende symptomer, træthed, hovedpine, udslæt. *Usædvanlig:* Reaktionen på indgivelsesstedet, asteni, phlebitis/trombophlebitis. *Sjælden:* Overfølsomhedsreaktioner, angioødem, ansigts hævelse/ødem, urticaria. **Overdosering:** Erfaring savnes. Patienter, der har fået højere doser end anført, bør overvåges nøje. **Pakninger og priser (oktober 2006):** Vnr. 025588 Bonviva 150 mg, 1 stk. AUP 374,00 kr. Vnr. 025599 Bonviva 150 mg, 3 stk. AUP 1086,65 kr. Vnr. 049169 Bonviva 3 mg/3 ml, 1 stk. AUP 1145,15 kr. **Udlevering:** B. **Tilskud:** Individuelt tilskud.

Ref. 1: Chesnut CH et al. J Bone Miner Res 2004; 19: 1241-49.
Roche a/s, Industriholmen 59, 2650 Hvidovre, tlf. 36 39 99 99, www.roche.dk
GlaxoSmithKline Pharma A/S, Nykær 68, 2605 Brøndby, tlf. 36 35 91 00, www.glaxosmithkline.dk



Månedstabletten

Ny mad



glider nemt ned

Kulturændring. På Hvidovre Hospital kan patienterne selv vælge, hvad de vil have at spise og hvornår. En mængde nye systemer og rutiner er gennem flere år langsomt blevet arbejdet på plads, for at hospitalet i dag kan tilbyde patienterne en madoplevelse, der er anderledes end på de fleste andre danske hospitaler.

Under Hvidovre Hospital ligger hjertet i den nye madordning, som gør det muligt for hospitalets patienter at spise, hvad de vil, når de vil. Et nyindrettet køkken er forsynet med den nyeste teknik og præges af fladskærme, som hjælper kokkene med at koordinere arbejdet, der skal få de omkring 75 forskellige retter smertefrit frem til patienterne. Køkkenchefen *Mogens Fonseca Pedersen* mener dog ikke, at teknikken er afgørende for, om den nye madordning bliver en succes eller ej.

”Hvis ikke ånden er der, kan du bygge, lige hvad du vil, af smarte faciliteter, uden at det hjælper noget,” fortæller Mogens Fonseca Pedersen.

Han driver et køkken, som har sat de friske råvarer i centrum. Væk er de store frysere med halvfabrikata, og i stedet opbevares alt, køkkenet skal bruge, i køleskabe med kød, frugt og grøntsager – indkøbt samme dag, som det bliver brugt.

Mindre madspild

Begreber som ”central udportionering” og ”patient” er forsvundet ud af køkkensproget. I stedet hedder det nu ”gæst,” mens hænderne i køkkenet er optaget af at lave håndrullede frikadeller og hjemmesyltede rødbeder i stedet for bare at øse op.

Anders Keller, som er driftschef på Hvidovre Hospital, mener, at holdningsændringer er nødvendige omkring det at lave mad til patienterne:

”Det er jo en ejendommelig filosofi at tro, at alle 800 patienter skal eller vil have millionbøf på en given dag, og at de alle vil spise samtidig,” siger Anders Keller.

For det vil de ikke, mener han og påpeger, at Hvidovre Hospital før i tiden smed op imod 500 kg mad ud hver dag. Og grunden til, at det kan løbe rundt at have et a la carte-køkken på et dansk hospital, skal netop findes i, at der ikke længere er så stort et spild som før – meget mere af maden bliver spist op.

”Vi er kommet ud over den tvangstanke, at det nødvendigvis skal være dyrere at lave god mad end dårlig mad,” forklarer Anders Keller.

Nye madroller. Sygeplejersker har altid haft ansvar for at sørge for, at patienterne spiser og drikker passende. Men det vender en madrevolution på Hvidovre Hospital nu op og ned på. Patienterne får selv ansvar for at få noget at spise på hospitalet, som til gengæld har gjort det at optage føde til en noget mere behagelig oplevelse.

Hvidovre Hospital skrotter

I hospitalssengene på Hvidovre Hospital kan patienterne nu frit vælge, hvad og hvornår de vil spise. Ved hjælp af en IP-telefon ved patientens seng går patientens valg af en af menukortets omkring 75 forskellige retter videre til køkkenet, hvorfra maden bliver leveret direkte til patientens seng inden for 45 minutter.

Kernen i det nye koncept er, at patienten har fuldstændigt frit valg på menuen, og det er en stor omvæltning for de involverede sygeplejersker.

Da sygeplejerskerne naturligt har føling med, hvilke krav patientens grundsygdom stiller til kosten, har det, lige siden *Virginia Henderson* formulerede de 14 grundlæggende patientbehov, været opfattet som det mest naturlige, at sygeplejerskerne hjælper patienterne med at få noget fornuftigt at spise.

Men efter den nye madordning er trådt i kraft på Hvidovre Hospital, er der ikke længere nogen begrænsninger for patienterne. En hjertepatient kan godt få en paneret fiskefilet med hjemmerørt remoulade, og en diabetiker må gerne be-

stille en chokolademousse pyntet med flødeskum.

”Nu vælger vi at vejlede og råde patienterne, men i sidste ende vælger patienterne selv, hvad de vil have,” fortæller ledende oversygeplejerske på Gynækologisk-Obstetrisk afdeling *Annette Gyldengren*.

Hun har deltaget i projektgruppen omkring a la carte-ordningen, siden forsøget begyndte i 2002. Og hun mener ikke, at det er et tilbageskridt, at sygeplejerskerne ikke længere er så tæt på patienternes madvalg:

”Folk er jo kun indlagt i et begrænset stykke tid, og hvis de har vaner med hjemmefra, er det alligevel begrænset, hvad vi kan gøre for at bryde dem, mens de er her,” forklarer hun.

Ansvar giver tryghed

Annette Gyldengren fortæller, at sygeplejerskerne i højere grad forsøger at inddrage patienterne i beslutningerne under deres ophold, så de oplever et ansvar for egen heling og føler tryghed ved, hvad der sker omkring dem.

”Men nogle patienter er selvfølgelig stadig afhængige af vores hjælp i forbindelse med bestillingen af maden. Demente, hjerneskadede, og folk, der ikke rent fysisk kan betjene deres IP-telefoner, bliver selvfølgelig hjulpet med at afgive bestillingerne,” fortæller Annette Gyldengren.

En vigtig del af det nye system er også, at patienternes madforbrug bliver registreret og lagt i en kostdatabase. Nyindlagte bliver oprettet i databasen med anmærkninger om deres helbredstilstand, så personalet kan give den rigtige vejledning. Alle, der har med patienterne at gøre, har adgang til databasen, hvor de bl.a. kan finde ud af, om den enkelte patient har bestilt mad, hvornår maden blev bestilt, og hvor meget protein og hvor mange kilojoule der var i hvert måltid. På den måde er det lettere at holde styr på, hvem der måske mangler hjælp til at bestille eller bare skal have en påmindelse om muligheden for god mad.

Som at være på restaurant

Den nye madordning har kørt som forsøg



Ved hver enkelt seng er der monteret en IP-telefon, som patienten kan bruge til at bestille maden direkte fra køkkenet. Patienten kan vælge fra et omfangsrigt menukort med omkring 75 retter, der kan varieres mht. tilbehør og størrelse på portionen.



I køkkenets callcenter bliver bestillingen modtaget. Alle patientens oplysninger kan aflæses på skærmen, så personalet kan se, om der er specielle ernæringsmæssige behov hos patienten.

på tre afdelinger (Hjerte- og Lungemedicinsk, Gynækologisk-Obstetrisk og Ortopædkirurgisk) i en længere forsøgsperiode, men fra starten af september 2006 er ordningen blevet praksis på det meste af hospitalet. Kun Børneafdelingen, Psykia-

de undskyldninger for ikke at spise, i hvert fald begrundet i kræsenhed – alle patienter burde kunne finde noget at spise sig mæt i. Til morgenmaden er der f.eks. frit valg mellem tre slags yoghurt, gryn, cornflakes, forskellige slags brød eller rund-

store problem, men på andre afdelinger, hvor patienterne er for syge til selv at forlade sengen, bliver det en større arbejdsopgave.

På Hvidovre Hospital benytter man sig af et containersystem til udbringning af mad, sengetøj og andre materialer, og det er da også blevet bemærket, at der er flere containere, der skal retur til køkkenet med bestik og affald fra de forskudte måltider.

”Der er kommet flere containere til, men de er til gengæld blevet lettere at håndtere, fordi de rummer affald fra færre måltider ad gangen. Desuden er der ikke så meget madaffald i dem,” fortæller Anna Kathrine Olesen.

”Der er ikke som sådan kommet flere opgaver til, og den samlede byrde er ikke blevet større, men der er mere arbejde med at koordinere indsatsen, og det griber da ind i vores rytmer,” fortæller Annette Gyldengren.

De nye afdelinger, der er kommet på ordningen efter udvidelsen, har alle fået tilbudt at få lavet en arbejdsgangsanalyse. Men ikke alle tager imod tilbuddet, da ordningen kører fint.

Annette Gyldengren ser det ikke som noget problem, at ansvarsfordelingen i forhold til mad og drikke er ændret en smule mellem sygeplejerske og patient:

”Det kan godt være, at nogle traditioner er værd at holde på, men jeg tror på, at det er gennem udvikling, at vi lærer og oplever forbedringer i det lange løb.”

bba@dssr.dk

vanetænkningen

trisk afdeling, dagafsnittene og ambulatorierne er endnu ikke omfattet. På Barselgangen, hvor sygeplejerske *Anna Kathrine Olesen* arbejder, er det nye system netop blevet indført. Og allerede nu tegner det til at blive en succes, mener hun.

”Vi sygeplejersker slipper for en del af de opgaver, vi havde før med at dele mad ud eller stille buffeter op. Før i tiden kunne det jo tage op imod to timer at få maden delt ud på en stor afdeling,” fortæller hun.

”Det nye system virker også mere hygiejnisk. Maden, der kommer direkte op fra køkkenet, har jo ikke været igennem nær så mange hænder.”

Samtidig mener hun, at det er en fordel, at maden er så indbydende, som den er, sammenlignet med den tidligere standard og standarden andre steder i sundhedsvæsenet.

”Der er kælet for detaljerne på tallerkenen. Det og de mange valgmuligheder er med til at øge appetitten,” supplerer Annette Gyldengren.

Det er også svært for patienterne at fin-

stykker med pålæg – eller sågar æg og bacon. Faktisk er der mere at vælge mellem her, end gennemsnitsdanskere har liggende hjemme i sit køleskab.

”Folk får den der fornemmelse af lækkerhed, når de spiser her. Jeg overhørte en samtale mellem nogle patienter, der diskuterede, om der var friske krydderurter i maden, og da de fik bekræftet, at der ikke var noget i maden, der var frysetørret, beskrev de det som ligesom at være på restaurant,” fortæller Annette Gyldengren.

Maden bryder vanerne

Som følge af den nye madordning får sygeplejerskerne naturligvis også en del nye opgaver. Idet maden kommer mere uregelmæssigt, end hvis alle patienterne skulle have mad på samme tid, skal sygeplejerskerne være mere på tærerne for at sikre, at patienterne får noget at drikke til maden.

På Barselgangen, hvor de fleste patienter selv eller deres ledsager kan gå i køleskabet efter drikkevarer, er det ikke det



11:15

Når bestillingen går videre fra callcenteret, dukker den op på touchscreens, der hænger over bordene i køkkenet. Kokkene accepterer så bestillingerne ved et tryk på skærmen og går i gang med at lave de enkelte portioner.



11:21

Arbejdet med endnu et unikt a la-carte-måltid i køkkenet under Hvidovre Hospital skrider frem.

A la carte-kost får blandet

Fri føde. Formanden for Danske Regioner, Bent Hansen (S), mener, at alle patienter på landets sygehuse snart skal kunne spise, hvad de ønsker, og når de vil. Ambitionen om a la carte-menuer og frie spisetider får en blandet modtagelse på landets sygehuse.

Når det kommer til mad og drikke, har patienterne på bl.a. Hvidovre Hospital og sygehuse i Tarm og Lemvig det forbilledligt. Det mener formanden for Danske Regioner, *Bent Hansen* (S). A la carte-menuer med op til 75 retter gør det muligt for patienterne selv at bestemme, hvad de vil spise, når de vil, og står det til Bent Hansen, skal alle landets sygehuse snart tilbyde deres patienter en lignende service.

”Ved at give patienterne valgmuligheder respekterer vi, at vi lever i en verden, hvor vi selv kan og vil bestemme. Jeg mener, at især de svage og meget syge patienter har brug for selv at kunne vælge, hvad de vil spise, det drejer sig om at skærpe deres appetit,” siger han.

Bent Hansen vil derfor nedsætte et hurtigarbejdende udvalg på tværs af regionerne. Det kommer bl.a. til at bestå af fagfolk som læger, økonomaer og sandsynligvis også sygeplejersker og skal være med til at sikre, at Bent Hansens ønske om a la carte-menuer på alle landets syge-

huse bliver til virkelighed – helst til næste sommer.

Tilbud svært at løfte

På Aalborg Sygehus får Bent Hansens planer en blandet modtagelse.

”Principielt kan vi godt lide ideen om ordninger som dem på Hvidovre. Men vi kan ikke bare kopiere samme model. Hvidovre Hospital er f.eks. kun i tre etager, mens Aalborg Sygehus består af mange forskellige bygninger, nogle i endnu flere etager, og vi leverer også mad til afdelinger flere kilometer væk. Umiddelbart kan vores køkkener ikke løfte sådan et tilbud uden store ombygninger og logistiske ændringer,” siger *Gitte Rossander*, vikar for assisterende cheføkonoma i Centralkøkkenet på Aalborg Sygehus.

Hun påpeger også, at en a la carte-ordning stiller nye krav til plejepersonalet.

”Jeg mener, at en a la carte-ordning kan være en risiko for de småtspisende patienter forstået på den måde, at den i hvert fald vil kræve, at plejepersonalet er endnu mere

opmærksom på de patienter – får de nu bestilt mad, og er det, de bestiller, nu også korrekt set ud fra et ernæringsmæssigt synspunkt etc.”

Endelig fremhæver *Gitte Rossander*, at patienterne på Aalborg Sygehus allerede har en del valgfrihed, da mange afdelinger tilbyder buffeter hver dag og ligger inde med frostvarer som supper og frikadeller, så patienter med knurrende maver kan få stillet deres sult uden for de faste spisetider.

Bedst til nogle patienter

I Centralkøkkenet i Risskov, som hver dag bespiser 800-900 patienter på bl.a. Skejby Sygehus, er Bent Hansens udspil om a la carte-menuer blevet modtaget positivt, fortæller assisterende cheføkonoma *Bente Schiødt*.

”Det er jo et rigtig flot patienttilbud, som vi gerne ville indføre i vores køkken. Det er også meget positivt, at Bent Hansen tager emnet op politisk, da det ikke er hospitalsmaden, der fokuseres mest på lige nu, hvor regionerne er ved at finde de-



11:35

... og til det bruges der de friskeste råvarer som asparges, der bliver brugt samme dag, de er købt ind.



11:37

Køkkenschef *Mogens Fonseca Pedersen* gør sit til, at køkkenarbejdet foregår i den rigtige ånd og er selv lykkelig for at kunne servere a la carte-retter til patienterne.

modtagelse

res egne ben at stå på,” siger Bente Schiødt.

Hun understreger dog, at kost og hospitalssmad er et tværfagligt projekt, og Bent Hansens ønske om a la carte-ordninger kan ikke bare indføres fra den ene dag til den anden.

”Det kræver jo, at alle faggrupper er indstillede på det. Og det vil kræve en omlægning af mange arbejds gange for at få logistikken til at hænge sammen, så vi kan sikre, at alle patienter får det at spise, de har behov for,” siger Bente Schiødt, der også tror, at a la carte-tilbuddet er mere brugbart for nogle patienter end andre.

”Jeg tror, sådan et tilbud egner sig bedst til de patienter, der ikke fejler noget rent appetitmæssigt. Men overordnet mener jeg, at patienterne skal have valgmulighed, når det kommer til mad, og det har de jo allerede i dag,” siger Bente Schiødt og refererer til, at også Centralkøkkenet leverer flere forskellige retter til afdelingernes morgen-, middags- og aftenbuffeter, mens patienterne også har adgang til mellemmåltider i form af bl.a. kiks, frugt og frostvarer som desserter.

Undersøg fordele og ulemper

På Odense Universitetshospital hilser køkkenchef *Birgitte Lund* også overordnet

Bent Hansens tiltag velkommen. ”Vi kan kun være glade for, at der sker en udvikling. Det handler jo om, at vi hele tiden arbejder på at give patienterne det bedst mulige,” siger Birgitte Lund, der ved selvsyn har erfaret, hvordan Hvidovre Hospitals a la carte-ordning fungerer.

På Odense Universitetshospital kører afdelingerne med bemandede buffeter morgen, middag og aften, og derved har patienterne allerede valgfrihed mellem flere retter – en valgmulighed netop i spisesituationen. Og Birgitte Lund ser både fordele og ulemper i Hvidovres model.

”I Hvidovre får patienterne deres mad, når de vil, og senest inden for 45 minutter. Og det er god service. Omvendt er der i Hvidovre tale om portionsanretninger, hvilket vi og andre sygehuse jo er gået væk fra de senere år ved at opstille buffeter. Og i løbet af det seneste år har vi kørt store tilfredshedsundersøgelser blandt både vores patienter og vores plejepersonale, som viser, at begge grupper er ganske godt tilfredse med de madtilbud, vi har. Måske vi skal ud i en kombination af a la carte-ordninger og buffeter,” siger Birgitte Lund, der kun kan opfordre Bent Hansen og hans arbejdsgruppe til at undersøge fordele og ulemper ved a la carte-ordningerne grundigt, in-

den den går ud med en endelig anbefaling:

”Dokumentationen skal være på plads.”

Tages i etaper

Bent Hansen erkender, at indførelsen af a la carte-ordninger kræver omlægning af arbejds gange og nye faciliteter med investeringer til følge.

”Det er helt korrekt, og logistikken skal tages alvorligt, men jeg accepterer ikke, at man afviser at indføre a la carte-ordninger af hensyn til logistiske eller økonomiske årsager. Så må man tage det i etaper og først tilbyde buffeter, som man gør i Aalborg og Odense, og så indføre a la carte-menuerne senere,” siger Bent Hansen, som mener, at evt. etableringsudgifter kan dækkes ind ved et mindre madspild.

”Erfaringerne viser jo, at mindre mad går til spilde, når patienterne selv kan bestemme, hvad og hvornår de vil spise. Og det er netop det, der er essensen i denne ordning. Når vi siger, vi ønsker et patientstyret sygehusvæsen, hvor vi vil inddrage og ansvarliggøre patienten, må vi også handle derefter. Også når det kommer til kosten, som vi ved, spiller en stor rolle, især for patienter der er indlagt i længere tid,” siger Bent Hansen.

cso@dsr.dk



11:50

Måltidet er nu færdigt og venter på at blive bragt ud til den brødflove patient.



11:57

Senest 45 minutter efter maden er bestilt, skal den være fremme hos patienten. Det er muligt for patienten selv at bestemme, om maden skal leveres til afdelingens spisestue eller direkte til sengen.

Sygepleje på kanten

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

Mobilitet. Patienterne opsøges på cafeen, i parken eller under bruseren i idrætshallen, og de kan ringe til sygeplejerskernes mobiltelefon om aftenen og i weekenden. Det opsøgende psykoseteam på Frederiksberg hjælper nogle af de hårdest ramte sindslidende.

Psykiatrisk behandling GENNEM BREV

Den pensionerede akademiker er for alvor kommet i klemme. I mange år har han levet med sin sindslidelse inden for lejlighedens fire vægge. Men nu er han raget uklar med beboerne i den ejendom, hvor han har boet det meste af sit liv.

Han har nægtet at betale til ejendommens fællesudgifter. Derfor er lejligheden blevet solgt på tvangsauktion.

Lige nu bor han på hotel. Dagene tilbringes på biblioteket, hvor han belaver sig på at hyre byens bedste advokater for at få sin lejlighed igen.

Den bizarre sag om *Hansen* er et af punkterne på morgenmødet i det opsøgende psykoseteam på Frederiksberg Hospital.

Psykoseteamet har fået en henvendelse fra en sagsbehandler, som mener, at sagens hovedperson er psykisk syg.

Teamet er blevet involveret så sent, at lejligheden for længst er solgt. Nu prøver teamets socialrådgiver *Christian Petersen* at samle sagen op ved at være i kontakt med den ældre mand. I første omgang gælder det om at komme ham i møde ved at tale grundigt med ham om den boligsag, som lige nu overskygger hele hans liv. Derefter skal han have et tilbud om behandling.

”Hvis vi skal finde ham, er det nok på et af bibliotekerne,” lyder konklusionen på morgenmødet.

”Hvis I ser *Lise*, må I endelig gribe fat i hende. Der er skrevet gule papirer på hende, så hun kan blive indlagt, men de udløber i morgen. Hvis ikke vi får hende indlagt nu, kan der gå flere måneder. Sådan gik det sidste år,” siger sygeplejerske *Birgitte Jørgensen*, inden teamet går hver til sit.

De hårdest belastede

Det opsøgende psykoseteam på Frederiksberg Hospital er et af de opsøgende psyko-

seteam, der foreløbig eksisterer i Hovedstadens Sygehusfællesskab, Sønderjyllands, Storstrøms og Århus Amter.

Teamet er et tilbud til de hårdest belastede psykisk syge, som har svært ved selv at sørge for medicinering og ikke magter at dukke op til ambulante behandling i besøgstiden.

Metoden stammer fra USA, hvor opsøgende psykoseteam har eksisteret i mere end 20 år.

Alle patienter har tunge diagnoser som f.eks. skizofreni eller maniodepressiv psykose. Halvdelen af teamets patienter har ►

►► **FAKTA OM OPSØGENDE PSYKOSETEAM.** Et opsøgende psykoseteam er en behandlingsmetode til de psykisk syge, som er sværest at behandle, og som diagnostisk falder ind under en af følgende svære sindssygdomme: skizofreni, paranoid psykose, skizoaffektiv psykose, bipolær affektiv psykose. Herudover vil patienterne typisk opfylde nogle kriterier med hensyn til tidligere indlæggelser, ustabilitet i tidligere behandlingsforløb, vanskeligheder ved at udnytte distriktspsykiatriens øvrige tilbud eller være i fare for at miste bolig. Metoden har været brugt i USA i mere end 20 år.

En undersøgelse af de opsøgende psykoseteam i Sønderjylland viser bl.a., at metoden:

- Reducerer patienternes misbrug.
- Giver større tilfredshed hos patienter og pårørende med behandlingen.
- At der kommer et bedre samarbejde mellem kommunale og amtslige institutioner.
- At der bliver færre og kortere hospitalsindlæggelser.

At være opsøgende kontaktperson i et opsøgende psykoseteam er et tålmodighedsarbejde. Nogle gange er det kun muligt at komme i kontakt med patienterne gennem brevsprækken. Her ses sygeplejerske Birgitte Jørgensen i en opgang på Frederiksberg.

17

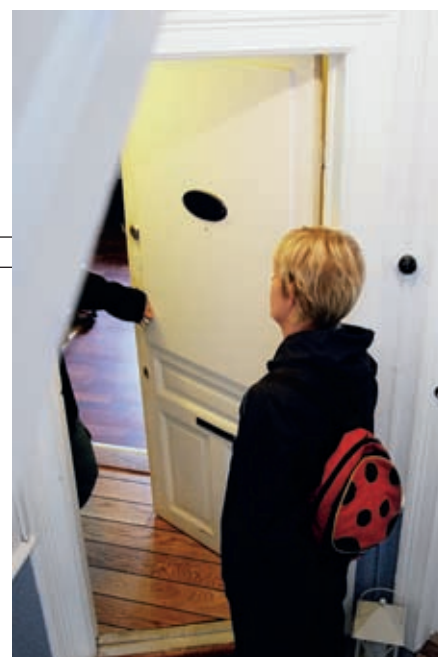
SPRÆKKEN



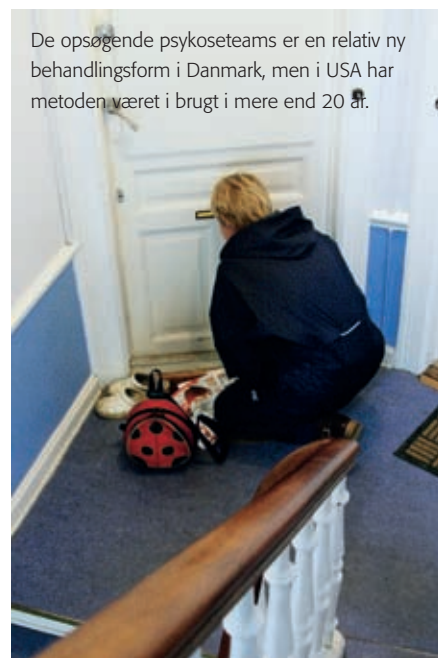
Det opsøgende psykoseteam består af både sygeplejersker, ergoterapeuter og en socialrådgiver. Teamet mødes hver dag og har i det hele taget et tæt indbyrdes samarbejde. Til højre sygeplejerske ses Ken Strøm Andersen og til venstre sygeplejerske Birgitte Jørgensen.



Selv om kontaktpersoner nogle gange bliver mødt med en lukket dør i begyndelsen, lykkes det som regel at skabe en god relation til patienterne.



De opsøgende psykoseteams er en relativ ny behandlingsform i Danmark, men i USA har metoden været i brug i mere end 20 år.



► været i behandling i det psykiatriske system. Den anden halvdel har typisk levet med deres sindslidelse i årevis uden at få behandling. Kontakten skabes som regel efter, at teamet har fået henvendelse fra en sagsbehandler eller et værested. Mange af patienterne isolerer sig. De lukker ikke op, når der ringes på i lejligheden, og nogle gange vil de kun tale gen-

"Nogle gange står vi i det dilemma, at de på en psykiatrisk afdeling siger: "Hvorfor har I ikke indlagt ham eller hende før nu? Det kan ikke passe, at han skal være så dårlig.""

nem brevsprækken.

Teamets otte kontaktpersoner har hver især ansvar for mellem 10 og 12 patienter. Kontaktpersonerne har forskellig faglig

baggrund. Tre er sygeplejersker, to er ergoterapeuter, og en er socialrådgiver. Ken Strøm Andersen, der er uddannet sygeplejerske og har arbejdet som kontaktperson i teamet siden oprettelsen i 2004, fortæller, at det er alfa og omega at opnå en god relation til patienterne:

"Vi tænker helhedsorienteret og tværfagligt, og vi gør meget ud af at danne alliancer med sagsbehandlere, væresteder og pårørende, som kan støtte op om patienterne. Selv om jeg er sygeplejerske, kan jeg godt hjælpe med at udfylde en selvangivelse eller organisere en oprydning i en lejlighed. Vi har fleksible arbejdstider, og patienterne kan ringe til os om aftenen og i weekenden," siger Ken Strøm Andersen.

Han understreger samtidig, at teamet er et behandlingstilbud, som er baseret på videnskabelig evidens.

Samtale under bruseren

Efteråret er så småt på vej, og udenfor siler regnen ned.

"Det er psykosevej. Nu trækker patienterne væk fra parker og pladser og ind i lejlighederne. Det er mange gange lettere at være psykisk syg om sommeren, hvor patienterne kan trække ud under den høje himmel," konstaterer Ken Strøm Andersen, da han sidder i teamets trange fælleslokale, som ud over et mødebord indeholder to arbejdspladser.

Kort efter cykler sygeplejerske Birgitte Jørgensen ud på Frederiksberg iført mørkeblåt Helly Hansen-regntøj og gummi-støvler.

Første opgave denne formiddag er at

Halvdelen af teamets patienter har levet med deres sindslidelse i årevis uden at komme i behandling. Kontakten til psykoseteamet skabes som regel efter, at teamet har fået henvendelse fra en sagsbehandler eller et værested.



Arbejdsdagene i det opsøgende psykoseteam svinger meget. Nogle gange er dagen totalt booket op. Andre dage cykler kontaktpersonerne i flere timer uden at blive lukket ind.



besøge en midaldrende kvinde med indvandrerbaggrund. Teamet fik den første henvendelse om *Fatima* for et halvt år siden. Det var inspektøren i en lokal sportshal, som ringede.

Kvindens opførsel generede gæsterne. Hun stod under bruseren i timevis. Første møde foregik derfor i baderummet. Birgitte Jørgensen stillede sig op iført regntøj og talte med Fatima, mens hun var i færd med at vaske sig.

Et par måneder senere blev teamet ringet op af en frustreret ejendomsfunktionær. Han klagede over en kvinde, der forstyrrede de andre beboere.

Det viste sig at være Fatima fra baderummet. Teamet prøvede at tale med hendes naboer i et forsøg på at få dem til at udvise rummelighed. Men hun blev alligevel smidt ud af sin lejlighed og havnede på et herberg. Også her voldte hendes adfærd

problemer. Hun åbner vinduerne, blottes sig og laver krydret mad i det fælles køkken mange timer i træk. Pædagogernes pæne henstillinger preller af på hende.

Birgitte Jørgensen bruger derfor det korte besøg til i kærlig og bestemt form at fortælle kvinden, at hun skal indordne sig under reglerne på herberget og lade være med hele tiden at åbne vinduer.

”Fatima er hverken psykotisk, skizofren eller maniodepressiv, men hun har brug for hjælp til at finde ud af, hvordan hun skal opføre sig. Hun hører slet ikke hjemme i psykoseteamets regi. Derfor slipper vi hende, når hun har fået en ny bolig,” forklarer Birgitte Jørgensen.

Kommunen har skaffet en lejlighed. Om et par uger skal Fatima flytte ud i et kvarter, hvor varmemesteren har stor forståelse for skæve eksistenser.

Et par minutter efter kommer Fatima

ud på gaden. Der er noget nærmest trolldagtigt over hendes ansigt med de gnistrende sorte øjne og det krusede hår. Birgitte Jørgensen fortæller, at Fatima ser bedre ud, end hun har gjort længe. Hendes hvide skjorte er ren. Hun vinker smilende, mens hun går hen for at tage bussen ud til det værested, hvor hun plejer at komme.

I sorg i 21 år

Undervejs på bedstemorcyklen spejder Birgitte Jørgensen efter Lise – den forpinte kvinde, som skal tvangsindlægges. Lises far døde for 21 år siden, men hun sørger stadig.

Lige nu har den psykiske sygdom ædt sig så meget ind på hende, at hun er til fare for sig selv. Hun bor det meste af tiden på gaden, fordi hun ikke kan holde ud at være andre steder.

Hun er radmager, spiser ikke, har ►

Fem spørgsmål til sygeplejerske Ken Strøm Andersen

Vores behandling bruger hele

Hvad kræver dit arbejde af dig som sygeplejerske?

”Det kræver grundigt kendskab til både den psykiatriske og den somatiske del af sygeplejen, og så skal vi have styr på at formidle viden til samarbejdspartnere som politiet og sagsbehandlere. Det kræver også samarbejdsevne, fordi vi arbejder sammen med mange andre faggrupper. Rent personligt skal man være robust og god til at sætte sine egne grænser og f.eks. fornemme, hvornår andre skal involveres i en opgave.

Det er også vigtigt at være innovativ. Når patienter opfører sig anderledes end forventet, skal kontaktpersonen kunne ændre behandlingsstrategi for at sikre, at kontakten ikke ryger. Hvis en af mine patienter f.eks. siger: ”Jeg gider ikke have medicinen,” så kan jeg f.eks. vælge at sige: ”Jeg kan høre, du ikke har det godt i dag. Jeg smutter nu, lad os tales ved i morgen.”

Hvor langt går det opsøgende psykoseteam, når patienter ikke vil i behandling?

”Det er meget individuelt fra sag til sag. Når patienter er forpinte eller til fare for sig selv og andre, så skal de i behandling. Hvis det er en kvinde med et barn eller et ungt menneske, så går vi også meget langt.

Vores behandling er meget individuelt tilpasset den enkelte og netværket omkring den sindslidende. Vi støder da også på patienter, som lever med deres sindslidelse uden at få medicin. Vi ved jo fra undersøgelser, at 50 pct. af de psykisk syge patienter får det godt af medicinsk behandling, 40 pct. får delvis effekt, og 10 pct. får ingen effekt af medicinen.”

Hvordan kan I hjælpe patienterne?

”Vi tager hele paletten af behandlingsmetoder i brug – både den medicinske og den socialpsykiatriske. Det kan f.eks. godt indgå i behandlingen, at vi træner

patienten i selv at gå i supermarkedet eller tage på museum. Hvis en patient skal til tandlæge, og vi kun kan få besøget i stand ved at bestille en taxa, så gør vi det. Vi gør meget ud af at lære patienterne nogle strategier for, hvordan de kan lære at leve med deres sygdom. Ud over medicinen arbejder vi også med den kognitive side. Vi kan f.eks. tale med patienterne om, hvad de gjorde sidst, de blev overvældet af angst. For nogle hjælper det at dyrke meditation eller gå i biografen.”

Hvad er det sværeste ved dit arbejde?

”Det sværeste ved jobbet er, at man skal rumme så meget af patienterne, når de er nedladende og patroniserende på grund af deres sygdom. Derfor er det meget vigtigt med supervision. Det kan også være vanskeligt at følge langvarige sygdomsforløb, hvor der ikke sker nogen ændring, uanset hvor meget man gør. Et dilemma i vores metode er, at vi ofte har et nært og

► vrangforestillinger og er stærkt forpint. Hun har efterhånden tømt sin rummelige Frederiksberg-lejlighed for møbler og har kun ét sæt tøj tilbage.

”Vi vil helst gå meget langt for at finde andre løsninger end tvang. Om vi så skal stille mad uden for døren for at få patienten til at spise.

Men i det her tilfælde er en indlæggelse helt nødvendig,” forklarer Birgitte Jørgensen.

I det hele taget er spørgsmålet om tvangsindlæggelser ofte en svær balancegang. Et af målene med de opsøgende psykoseteam er at begrænse antallet af svingdørpatienter, som ryger ud og ind af de psykiatriske afdelinger.

På den anden side gælder det også om at tage affære og gribe til en indlæggelse, inden patienterne bliver alt for dårlige.

”Nogle gange står vi i det dilemma, at de

på en psykiatrisk hospitalsafdeling siger: ”Hvorfor har I ikke indlagt ham eller hende før nu? Det kan ikke passe, at han skal være så dårlig,” fortæller Birgitte Jørgensen.

Dagens næste opgave er en retspsykiatrisk patient, som Birgitte Jørgensen fører

”Nogle gange er dagen totalt booket op. Andre dage kan man cykle rundt flere timer i træk uden at blive lukket ind nogen steder.”

rer tilsyn med. Mødet foregår i en park, for kvinden har betinget sig, at teamet ikke kommer ind i hendes lejlighed.

Økonomisk rod

”Arbejdsdagene svinger meget. Nogle gange er dagen totalt booket op. Andre dage kan man cykle rundt flere timer i træk

uden at blive lukket ind nogen steder. Derfor er det vigtigt, at vi har en fast struktur, hvor vi mødes med de andre fra teamet både morgen og middag,” forklarer Ken Strøm Andersen, da teamet mødes for at spise pizza og madpakker i mødelokalet.

Efter frokost cykler Ken Strøm Andersen og kollegaen, socialrådgiver Christian Petersen, af sted for at besøge Jørgen.

”Vi er altid to, når vi besøger en patient første gang, og det er ofte en fordel at have en kollega med på besøg, fordi mange af patienterne er meget indesluttede og svære at skabe kontakt med,” forklarer Ken Strøm Andersen.

Jørgen bor i en lille lejlighed i et rødt boligkompleks fra 50'erne.

Foran blokkene ligger en lille købmand.

paletten

nærmest kammeratligt forhold til patienterne, samtidig med at vi kan være med til at foretage en tvangsindlæggelse. Det giver nogle gange et etisk dilemma.”

Hvad er det bedste ved jobbet?

”Det er dejligt, at vi har så høj grad af selvstændighed og har en ledelse, som stoler på, at vi kan løse opgaverne. Det er også godt, at arbejdet ikke er standardiseret, og at vi hele tiden arbejder under meget omskiftelige forhold og derfor skal udfolde vores kreativitet. Det er meget bekræftende, at vi virkelig kan gøre en forskel i patienternes liv. Det har vi ressourcerne til, fordi vi hver især har ansvaret for mellem 10 og 12 patienter. Det skaber arbejdsglæde og mindsker frustrationerne. For ledelsen er et af succeskriterierne, at de opsøgende psykoseteam giver færre indlæggelser. For mig personligt er det et succeskriterium, at jeg kan lette hverdagen for en gruppe meget udsatte borgere.

►► BLÅ BOG

Ken Strøm Andersen er 46 år og har arbejdet som sygeplejerske inden for psykiatrien siden 1991. Han har tidligere arbejdet på en lukket psykiatrisk afdeling, har i en periode været afdelingssygeplejerske og har desuden været tilknyttet distriktskykiatrien. Siden 2004 har han været kontaktperson i det opsøgende psykoseteam på Frederiksberg Hospital. Ken Strøm Andersen er også medlem af amtskredsbestyrelsen i DSR Hovedstaden.



►► BLÅ BOG

Birgitte Jørgensen er 40 år og har arbejdet som sygeplejerske siden 1994. Har arbejdet i psykiatrien bortset fra et halvt år på en kardiologisk afdeling. I fire år var hun ansat på en lukket psykiatrisk afdeling, har været ansat i distriktskykiatrien og som afdelings- sygeplejerske. Siden 2004 har hun været kontaktperson i det opsøgende psykoseteam på Frederiksberg Hospital.



Her køber mange af beboerne på klods. Et skilt fra politiet forkynder, at der ikke må drikkes øl i en radius af 300 meter fra butikken.

Jørgen står ude foran opgangen, da vi kommer. Han er en velklædt mand i slutningen af 40'erne med nye sorte cowboystøvler og læderjakke.

”Hvordan går det?” spørger Ken Strøm Andersen.

Det bliver til en mindre snak om musik, inden den mandlige sygeplejerske stikker Jørgen to blå poser med ugens ration af medicin.

Jørgen har svært ved at styre sin økonomi, og som flere andre patienter roder han sig indimellem ud i de mest utrolige historier.

En større arv blev f.eks. formøblet, da han købte en bil og kort efter kørte ind i en lygtepæl uden at have forsikringen i orden. Den sag brugte teamet meget tid på at rede ud.

”Vi må hjælpe ham med økonomien, for når der ikke er styr på økonomien, så begynder spekulationerne, og så accelerer sygdommen,” fortæller Ken Strøm Andersen.

”Vi vil helst gå meget langt for at finde andre løsninger end tvang. Om vi så skal stille mad uden for døren for at få patienten til at spise.”

Jørgens lejlighed minder mest af alt om et rodet teenageværelse med bjerge af uvasket tøj og stabler af opvask.

I sommer var det hele slummet så meget til omkring ham, at teamet besluttede at sørge for en indlæggelse.

Lejligheden blev ryddet og gjort ren, og da Jørgen kom hjem, kunne han starte på en frisk. Godt nok var der lige så rodet igen to uger efter, men der var i det mind-

ste blevet gjort rent. Hvis man ellers kan tale om succes i psykoseteamets arbejde med de sværest belastede psykisk syge, så hører Jørgen så afgjort til en af de gode historier.

Et liv som svingdørspatient på psykiatriske afdelinger er afløst af en relativ stabilitet. Han tager sin medicin og har et godt forhold til sine kontaktpersoner fra det opsøgende psykoseteam.

Jørgen tripper utålmodigt. Han har travlt, fordi han skal besøge sin kæreste.

”Farvel, vi ses næste onsdag,” siger han inden han spurter af sted på cyklen.

Afhensyn til patienterne er navnene på personerne i teksten opdigtede.

bso@dsr.dk

Isolation. I Danmark har psykisk syge ret til at holde sig skjult for omverdenen og afslå behandling. I månedsvis havde den ældre kvinde isoleret sig, og da psykoseteamet endelig fandt hende, var det for sent at hjælpe.

Et uhyggeligt fund

En opgang i en helt almindelig karré på Frederiksberg. I flere måneder har det opsøgende psykoseteam på Frederiksberg forsøgt at få kontakt med en ældre kvinde, som blev udskrevet fra psykiatrisk hospitalsbehandling sidste år. Oprindeligt henvendte hjemmeplejen sig til teamet efter udskrivelsen, fordi kvinden ikke ville lukke op.

Den dag, *Sygeplejersken* er på besøg, lykkes det for første gang i flere måneder at komme ind i opgangen ved at ringe på samtlige dørklokker.

En nabo kan fortælle, at han ikke har registreret noget usædvanligt. Kvindens pårørende oplyser, at de har forsøgt at få kontakt, men er blevet afvist, og at det i øvrigt ikke er usædvanligt, at kvinden gemmer sig i udlandet flere måneder i træk.

Kvinden lukker stadig ikke op, men der kommer en mærkelig lugt fra brevsprækken. Derfor beslutter teamets overlæge at tilkalde politiet.

Da låsesmeden har lirket døren op, viser det sig, at kvinden har ligget død et stykke tid. Sagen er den første af sin art for det opsøgende psykoseteam på Frederiksberg. Men i en storby som København er den slags hændelser ikke usædvanlige. En undersøgelse offentliggjort i Ugeskrift for Læger viser, at der i løbet af en tremåneders periode var 272 dødfundne i Københavns Kommune.

Når patienter kommer ud for ulykker eller andre tragiske hændelser, får psykoseteamet altid en debriefing under ledelse af en psykolog. Ofte ledsages debriefingen af en såkaldt kerneanalyse. Her analyseres det bl.a., om der er punkter i forløbet, hvor systemet ikke har fungeret.

Ledende overlæge *Kim Solstad* fra Psykiatrisk Afdeling på Frederiksberg Hospi-

tal mener ikke, at teamet i den konkrete sag har kunnet handle anderledes.

”Det er altid nedslående, når man kan konstatere, at vi i vores civiliserede samfund ser så lidt til hinanden, at en person kan få lov at ligge død i ugevis. Men jeg mener ikke, at psykoseteamet har noget ansvar i juridisk forstand. I vores rettighedssamfund har psykisk syge en udstrakt ret til at frabede sig at blive generet af andre. Det betyder, at man har ret til at sige nej til hjemmeplejen og psykiatrisk behandling. Det er i det hele taget individets ret at isolere sig og ikke ville tale med andre,” siger Kim Solstad. Han fremhæver, at den danske psykiatrilov i modsætning til lovgivningen i Sverige og Norge giver begrænsede muligheder for at tvangsbehandle patienter, som på grund af deres psykiske lidelse ikke vil erkende deres sygdom og går i skjul for omverdenen.

”Vi har en pligt til at hjælpe psykiatriske patienter, hvis de er farlige for sig selv og deres omgivelser. Men vi har ikke pligt til at holde øje med, om de kommer i en tilstand, hvor de er til fare for sig selv og omgivelserne. Det er sjældent, at vi i psykiatrien finder ældre mennesker, der ligger døde i lejligheden. Men omvendt er der i psykiatrien en vis erhvervsrisiko for at finde patienter, som har begået selvmord. Vi ved f.eks., at overgangen fra at



Når kontaktpersonerne i psykoseteamet rykker ud, ved de aldrig, hvad dagen bringer. Nogle af de hårdest belastede psykisk syge isolerer sig i lejligheden og afslår al kontakt med pårørende og naboer.

være indlagt til at blive udskrevet er en kolossal svær fase for mange patienter. Det er klart, at den slags sager altid giver grund til at overveje, om der er punkter i forløbet, hvor systemet ikke har fungeret, og hvordan vi kan handle anderledes en anden gang,” siger Kim Solstad.

bso@dssr.dk

”Dette er den sidste artikel i serien ”Sygepleje på kanten.”



OK-07-overenkomstforhandlinger på det private arbejdsmarked

En række overenskomster, blandt andet på privathospitaler, klinikker, boreplatforme, inden for bedriftssundhedstjenesten, i vikarbureauer samt enkelte plejehjem og omsorgscentre bliver forhandlet i løbet af 2007.

Overenskomsterne blev sidst fornyet i 2004 i forlængelse af det store forlig mellem LO og DA. Den samlede ramme var på 9 % fordelt på 3 år.

Disse 9 % blev anvendt forskelligt, da overenskomsterne blev fornyet, fordi der blev taget hensyn til lokale forskelle.

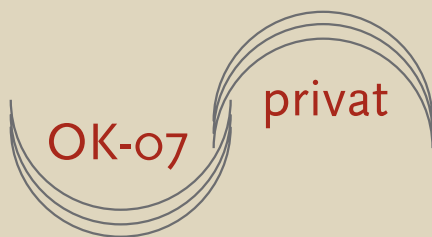
Vi ved endnu ikke, hvad rammerne bliver for den fremtidige overenskomst, eller om der bliver tale om en treårig aftale. Vi forbereder forhandlingerne i løbet af november og december og regner med at mødes med arbejdsgiverne eller deres repræsentanter efter nytår. Nogle overenskomster vil først blive forhandlet, efter de øvrige områder er forhandlet færdig.

DSR vil gerne høre om dine ønsker

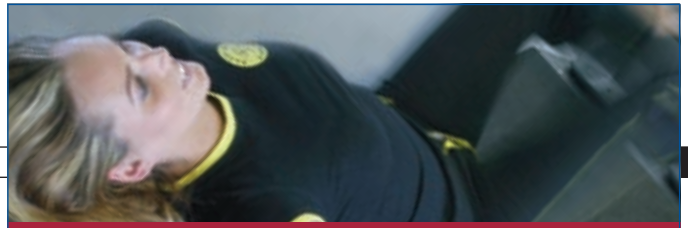
I slutningen af september har vi udsendt spørgeskemaet til privatlønstatistikken. De medlemmer, som er registreret til at være ansat på et af de arbejdssteder, hvor overenskomsten skal fornyes i den kommende periode, har samtidig fået et kravskema, hvor de kan krydse af, hvad de synes, DSR skal prioritere ved de kommende forhandlinger.

Hvis du er offentligt ansat, men tager vagter i et vikarbureau eller lignende, er du meget velkommen til at sende dine krav til os via hjemmesiden.

På hjemmesiden kan du også tilmelde dig en mailservice, så du bliver orienteret, når der er afgørende nyt.



Dansk Sygeplejeråd - Sankt Annæ Plads 30 - Postboks 1084
1008 København K - Tlf. 33 15 55 - Email dsr@dsr.dk - www.dsr.dk



START DIN EGEN HELSEKLINIK

Nu skal Slender You® etableres i Danmark

Har du overvejet at blive din egen chef og samtidig blive del af en større familie som hjælper dig med at komme i gang?



Slender You® er et gennemført seriøst og succesfuldt koncept, der gennem adskillige år har bevist sin berettigelse gennem de tusindvis af klinikker, der er etableret over det meste af verden.

Målgruppe er først og fremmest personer der ikke er disponeret for normal motion - eller har brug for genoptræning.

Slender You® konceptet er baseret på seks motoriserede brikse - der hver især er udviklet til at træne forskellige områder af kroppen.

For yderligere oplysninger - se mere på www.slenderyou.dk eller kontakt os på info@slenderyou.dk

Slender You®

►► **HVOR OG HVORNÅR.** Dansk Sygeplejeråds ordinære kongres 2006 finder sted i dagene 6.-9. november i Falkoner Centret i København (Frederiksberg). Der kan læses mere om kongressens dagsorden og de stillede forslag på Dansk Sygeplejeråds kongreshjemmeside på adressen: www.dsr.dk/kongres

Vibeke Schaltz, amtskredsformand i Københavns amtskreds: "Med en ny struktur er vi nødt til at fastholde den nære kontakt til medlemmerne, ligesom vi fortsat skal have fingeren på pulsen på sygeplejerskernes arbejdspladser. En ny struktur skal både honorere de udfordringer, vi ved, der vil komme med de nye regioner og kommuner, og de udfordringer, vi ikke kender endnu. Vi skal både kunne sparre og reagere over for en arbejdsgiver, men også bevare muligheden for tæt dialog med medlemmerne, ansigt til ansigt. Spørgsmålet er, hvor stort antal medlemmer vi kan have i en DSR-kreds. Er det realistisk at kunne varetage 20.000 medlemmers interesser i Region Hovedstaden? Jeg er enig med *Hans Christian Viemose*, der har været moderatør for arbejdet med strukturen, når han siger, at vi ikke kan finde frem til en strukturmodel, der opfylder alles ønsker her og nu. Men der skal kunne modelleres om på strukturmodellen i takt med, at vi møder nye udfordringer og forandringer."

Bodil Carstensen, amtskredsformand i Ringkøbing amtskreds: "Det er svært at sige, hvorfor processen mod en ny struktur er så vanskelig. Jeg synes i hvert fald ikke, at processen går for hurtigt, snarere tværtimod. Hvis man skal være bagklog, så skulle vi nok ikke have fremlagt to strukturforslag ved den ekstraordinære kongres. Jeg tror, man skulle have fremlagt ét forslag, hvor man samtidig løftede sløret for fremtidens administrative struktur. Det handler jo også meget om, hvordan medlemmerne oplever nærhed til organisationen. Efter min mening er det vigtigt, at vi får en struktur, hvor tingene er meget klare og synlige. Der skal være en éntydig og klar beslutningskompetence, ikke mindst i forhold til arbejdsgiverne. Jeg mener, at vi bliver målt af medlemmerne på de resultater, vi opnår."

Nye bud på fremtidens

Input. Den ekstraordinære kongres i foråret nåede aldrig længere end til overskrifterne for fremtidens Dansk Sygeplejeråd, før en afstemning endte i dødt løb. Det skal der nu rettes op på. Dansk Sygeplejeråds kongres bliver aktiv part, når fremtidens Dansk Sygeplejeråd er på tegnebrættet. Ved kongressen i dagene 6.-9. november i København fremlægger hovedbestyrelsen en ny strukturskitse. Kongressens forslag og synspunkter om en slagkraftig fagorganisation i nær kontakt med sine medlemmer indgår det videre arbejde med strukturmodellen, hvorefter det færdige forslag behandles af en ekstraordinær kongres i foråret 2007.

John Christiansen, amtskredsformand i Sønderjyllands amtskreds: "Vi rører ved vores hjerteblood, når vi arbejder med modeller for fremtidens Dansk Sygeplejeråd. Vi vil alle det bedste for DSR og vore medlemmer, selv om vi endnu ikke er enige om alle detaljer. Men jeg tror, at tiden arbejder for os. Tænkepausen siden den ekstraordinære kongres har været værdifuld. Den har været med til at vise os nye løsninger. Udviklingen har allerede haft betydning for det konkrete samarbejde mellem amtskredsene. I Region Syddanmark er vi for længst i gang med et forpligtende samarbejde mellem kredsene og har et godt samarbejde mellem alle amtsbestyrelser. Dermed mener jeg ikke, at amtskredsene bare skal fortsætte uden ændringer. Vi har fået til opgave at udarbejde en skitse til en ny struktur, og det gør vi. En ny struktur skal i første række være til fordel for Dansk Sygeplejeråd og organisationens medlemmer."



“Jeg tror, Dalai Lama har ret, når han siger: “Nogle gange er det en lykke, at man ikke får det, man ønsker sig.” Uenigheden tvinger os til at tænke nyt.”

Helle Dirksen, formand for Vestsjællands amtskreds.

Af Søren Palsbo, redaktør • Foto: Søren Svendsen

21 / 2006

Sygeplejersken

Connie Kruckow, Dansk Sygeplejeråds formand: “Jeg tror, at en væsentlig del af grunden til, at vi har haft en vanskelig proces med en ny struktur, er, at hovedbestyrelsen valgte at fremlægge to strukturforslag til kongressen ud fra en betragtning om, at vi var delt i hovedbestyrelsen. Vi havde ikke forestillet os, at det medførte en så todelt kongres, at det blev dødt løb. Der har været udtrykt bekymring for topstyring i processen. Som ansvarlig ledelse i organisationen må man også tage ansvar og fremlægge forslag. Man kunne med god grund kritisere hovedbestyrelsen, hvis vi ikke foretog os noget. Nu handler det om at finde en fælles vej, og jeg synes, at hovedbestyrelsen har været parat til at bevæge sig. Tanken er at bruge kongressen i november aktivt ved udformningen af den fremtidige struktur. Så langt nåede vi aldrig ved den ekstraordinære kongres. Vi prøver at fremlægge en skitse så åbent som muligt, og jeg tror, det er en god arbejdsform.”

Jytte Wester, amtskredsformand i Nordjyllands amtskreds: “Vi er enige om holdningerne og visionerne for Dansk Sygeplejeråd, men ikke hvordan disse omsættes i organisationsstrukturen. Nu prøver vi at tydeliggøre, hvor de største uenigheder findes, så disse punkter kan blive genstand for en åben diskussion i Kongressen. Debatten skal få nye synspunkter frem, som vi kan bruge i det videre arbejde med strukturen. Det er ikke hensigten, at vi på nuværende tidspunkt skal komme med en færdig model for fremtidens Dansk Sygeplejeråd.

Debatten på kongressen skal kvalificere det videre arbejde med strukturen. Så langt nåede vi slet ikke ved den ekstraordinære kongres, før afstemningen om de to fremlagte forslag endte i dødt løb. Vi skal bevæge os i forhold til situationen ved den sidste kongres. Derfor er arbejdet, vi er i gang med, både spændende og svært.”

Helle Dirksen, amtskredsformand i Vestsjællands amtskreds: “Vi har hidtil haft meget forskellige indgangsvinkler til processen hen mod fremtidens DSR. Det har været med til at gøre processen vanskelig. Nu prøver vi at tilrettelægge arbejdet på en helt anden måde. Jeg synes, det tegner rigtig godt. Det er klart, at der vil være elementer i den nye skitse, som man vil ikke genkende til. Vi forsøger at finde det bedste fra de strukturmodeller, der har været diskuteret tidligere. Og så lægger vi meget åbent op til en diskussion af de områder, hvor uenigheden synes at være størst.

Jeg tror, *Dalai Lama* har ret, når han siger: “Nogle gange er det en lykke, at man ikke får det, man ønsker sig.” Uenigheden tvinger os til at tænke nyt.”

►► **KOKS I STRUKTUREN.** Dansk Sygeplejeråd skal have en ny struktur, så organisationen er gearet til nye eksterne og interne udfordringer i fremtiden. Det var meldingen fra Dansk Sygeplejeråds ordinære kongres i 2004. Kongressens ønske førte til en omfattende politisk proces hen imod den ekstraordinære kongres den 1. og 2. marts 2006, hvor strukturen var hovedemnet. Der blev dog ikke vedtaget nogen ny struktur for Dansk Sygeplejeråd, fordi to alternative forslag fik lige mange stemmer.

DSR



Store udfordringer i psykiatrien

Særbehandling. Nogle gange virker psykiatrien som et overset stedbarn, der skal have særbehandling. Et eksempel er, at vi har fået en samlet sundhedslov, der regulerer alt muligt i sundhedsvæsenet. Lige fra sygehuse og hjemmesygepleje til tolkebistand og begravelseshjælp. Det hele er samlet i sundhedsloven – undtagen de psykiatriske patienter, der fortsat har deres egen lovgivning.

Det er på tide, at psykiatrien bliver budt velkommen i familien på lige fod med de andre medlemmer. For området står over for meget store udfordringer.

Ventelisterne i især børn og unge-psykiatrien er urimeligt lange. Patienterne bliver ikke altid inddraget godt nok i beslutningerne. Der er gennem de senere år blevet færre psykiatriske sengepladser, og det har ført til kapacitetsproblemer. Der kommer stadigt flere psykiatriske patienter med behandlingsdomme. Der er stor social ulighed i en række psykiske sygdomme. Depression er den folkesygdom i Danmark, der medfører flest tabte gode leveår. Og alt i alt kommer hver anden familie i kontakt med sundhedsvæsenet i forbindelse med psykiske sygdomme.

“Det er en selvfølge, at psykiatriske patienter skal have behandlingsgaranti.

Det fik somatiske patienter for flere år siden.”

Vi skal have et sundhedsvæsen i verdensklasse. Også for de psykiatriske patienter.

Det betyder bl.a., at sundhedsvæsenets strategier for sammenhængende patientforløb, systematisk kvalitetsudvikling, fokus på patientsikkerhed og sundhedsfaglig dokumentation også skal gælde for hele psykiatrien – inklusive socialpsykiatrien. Der skal forskes mere i psykiatrisk sygepleje, så patienterne kan få den bedst mulige sygepleje. Og det er en selvfølge, at psykiatriske patienter skal have behandlingsgaranti. Det fik somatiske patienter for flere år siden.

Forudsætningen er høj professionel standard. Specialuddannelsen i psykiatrisk sygepleje er et godt eksempel på, hvad patienterne får ud af, at sygeplejerskerne specialiserer sig oven på en generalistuddannelse på professionsbachelorniveau: Det faglige niveau har fået et løft, og de specialudannede sygeplejersker har en bedre evne til at vurdere komplekse psykiatriske problemstillinger. Derfor skal der fremover være flere sygeplejersker med en specialuddannelse, end der er i dag.

Så der er nok at tage fat på.

I hovedbestyrelsen har vi for nylig besluttet, at Dansk Sygeplejeråd styrker indsatsen på det psykiatriske område.

Udgangspunktet er klart: Patienter med psykiske sygdomme har samme rettigheder og kan stille samme krav til sundhedsvæsenet som alle andre patienter.



Connie Kruckow

Connie Kruckow, formand



Personligheden sidder ikke i parfumen

Af Bodil Dam Bak Nielsen, sygeplejerske

Kommentar til Synspunktet "Kan vi dog ikke snakke om det?" i Sygeplejersken nr. 19/2006.

Sygeplejestuderende *Vibeke Hatting* skriver, at hendes sind var i kog efter at have læst om parfumeallergi i *Sygeplejersken*. (Obs: MCS er ikke parfumeallergi, men kemikalieoverfølsomhed. MCS kan kun "behandles" ved at undgå symptomudløsende triggerstoffer som f.eks. parfume).

Vibeke Hatting spørger: "Får jeg virkelig sat hele min faglighed, omsorg og empati på spil, når jeg vasker hår i frisørens bedste produkter, der også er parfumerede?"

Til det kan jeg kun svare: "Ja, det gør du, hvis du som sygeplejerske er vel vidende om, at parfumerede produkter kan gøre visse patienter voldsomt syge – og du alligevel vælger at bruge dem. Det er ikke udtryk for, som du ellers skriver, at du har lært at reflektere over dine handlinger og søge evidens for din praksis!

Det er kedeligt, hvis ens selvfortolkning og personlighed ikke hovedsageligt er hængt op på den indre personlige styrke og menneskelige egenskaber, da det bl.a. er der, man som sygeplejerske skal hente sine ressourcer til at kunne yde en god sygepleje, og ikke i, om man bærer parfume eller trusser med lyserøde elefanter.

Nogle af de vigtigste grundpiller i sygeplejen er bl.a. evnen til at kunne udvise omsorg og empati. Føler man, at man holdes nede, fordi man skal udvise omsorg og empati i sit arbejde, så er det måske ikke sygeplejerske, man skal være.

Man kan ikke som sygeplejerske sikre MCS-ramte et optimalt patientforløb, når det at skulle være duftneutral i arbejdstiden sætter sindet i kog.

Jeg kan kun opfordre til, at man sætter sig ind i sygdommens invaliderende alvor for de MCS-ramte, før man reagerer vredt eller afvisende på en duftpolitik. Læs mere om MCS på www.mcs-danmark.dk

Bodil Dam Bak Nielsen er førtidspensioneret sygeplejerske pga. MCS og næstformand i MCS-Danmark.

Rystende udmelding

Af Marie Jensen, sygeplejerske

Kommentar til artiklen ”Kritikken er skudt over målet” i Sygeplejersken nr. 18/2006.

Det er med undren og hovedrysten, jeg erfarer, at *Connie Kruckow* tilsyneladende ikke er bekendt med fagprioriteringen på sygeplejerskolerne. Det er lodret løgn, når hun ikke mener, studiet fokuserer for meget på filosofi, og at teorien mestendels består af sygepleje og naturvidenskabelige fag. Og at sygeplejersker har brug for de store tænkere i situationer, hvor det gælder patientens liv eller død, mener jeg er en rystende udmelding fra DSRs formand.

Patienten med f.eks. hjertestop foretrækker næppe at have en person, der kan holde i hånd med kvalitet og udtrykke empati, ved sin side. Ønskerne og forventningerne er nok mere en sygeplejerske med basal naturvidenskabelig viden, der kan observere og har håndværksmæs-

sige evner til at iværksætte den relevante livreddende pleje og behandling.

Det kan en nyuddannet sygeplejerske ikke, fordi fagene anatomi og fysiologi, sygdomslære og farmakologi nedprioriteres til fordel for timer om sygeplejeteoretikere, videnskabsteori, sociologi og filosofi i sygeplejerskeuddannelsen.

Helt konkrete patientobservationer med dertilhørende sygeplejehandlinger har jeg aldrig modtaget undervisning i, hverken på skolen eller i praktikken.

Først nu, efter godt et års praksis oven på endt uddannelse, føler jeg, at min viden og færdigheder er på det niveau, jeg forventede, jeg ville være på, da jeg fik mit eksamensbevis. Og det skyldes i høj grad ansættelse på en arbejdsplads, hvor erfarne kolleger, som er interesserede i min læring, har fundet sig i min uvidenhed og vist overbærenhed i forhold til mine fejl.

Det er på høj tid, man reviderer og omprioriterer indholdet i den teoretiske del af undervisningen.

For jeg tvivler på, at det danske sundhedsvæsen, der satser på effektivitet, har plads til den tidsrøvende filosofiske mellemregning, jf. Politikens ”At tænke sig.”

Kvalitetsmæssigt er der heller ikke råd til at sende nyuddannede sygeplejersker med så ringe en naturvidenskabelig basisviden ud i praksis, for uvidenhed avler fejl, som koster menneskeliv.

Marie Jensen er ansat i Hjemmeplejen, Ringkøbing Amt, og uddannet fra Sundheds CVU Nordjylland i juni 2005.

Svar

Af Connie Kruckow, formand

På det seneste har der været en del kritik af sygeplejerskeuddannelsen. Kritikken af uddannelsen er efter vores opfattelse skudt langt over målet. Alligevel har undervisningsministeren på bag-

grund af mediestormen nedsat et udvalg, der skal revidere sygeplejerskeuddannelsen.

Efter Dansk Sygeplejeråds opfattelse vil det være fuldstændig overilet at ændre grundlæggende på uddannelsen på den baggrund – ikke mindst i betragtning af, at uddannelsen fortsat er så ny.

Men når det er sagt, har vi i Dansk Sygeplejeråd naturligvis kun én interesse: at uddannelsen er så god som overhovedet muligt. Derfor arbejder vi bl.a. i udvalget for at styrke uddannelsen. Det gælder både vejledningen før studiestart, sammenhængen mellem teori og klinik og en justering af det teoretiske indhold i retning af mere sundhedsvidenskab.

Men det er også vigtigt at slå fast, at fordi man har uddannet sig til sygeplejerske, kan man ikke gå direkte fra skolebænken og ind på f.eks. en ortopædisk afdeling og udføre samtlige funktioner. Sygeplejersken er uddannet som generalist, og derfor skal hun have et introduktionsforløb i afdelingen. Det samme gælder i øvrigt lægerne.

Sortsyn svinder med tiden

Af Espen G. Viste, sygeplejestuderende

Kommentar til dilemmasvaret ”Sundest for barnet” i Sygeplejersken nr. 19/2006.

Personer, som er ”opvokset mellem lesbiske eller i et bøsse miljø,” bliver afsporede eller mordere. Drengene bliver desuden ”hadefulde mod alle kvinder.”

Det, at denne arkaiske og uholdbare udtalelse skulle komme fra en af ”etikens engle,” en sygeplejerske, var noget, der var tungt at acceptere.

Det er ikke noget nyt under solen, at bøsser og lesbiske bli-

ver mødt med intolerance og afsky. Selv om vi skriver det Herrens år 2006.

Det faktum, at had og fordomme skulle vise sig i en sådan transparent og uacceptabel form i vores fagblad, kom som en påmindelse om, at vi altid skal være på vagt over for mørke kræfter, som ved givne anledninger vil gribe muligheden for at udpege en syndebug. En syndebug eller prygelknabe, som man kan sparke og slå for at opnå en mental udmugning ud af egen beskidte, mentale svinestald.

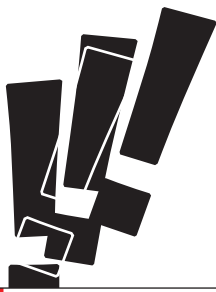


oner af sygeplejersker vil glæde sig med *Manja* og andre bøsser og lesbiske, som vælger – af kærlighed til hinanden – at gøre den mest naturlige ting i verden: blive forældre og give deres barn den bedst mulige fremtid.

En fællesnævner mellem det at være sygeplejerske og være forældre? Kærlighed til dig selv og din næste ...?

Jeg har dog et stærkt håb om, at sortsyn og had rettet mod homoseksuelle er noget, som svinder med tiden, og at de nye generati-

Espen G. Viste er sygeplejestuderende på CVSU-Fyn, Sygeplejerskeuddannelsen i Svendborg.



Det handler om at undre sig

Af Susanne Buch Nielsen, adjunkt og sygeplejerske

Kommentar til debatten om kritikken af sygeplejerskeuddannelsen.

En fyldig og langtfra tilfældig debat raser i medier og udvalg.

"Overlægen" startede, og efter ham fulgte en biskop, en universitetslektor og – undervisningsministeren, som satte et udrædningsarbejde i gang.

Argumenterne, der fremføres, er så dårlige og konklusionerne så generelle, at begge dele viser, at mange trænger til indføring i videnskabsteori, filosofi og herunder formel logik. At enkeltpersoner bliver opinionsdannere for stillingtagen til en gruppe (syge-

plejersker), og at generelle betragtninger udledes af enkeltobservationer, understreger dette.

Videnskabsteori handler om selve grundlaget for at tage stilling og kan hjælpe med at undersøge, hvad der gør et udsagn gyldigt og/eller sandt, og hvorfor en undersøgelse er valid eller generaliserbar. Videnskabsteori handler om at gennemskue, hvorfor ikke alle såkaldt videnskabelige undersøgelser er lige gode, og hvordan det er muligt at foretage generelle konklusioner på et fagligt grundlag frem for en privat stillingtagen.

Sundhedsprofessionelle må

tænke videnskabeligt, således at de kan forholde sig til det brogede marked af såkaldt videnskabelige undersøgelser, som ofte formidles ukritisk.

Sundhedsvæsenet er en praksis, hvor modsatrettede menneskesyn, virkeligheds- og værdisyn mødes, og ikke kun læger skal kunne forholde sig til spørgsmål om eutanasi, tvangsmedicinering og organ donation.

Sygeplejersker skal også kunne vejlede og tale med patienterne, og det kræver mere end praktisk hånddelag. Derfor skal de undervises i filosofi, fordi det handler om at undre sig. At arbejde med sin forforståelse og

at bryde med hverdagsforestillingerne og filosofi bibringer noget af "dette mere."

Faglighed er en nødvendighed, hvis vi skal undgå ligegyldighed og principrytteri, som bringer professionelle til f.eks. at hjælpe en kvinde med kunstig befrugtning for så pludselig at vågne op til dåd og tvangs-fjerne barnet, fordi mor ikke har forudsætningerne. "Det faglige skøn" er mere end hånddelag, det er ligeledes indsigt og dømmekraft.

Susanne Buch Nielsen er adjunkt og sygeplejerske på Sygeplejerskolen i Holstebro.

Parfumefri i arbejdstiden

Af Sonja Westergaard, tandlæge

Kommentar til debatindlægget "Duftpolitik, tak" i Sygeplejersken nr. 18/2006.

Som tandlæge læser jeg normalt ikke *Sygeplejersken*, men jeg blev præsenteret for en kommentar angående parfumebrug skrevet af *Bodil Dam Bak Nielsen*.

Vi foretager adskillige personlige valg, som vi pådutter andre mennesker. Det kunne f.eks. være at ryge i lokaler, hvor andre opholder sig, eller at udsætte naboer for røgen fra brændeovnen, eller det kunne være at parfumere sig og fylde luften med parfumemolekyler. I princippet er der ikke den store forskel på de nævnte eksempler, men det er i 2006 alment kendt, at både passiv rygning og røg-

partiklerne er sundhedsskadelige. Derimod er der ingen, der ved, hvad der sker efter års indånding af parfumemolekyler. Det er jo først i de senere år, at parfumeforbruget er blevet så voldsomt.

Kunne man forestille sig en sygeplejerske komme ind til en patient med en cigaret i munden, pustende røg ind i hovedet på den syge? Nej, vel? Kunne man forestille sig en sygeplejerske komme ind til en patient og indhylle den syge med sine parfumemolekyler? Ja, nemt.

Sygeplejersken ønsker øjen-synlig ikke at tage stilling til problemet. Derfor må patienterne håbe, at alle de mange fornuftige sygeplejersker selv beslutter sig for at være parfumefri i hvert

fald i arbejdstiden. Det er i øvrigt grotesk, at nogle sygehustoaletter er forsynede med duftrensere, der fylder lokalet med overdø-vende parfume.

Jeg var for halvandet år siden nødt til at sælge min tandlægeklinik på grund af udvikling af en erhvervsbetinget astma med hypersensitive lunger forårsaget af allergi over for plast-tandfyldningsmaterialerne.

Lunge-/bronkievævet trækker sig sammen og forhindrer herved fri iltforsyning, når jeg udsættes for en hel række forskellige partikler og molekyler i indåndingsluften, bl.a. parfume. Jeg bliver slap som en kludedukke af iltmangel og er virkelig syg. Jeg har sågar haft en nær-dødsoplevelse i forbindelse med et astmaanfald.



Derfor har tanken strejft mig om, hvad der vil ske, hvis jeg bliver akut indlagt og er ved at dø af et parfumeinduceret astmaanfald, og der kommer en parfumeret sygeplejerske for at hjælpe mig. Gad vidst, om jeg når at tænke: Det er bare ærgerligt!

Sonja Westergaard er tidligere privatpraktiserende tandlæge i Allerød.

Nødløsning er blevet en succes

Af Anne Britt Rosendahl, Lene Furbo og Karin Clemmensen, sygeplejersker

Kommentar til artiklen "Lægen kommer først på torsdag" i *Sygeplejersken* nr. 18/2006.

Begejstringen var stor, da vores fagblad udkom: Vi var i! Med billeder og også en tekst – dog noget forenklet og forkortet. Men vi er ikke helt enige i konteksten af overskriften "Lægen kommer først på torsdag." Og at det er opstillet som en nødløsning at være telemedicinsk afsnit.

Det er rigtigt, at det var en nødløsning i starten, men en nødløsning, som har udviklet sig til at blive en succes, der kører på 2. år. Vi har fået en stor anerkendelse fra både ledelse og patienter. Kvaliteten fra vores fagblad var, at I satte fokus på *sygeplejen* og ikke på, at *lægen* kommer først på torsdag. Måden, hvorpå vores afdeling fungerer nu, har vi oplevet som noget positivt og konstruktivt for sygeplejen:

- Vores kompetenceområde er udvidet. Vi er blevet mere bevidste om vores kompetencegrænser.
- Kravene er øget til specialekendskab, og det er nødvendigt, at vores observationer er blevet mere nuancerede.
- Refleksion og dokumentation er blevet afgørende redskaber for sygeplejen. Dette både i forhold til lægerne, os selv og vores kolleger – for at sikre kontinuiteten i patientforløbet.
- Den fremadrettede sygepleje er blevet implementeret i hverdagen.



- Samarbejdet med lægerne er blevet tættere, og den gensidige respekt for vores fagområder er øget.

Vi kunne godt have ønsket os, at artiklen var mere fagorienteret, at den var skrevet med fokus på de muligheder, lægemanglen netop giver sygeplejen på en telemedicinsk afdeling.

Anne Britt Rosendahl, Lene Furbo og Karin Clemmensen er alle tre ansat på afsnit R2021, Sygehus Viborg.

Svar

Af Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør

Ja, man kan skrive meget mere om sygeplejen i en afdeling som jeres. Men til *Sygeplejerskens* arbejdspladsreportager har vi valgt en fast form, som består af en ganske kort tekst og fem-seks billeder. Vi vil gerne respektere, at sygeplejersker har en travl hverdag, derfor skal *Sygeplejersken* både indeholde de lange, uddybende faglige artikler og nogle, som er hurtige at læse.

Overskriften skal fortælle læserne helt præcis, hvor det er, I er forskellige fra dem selv, derfor handler den om, at I ikke har læger i afdelingen hver dag. At løsningen på det problem er særdeles velfungerende, synes vi kun, at teksten bekræfter.

DLS

Er du leder i sundhedssektoren?

Eller vil du gerne være det?

Så er DLS noget for dig



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

DLS udbydes i hele Danmark.

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

I august 2007 starter vi hold i: Gentofte, Hillerød og Odense.

Der er tilmeldingsfrist den 1. december 2006 og den 1. juni 2007.

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

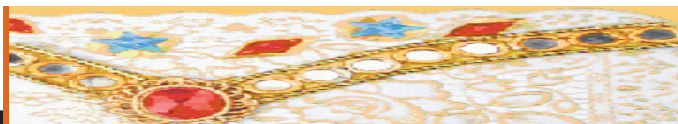
tlf. 54 888 224 • www.ceus.dk

Skriv kort, når du vil deltage i debatten i *Sygeplejersken*. Et debatindlæg må maksimalt være på 1.800 tegn uden mellemrum. Redaktionen forbeholder sig ret til at forkorte debatindlæg, der er for lange.

Redaktionen forbeholder sig ret til at afvise kommentarer til artikler m.m., der er mere end to måneder gamle.

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

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



Konference for sundhedsprofessionelle og etniske minoriteter i den kommende Region Midtjylland

Etniske Minoriteters Sundhed

"Jeg har ondt over det hele, men min læge siger, at jeg ikke fejler noget"

Afdelingen for Folkesundhed, Århus Amt har gennem flere år haft etniske minoriteters sundhed som prioriteret indsatsområde. Den viden og erfaring, som er opsamlet, fremlægges nu på en konference.

Formålet er – i dialog med konferencedeltagerne – at sætte fokus på udvikling af redskaber og handlekompetencer, der kan forbedre kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle og etniske minoriteter.

**Tirsdag den 5. december 2006
kl. 9-16**

Golf Hotel Viborg - Golsalonen

Yderligere information og program kan hentes på www.sundhed/midt.dk - klik ind på menupunktet konferencer.



REGION
MIDTJYLLAND
Under dannelse

debat

Krænkende og udokumenterede påstande

Af David Kruse, sygeplejerske, TR

Kommentar til dilemmasvaret "Sundest for barnet" i Sygeplejersken nr. 19/2006.

Kære Jette Bagh!

Jeg skriver til dig som reaktion på de svar, du har bragt fra "Dilemma nr. 18" i *Sygeplejersken* nr. 19/2006. Her bringer du et indlæg fra pensioneret sygeplejerske *Lith Stenderup*, der skriver om homoseksuelle forældres børn.

Jeg er klar over, at der bringes holdninger uden umiddelbart ansvar for bladet og DSR, men jeg må alligevel beklage netop dette indlæg, der fremkommer med påstande, som dels er uden evidens, dels mere tegner sig som et holdningsindlæg tilhørende den verserende landspolitiske diskussion om emnet mere end en faglig debat i et fagtidsskrift.

Jeg synes, det er fint og aktuelt, at DSR kommer på banen med en debat om homoseksualitet og børn, men denne debat

bør holdes på et fagligt og etisk grundlag og ikke under nogen omstændigheder indeholde krænkelser af homoseksuelle med udokumenterede påstande om, at deres børn bliver mordere eller kvindehadere, uanset om disse påstande så bliver bragt som læserbreve, interviews, citater el.lign.

David Kruse er ansat på Bispebjerg Hospital og er lokal tillidsrepræsentant.

Svar

Af Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør

Redaktionen beklager stærkt, at omtalte svar på dilemmaet indeholdt direkte krænkende udtalelser om homoseksuelle. Disse udtalelser blev ved en fejl ikke redigeret bort, før svaret blev bragt i *Sygeplejersken*.

Hvad mener du

www.sygeplejersken.dk

Denne uges spørgsmål på www.sygeplejersken.dk

Hvor mange minutter bruger du i gennemsnit på at holde spise-pause?

Læs artiklen "Fred din frokost" i *Sygeplejersken* nr. 20/2006.

Svar på spørgsmål stillet i *Sygeplejersken* nr. 19/2006.

Skal udformning af sygeplejeuniformen tage hensyn til religiøse ønsker?

Svar	antal	pct.	
Ja	93	21,7	<div style="width: 21.7%; height: 10px; background-color: red;"></div>
Nej	315	73,6	<div style="width: 73.6%; height: 10px; background-color: gray;"></div>
Ved ikke	20	4,7	<div style="width: 4.7%; height: 10px; background-color: orange;"></div>
Total	428	100,0	

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

Flot repræsentant

Af Peter Rask, sygeplejerske

Kommentar til forsiden af Sygeplejersken nr. 20/2006.

Sikke dog en flot repræsentant for det mandlige køn vi fik at se på forsiden af *Sygeplejersken* nr. 20/2006.

Stylet halvnøgen op i underbenklæder, kække solbriller og en smart frisure. For ikke at nævne den sælsomme detalje, hvor han er holdt i et stramt greb af en kvindehånd, via en sort gummislange.

Det er med blussende kinder, at vi afventer fremtidens forsidebilleder på vort fagblad.

Jeg tør næsten ikke tænke på



reaktionerne, hvis det var en ung kvinde, der var blevet fremstillet ditto!

Peter Rask er sygeplejerske på Århus Sygehus og lokal tillidsrepræsentant.

Ærmerne er problemet

Af Elisabeth Lund, Bodil Forman, Kirsten Pedersen, Mie Andersen og Laura Bekhøj, hygiejnesygeplejersker

Kommentar til artiklerne om religion og uniformer i Sygeplejersken nr. 19/2006.

På forsiden af *Sygeplejersken* nr. 19/2006 er der et fotografi af en sygeplejerske iklædt et eksempel på en smuk og anderledes sygeplejeuniform, der samtidig er meget tækkelig.

"Kan en sygeplejerske bære denne uniform," spørges der på forsiden.

Set ud fra en æstetisk synsvinkel er der kun positivt at sige om uniformen. Ingen store farvestrålende bånd, spænder og sløjfer. Ingen strømper og bæ-

ter i strålende kulører. Men set ud fra en hygiejnisk synsvinkel har vi et problem. Problemet er ærmerne. De forhindrer en sufficient hygiejne. Ærmestofet vil til stadighed være i vejen, når sygeplejersken skal pleje patienten. Der er alt for meget stof. Også når ærmerne, som foreslået, trækkes op, vil de alligevel falde ned over albuen – og hvis de alligevel skal trækkes op, hvorfor så ikke klippe dem korte – altså *til* albuen og uden så meget stof, så de hænger i folder.

Altså: Ærmerne forhindrer en sufficient hygiejne – ikke

mindst håndhygiejne. Hænder og underarme skal være util-dækkede, så sygeplejersken kan udføre sufficient håndhygiejne. I fortalen for kitlens lange ærmer i artiklen "Den hvide engel" side 15 står der, at ærmerne kan skubbes ned, når man ikke har direkte patientkontakt. Men håndhygiejne skal udføres i mange andre situationer end i den direkte patientkontakt. De lange ærmer på uniformen vil konstant skulle trækkes op med forurening af ærmerne til følge for at udføre håndhygiejne.

Hvis sygeplejersken har brug

for at dække armene i forbindelse med kontorarbejde, enten fordi hun fryser eller af andre årsager, kan hun iføre sig en trøje, sjælevvarmer eller lignende.

I disse tider, hvor vi taler så meget om professionalismisme, har vi svært ved at forstå, hvorfor hensynet til den enkelte sygeplejerske uanset trosretning skal vægtes højere end hensynet til patientens sikkerhed.

Elisabeth Lund, Bodil Forman, Kirsten Pedersen, Mie Andersen og Laura Bekhøj er hygiejne-sygeplejersker i Århus Amt.



AALBORG UNIVERSITET
Efter- og Videreuddannelse

Masteruddannelsen i Læreprocesser

Nyt hold starter januar 2007!
Du læser på deltid over to år. Du får en bred viden om læreprocesser i arbejdslivet og i uddannelsessammenhænge. Du får kompetence til at iværksætte, udvikle og vurdere læreprocesser i erhverv, uddannelse og samfund.

Det første studieår er fælles for alle masterstuderende.
Det andet år vælger du mellem følgende **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

Undervisningsformen er it-baseret fjernundervisning med seminarer.
Der er mulighed for deltagelse på **enkeltfag** samt mulighed for at læse på **fuld tid**.

Organisatorisk læring som særligt tilrettelagt enkeltfag
Du læser på deltid fra januar til juni 2007. Enkeltfaget giver dig viden om teorier og metoder om læreprocesser i organisatoriske sammenhænge. Enkeltfaget henvender sig til alle, der arbejder med uddannelse og kompetenceudvikling i organisationer.

Ansøgning: 1. november 2006

www.learning.aau.dk

9635 9420 · www.evu.aau.dk
Humaniora, samfunds-, ingeniør-, natur- og sundhedsvidenskab



Ring efter vor nye brochure!

Ny Silentia Silver Line

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



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



3-delt mobil gavlskærm

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





Kristina Robins

Arbejdsvilkårene har betydning for kvaliteten af sygeplejen

Uholdbart. Politikerne skal tage ansvar for de pressede arbejdsforhold, der hersker i sundhedsvæsenet. I alt for lang tid har sygeplejerskerne påtaget sig at prioritere mellem arbejdsopgaverne med stress og fejl som en følge.

Politiske krav om højere produktivitet, flere behandlingstilbud, kortere ventelister og tilbagevendende krav om nye besparelser – det hænger simpelthen ikke sammen i den verden, vi arbejder i. På arbejdspladserne tales dagligt om vores arbejdsvilkår, og sygeplejerskerne har snart fået nok. Arbejdsvilkårene er så pressede, at det går ud over den faglige kvalitet i pleje og behandling, for ikke at tale om konsekvenserne for vores helbred, trivsel og fastholdelse i faget. Det er almindeligt kendt, at arbejdsvilkår har betydning for helbred og trivsel, men det fører sjældent til, at politikere og arbejdsgivere tager det så alvorligt, at de gør en indsats for arbejdsmiljøforbedringer, der rykker.

Hvis vores arbejdsvilkår skal tages alvorligt af politikere og beslutningstagere, må vi flytte fokus og se på sammenhængen mellem arbejdsvilkår og faglig kvalitet i pleje og behandling. Jeg har inden for det sidste halve år talt med tre sygeplejersker, der valgte at sige deres stilling op, fordi de ikke følte, de kunne stå inde for den faglige kvalitet på afdelingen. De mente simpelthen ikke, den var forsvarlig. Det var erfarne sygeplejersker, så det burde give anledning til bekymring. Andre sygeplejersker fortæller, hvordan de bryder grædende sammen, fordi de for mange gange skal prioritere mellem flere sygeplejehandlinger, der alle burde prioriteres først. Det opleves som urimelige og umulige valg, og det holder man som sygeplejerske ikke til i længden. Flere og flere ledere giver uformelt udtryk for, at grænsen er nået og endda overskredet, og at det handler om ren overlevelse de fleste dage.

Som sundhedspersonale må vi være synlige i den offentlige debat og gøre opmærksom på, at vores pressede arbejdsvilkår har konsekvenser for den faglige kvalitet i pleje og behandling af patienter og borgere. Det vil i højere grad få politikerne til at lytte.

Der findes dokumentation, der påviser sammenhæng mellem arbejdsvilkår og kvalitet, og at pressede arbejdsforhold har negative konsekvenser for pleje og behandling.

Dugan et al. påviste i 1996 en klar sammenhæng mellem stressniveauet hos sygeplejersker og forekomsten af utilsigtede hændelser.

Aiken et al. påviste i 2002, at der er sammenhæng mellem sygeplejerskenormering, øget patientdødelighed, genindlæggelser, komplikationer og fald. Denne dokumentation må synliggøres over for borgere og politikere, så arbejdet med at forbedre vores arbejdsvilkår tages alvorligt, og arbejdsmiljøforbedringer bliver en naturlig og løbende del af udviklingsarbejdet i sundhedsarbejdet. Det er en opgave, jeg mener, vi skal forvente os af Dansk Sygeplejeråd. Vores opgave som sundhedspersonale er at turde gøre opmærksom på de konsekvenser, vi ser, samt at sige fra.

Mari Holen og Dorthé Steenberg beskrev fint i *Sygeplejersken* nr. 13-14/06, hvordan det er lykkedes politikere at flytte ansvaret for det skæve forhold mellem krav og ressourcer ud til os, der arbejder tæt på patienterne. Indtil nu har vi taget det ansvar på os, men det er ikke længere forsvarligt.

Vi betaler selv prisen, hvis vi ikke siger fra f.eks. i form af patientklager med efterfølgende straf. Nu må vi give ansvaret tilbage til dem, der burde have det, og som reelt kan gøre noget ved det, hvis de vil: politikere. De er ansvarlige for sundhedspolitik og sundhedsprioriteringer i vores land.

*Kristina Robins er sygeplejerske og fællestillidsrepræsentant på Bispebjerg Hospital og amtskredsbestyrelsesmedlem i Hovedstadens amtskreds.
kr13@bbh.hosp.dk*

Karen Lai Termøhlen

Karen Lai Termøhlen døde den 22. september 2006, 43 år gammel. Karen var vores kollega i Neurokirurgisk afdeling på Rigshospitalet i en årrække fra 1992-1997. Og hun var ikke bare en god og sød kollega. Hun havde mange fine egenskaber, som også kom til udtryk i hendes sygepleje.

Heriblandt tæksomhed, intelligens, kreativitet, beslutsomhed, viljestyrke, indfølelse, sans for kvalitet, charme og følsomhed. Karen var også et glad, kærligt, roligt, udadvendt, humoristisk og aktivt menneske med et stort fagligt og menneskeligt overskud. Hun havde et stort engagement i sine omgivelser, overkom meget og rummede sine patienter og kolleger i høj grad. Vi har haft mange dejlige og særlige stunder med en alvorssnak eller et forløsende grin i kaffestuen.

Karen valgte i 1997 nye grene i sygeplejen som operationssygeplejerske, først gastroenterologien, siden hen gynækologien, og trods specialeskiftet delte vi fortsat hendes venskab.

Paradoksalt og helt uretfærdigt krydsede hendes veje atter Neurokirurgisk afdeling i 2005, da hun blev syg af en hjernesvulst. Vedholdende kæmpede hun en hård og ulige kamp i halvandet år.

Karen har haft en fantastisk støtte af mange relationer, hun har opbygget gennem årene, og som har været omkring hende i hele sygdomsperioden. Hun vil være savnet af alle, der har haft den store glæde at kende hende.

Vores tanker er hos Karens mand, *Torsten*, og deres børn *Ida* og *Jakob*.

*Nina Gibson, Jannie Blom, Gitte Frandsen, Christiane Thage,
Merethe Poulsen og Anne Bjerrum.*

Karen Lai Termøhlen. Vi har alt for tidligt mistet en god kollega efter halvandet års svær sygdom.

Vi har kendt *Karen* som et omsorgsfuldt menneske, der værdsatte og prioriterede sin familie meget højt, og som var glad for livet.

Som kollega var *Karen* god til at vende tingene, se nuancer og meget fagligt kompetent. Hun var desuden en glad, positiv og kreativ pige, man altid kunne stole på. *Karen* vil blive savnet meget.

Mange varme tanker går til *Torsten*, *Ida* og *Jacob*.

Kollegaerne, Afdeling 4014, Rigshospitalet.

Bitten Topholm

Alt for tidligt har vi mistet vores dejlige kollega og gode ven. *Bitten* sov ind den 16. juni, en stille og smuk sommeraften, kun 41 år gammel.

Bitten blev uddannet sygeplejerske ved Aalborg Sygeplejerskole i 1990. Hun begyndte sin karriere på Abdominalkirurgisk afdeling. I 1996 startede *Bitten* på Neurokirurgisk afdeling, hvor hun arbejdede, frem til hun blev syg. *Bitten* var en meget kompetent neurokirurgisk sygeplejerske. Hun var utrolig engageret i sit arbejde, og hendes sygepleje var yderst beundringsværdig.

Bitten var et fantastisk menneske. Hun havde et stort og varmt hjerte, og hendes omsorg for både patienter, pårørende og kolleger var noget helt specielt. *Bitten* var utrolig opmærksom og altid meget lyttende. Hendes medmenneskelighed var så dejlig umiddelbar. Vi så alle frem til, når vi skulle være sammen med *Bitten*.

Familien betød meget for *Bitten*, hun ville gøre alt for den. Derfor kæmpede *Bitten* en svær og tapper kamp mod kræften, desværre uden at vinde.

Bittens dejlige latter og røst vil vi altid kunne høre i vores varme minder om *Bitten*.

Du var noget særligt, *Bitten* – vi vil savne dig meget!

Vore mange tanker går til *Bittens* mand, *Søren*, og deres tre børn, *Mathias*, *Sisse* og *Frederik*.

På vegne af Neurokirurgisk afdeling K, Aalborg, Kirsten Vinther.

Gitte Houbak Thomsen

Klinisk uddannelsesansvarlig sygeplejerske *Gitte Houbak Thomsen* døde den 20. september 2006, 43 år gammel.

Gitte var glad og positiv, var omsorgsfuld og havde altid tanke for andres behov, hvilket kom både patienter og kolleger til gavn.

Gitte var meget engageret i sit arbejde og har gennemført mange tiltag, der har øget studerendes og eleveres læringsmuligheder i afdelingen. *Gitte* havde som uddannelsesansvarlig sygeplejerske en stor samarbejdsflade med sygeplejersker, studerende og elever både i afdelingen og på uddannelsesstederne. Hun interesserede sig for alle, var meget vellidt og efterlader sig et stort savn.

Gitte har på en beundringsværdig måde været en aktiv modspiller til kræften og har til det sidste formået at gøre en forskel i sine sociale relationer.

Ved *Gittes* begravelse sagde præsten: "Stærk tilstedeværelse!" Det beskriver meget præcist, hvordan *Gitte* var som person. Hun var nærværende og åben over for alt og havde en unik evne, der gjorde, at man efter samvær med *Gitte* gik rigere derfra. Mange har haft intense og dybe samtaler med *Gitte* og er gået derfra med såvel faglig som personlig eftertænkning.

Vores tanker går til *John* og børnene, som mistede hustru og mor alt for tidligt.

Vi vil altid mindes *Gittes* positive livssyn og stærke personlighed.

*På vegne af kollegerne, Sygehus
Vendsyssel, Medicinsk Afdeling, Hjørring.
Klinisk uddannelsesansvarlig
sygeplejerske Jette Larsen og
udviklingssygeplejerske Bente Jensen.*

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

Dorte Drewsen

Det var med stor sorg, vi den 21. august 2006 modtog meddelelsen om, at vores kære kollega *Dorte Drewsen* var død. Dorte døde efter et kort sygdomsforløb på 14 dage. Hun blev 54 år gammel.

Dorte blev ansat i 1992 som aftenvagter på Kardiologisk afdeling, afsnit S1 Aalborg Sygehus Syd. Dorte var en meget dygtig kardiologisk sygeplejerske, og hendes store erfaring kom alle til gavn i afdelingen.

Dortes sygepleje var kendetegnet ved, at hun evnede at rumme mange forskellige mennesker og situationer. For hende kom patienten altid før systemet. Dorte var altid god til at tage imod nye kolleger i afdelingen og få dem til at føle sig velkomne. Dorte var en særdeles afholdt og vellidt kollega – én man altid kunne regne med.

Det var for os kolleger altid et friskt pust, når Dorte mødte på arbejde – altid i god tid satte hun sig på en stol med sin kaffe og småsnakkede, inden hendes vagt startede. Dorte formåede altid med sit muntre og positive væsen at skabe en god stemning på afdelingen. Vi er mange, som savner hendes kærlige "knib" i siden, hendes knusere og personlige bemærkninger. Kom man tilfældigvis forbi hendes hjem, var man altid velkommen, og der var kaffe på kanden. Altid satte hun andres velbefindende før sit eget.

Dorte var en pige med mange jern i ilden. Uanset hvad, var man dog aldrig i tvivl om, at familiens ve og vel altid kom først. Dorte var trods sin fysiske størrelse et meget stort menneske.

Vi vil savne Dorte på afsnit S1. Vores tanker går til Dortes mand *Rolf* og deres tre piger: *Miriam*, *Christina* og *Camilla*.

Æret være Dortes minde.

På vegne af personalet på afsnit S1, afdelingssygeplejerske Astrid Jørgensen, sygeplejerske Janni Hansen og sygeplejerske Mette Sørensen.

navne



Ny rektor for sygeplejerskeuddannelsen i Hovedstaden

Sygeplejerske og cand.cur. *Ulrich Thostrup*, 58 år, bliver fra den 1. november 2006 ny rektor for sygeplejerskeuddannelsen i Hovedstadens Sygehusfællesskab, H:S, under CVSU Øresund. Han afløser *Pia Ramhøj*.

Ulrich Thostrup kommer fra en stilling som rektor for Frederiksborg Amts Sygeplejerskole. Ifølge direktør i CVU Øresund, *Inge Prip*, skal Ulrich Thostrup bl.a. gennemføre en akkreditering af uddannelsen i 2007.

(sbk)



Prisvinder Aneta Teresa Rek foran sygeplejerskolen og Hildegard-skulpturen.

FOTO: MALENE ELBROND

Hildegard-prisen til studerende i Slagelse

Sygeplejerskolen i Slagelse har igen i år uddelt Hildegard-prisen til en studerende, der har gjort en særlig indsats i sygeplejen. *Aneta Teresa Rek*, der går på 7. semester, får prisen for den suveræne helhedspleje, som hun ydede til patienterne på Ortopædkirurgisk afdeling på Holbæk Sygehus under sin praktik. Det er de kliniske vejledere på praktikstederne i Vestsjællands Amt, der kan indstille kandidater til prisen.

Hildegard-prisen har fået navn efter den tyske middelaldernonne *Hildegard af Bingen*, som levede fra 1098-1179. Hun var seerske, komponist, forfatter og læge og stod for et holistisk livssyn. En skulptur af Hildegard i bronze pryder indgangen til sygeplejerskolen i Slagelse, og selve prisen er en mindre kopi i bronze.

Hvert år hyldes Hildegard på sygeplejerskolen i Slagelse ved et program, der varer en hel dag. Hildegard-eksperter holder foredrag, og der bliver budt på middelaldermad og mjød.

(sbk)

Et halvt år på børnehospital i Liberia

Sygeplejerske *Marie Keiding*, 32 år, er fra midten af september og seks måneder frem udstationeret i Liberia, hvor hun skal arbejde på Læger uden Grænsers børnehospital i Monrovia. Hun har orlov fra Levermedicinsk afdeling på Rigshospitalet, og det er hendes første udstationering.

(sbk)

Sygeplejerske skal hjælpe libanesiske flygtninge i Syrien

Sygeplejerske *Rikke Gormsen*, 52 år, er udsendt til Syrien for Dansk Røde Kors, hvor hun skal danne sig et overblik over, hvordan flygtninge fra konflikten i Libanon kan hjælpes. Hun skal specielt fokusere på det psykosociale arbejde med mennesker, især børn, som har været udsat for voldsomme oplevelser. Rikke Gormsen har tidligere været udsendt til bl.a. Iran, Sri Lanka og Tjetjenien.

(sbk)

Redaktion

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

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

faglige artikler

På www.sygeplejersken.dk findes

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

Vejledninger tilsendes også ved henvendelse til redaktionen 3315 1555



►► Artiklen henvender sig til sygeplejersker med interesse for test af hjertesygdomme. Hovedbudskabet er, at Rigshospitalet åbner en klinik for arvelige hjertesygdomme.



Familien kan testes for alvorlig hjertesygdom

Af Selina Kikkenborg Berg, klinisk udviklingsansvarlig sygeplejerske, cand.cur., og Lone Siersbæk-Hansen, sygeplejerske

Rigshospitalet har åbnet dørene for en ny klinisk enhed, REAH, Rigshospitalets Enhed for Arvelige Hjertesygdomme. Formålet er at tilbyde rådgivning, udredning og behandling af familiemedlemmer til patienter med arvelige hjertesygdomme. De deltagende kliniske afdelinger er Hjertemedicinsk Klinik, Klinisk Biokemisk Afdeling samt Klinisk Genetisk Afdeling.

REAH fokuserer bredt på arvelige hjertesygdomme, f.eks. kardiomyopati og langt QT-syndrom. Disse hjertesygdomme kan føre til hjertefinfarkt, arytmi eller pludselig død i en ung alder. Det forventes, at ca. 1.000 slægtninge årligt vil undersøges for en arvelig hjertesygdom på Rigshospitalet.

Arvelig hjertesygdom

Hjertesygdomme betragtes typisk som livsstilsrelaterede sygdomme. Nogle hjertesygdomme er imidlertid arvelige. Ved nogle af de arvelige sygdomme har man kortlagt de sygdomsfremkaldende gener. Det drejer sig typisk om sygdomme, der kan udløse livstruende arytmier og altså pludselig død, og sygdomme, der kan føre til hjertesvigt. Man foretager genetisk udredning for at kunne tilbyde familiemedlemmer forebyggende behandling. Ofte vil halvdelen af familien være arveligt disponeret. Udredning for arvelige hjertesygdomme består af undersøgelser af hjertet

såsom ekg og scanning samt evt. genetisk test.

Genetisk rådgivning

I praksis foregår det sådan, at den syge spørger nære slægtninge, om de vil i kontakt med hospitalet. Hvis slægtningene udfylder og returnerer en slip, aftales tid til konsultation. Praksis på Rigshospitalet er, at slægtninge først konsulterer en specialuddannet sygeplejerske. Ved første besøg drøftes de begivenheder, der er sket i familien, f.eks. at en er faldet om af hjertestop, og de overvejelser, der måtte være angående udredning. Fordele og ulemper vendes, og målet er, at der bliver truffet beslutninger, der stemmer overens med den enkelte persons værdier. Der tilbydes betænkningstid, idet det at lade sig teste, ud over at være en psykisk belastning, kan få betydning for pensions- og forsikringsforhold m.v.

Familiemedlemmer får individuelle konsultationer, dels så børn og unge ikke skal høre på voksnes bekymringer, dels fordi man i familier tager følelsesmæssige hensyn til hinanden og måske holder spørgsmål tilbage. Unge får, fra de er 15 år, mulighed for at tale med en læge eller sygeplejerske alene, fordi det er deres ret, og fordi spørgsmål om f.eks. sex og rygning i forbindelse med hjertesygdom sjældent bliver stillet i forældres påhør.

Hjertesyg og hvad så?

Det kan være ganske overvældende at få viden om, at man ikke er fuldstændig rask, men at man er disponeret for eller har en hjertesygdom. Spørgsmål vil melde sig om sygdommens betydning for hverdagsliv og fremtid, og der vil være brug for sundhedsfaglig information om håndtering af sygdommen eller forebyggelse af sygdomsudvikling. I praksis foregår det sådan, at patienten får besked om resultatet af undersøgelserne, og ud over lægelig kontrol tilbydes et forløb hos en sygeplejerske. Sygeplejen i efterforløbet er rettet mod det at leve med en hjertesygdom og konsekvenserne i form af forebyggende medicin eller indopereret device, der kan støde hjertet ved hjertestop (ICD). Da der på verdensplan er tale om et nyt tilbud, er sygeplejen baseret på generel viden om genetisk rådgivning og kardiologisk sygepleje.

*Selina Kikkenborg Berg og Lone Siersbæk-Hansen arbejder begge på Hjertecentret, afdeling 3142, Rigshospitalet.
Selina@rh.dk*

Der holdes åbningssymposium på enheden for arvelige hjertesygdomme den 24. oktober 2006, kl. 14-17 i Auditorium 1, Rigshospitalet. Alle interesserede er velkomne.

Magnethospitaler i Danmark

Af Alice Ratenburg, chefsygeplejerske

► Indlæggets målgruppe er sygeplejersker, som interesserer sig for rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker med en høj faglig standard. Hovedbudskabet er, at der er sammenhæng mellem sygeplejens vilkår og plejekvalitet. Indlægget er baseret på en dansk rapport om magnethospitaler.

Begrebet magnethospitaler har de senere år optaget flere og flere sygeplejefaglige ledere i Danmark. Som navnet angiver, er magnethospitaler arbejdspladser, der har en særlig evne til at tiltrække og fastholde sygeplejersker med en høj faglig standard.

Amerikanske undersøgelser af magnethospitalerne har bekræftet, at sygeplejens vilkår har stor betydning for kvaliteten af den pleje og behandling, patienterne får tilbudt. Men er den viden og de data, som de amerikanske forskningsresultater hviler på, sammenlignelige med danske forhold?

Det spørgsmål har seks danske chefsygeplejersker og sygeplejedirektører fra Hovedstadens Sygehusfællesskab, Århus Universitetshospital og Odense Universitetshospital sat sig for at få svar på.

Samtidig har de seks sygeplejechefer stillet sig selv yderligere tre spørgsmål:

- Er der i den videnskabelige litteratur evidens for sammenhængen mellem vilkårene for sygeplejen og resultaterne af behandling og pleje?
- Er der fællesnævnerne for de sygehuse, hvor sygeplejerskerne opnår de bedste resultater i patientplejen?
- Hvad er den rigtige sygeplejenormering (det vil sige den personalesammensætning, der giver de bedste resultater for patienterne)?

Opgaven med at finde svarene blev overladt til sygeplejerske, cand.scient.soc. Lene

B.L. Bjerregaard, der har samlet resultaterne i et grundigt litteraturreview. Rapporten har titlen "Magnethospitaler. Arbejds miljø, uddannelse og patientoutcome. Et kritisk studie."

Hovedkonklusionerne i rapporten er for det første, at der faktisk er en sammenhæng mellem sygeplejens vilkår og kvalitet, pleje og behandling. For det andet, at det ved at anvende bestemte videnskabelige værktøjer vil være muligt at gentage de amerikanske undersøgelser med fokus på danske forhold. Forudsætningen er dog, at det kan lade sig gøre at få data fra de danske registre i en form, så de kan sammenlignes med de amerikanske oplysninger.

Lykkes det, vil sådanne undersøgelser kunne danne basis for sammenligninger ikke alene mellem hospitaler i Danmark, men også mellem danske hospitaler og hospitaler i USA, Canada, Storbritannien og Tyskland, hvor lignende studier allerede er gennemført.

Initiativet til det danske litteraturreview og rapporten "Magnethospitaler. Arbejds miljø, uddannelse og patientoutcome. Et kritisk studie" er taget af chefsygeplejerskerne Vibeke Krøll, Kirsten Bruun og Vibeke Deding fra Århus Universitetshospital, chefsygeplejerske Alice Ratenburg, Odense Universitetshospital, samt sygeplejedirektørerne Helen Bernt Andersen og Janne Elsborg fra H:S.

Gruppen arbejder nu videre med problemstillingerne og med mulighederne for at fortsætte undersøgelserne af vilkårene for sygepleje på danske hospitaler.

Alice Ratenburg er chefsygeplejerske på Odense Universitetshospital.

Rapporten "Magnethospitaler. Arbejds miljø, uddannelse og patientoutcome. Et kritisk studie," kan downloades på nettet på adressen <http://www.cvsu.dk/wm193589>



Synergi

DSR's nyhedsbrev

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

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

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



Sygeplejerskers kompetence til insulinjustering

Af Charlotte Schiøtz, klinisk specialist,
og Lis Borrild, chefsygeplejerske, cand.cur.

► Artiklen henvender sig til sygeplejersker med interesse for diabetes. Hovedbudskabet er, at insulinjustering kan delegeres til sygeplejersker med særlig kompetence. Artiklen beskriver retningslinjer på området.

I rapporten "Uddannelsesprogram for diabetesygeplejersker ved Steno Diabetes" 2005 beskrives den kliniske uddannelse til diabetesygeplejerske på Steno Diabetes Center (SDC). Programmet indeholder bl.a. et oplæringsprogram til insulinjustering. Oplærings- og uddannelsesprogrammet danner baggrund for en fælles instruks i H:S og på SDC. Instruksen er udarbejdet af en kompetencegruppe nedsat af H:S' diabetesudvalg. Kompetencegruppen har bestået af sygeplejersker fra samtlige diabetesafdelinger i H:S samt fra SDC.

Målgruppen for instruksen er udelukkende sygeplejersker, der dagligt justerer insulin, arbejder på diabetesafdelinger, og som har gennemgået uddannelsesprogrammet.

Arbejdsgruppen har haft fokus på sygeplejerskers praksis for at sikre sygeplejersken juridisk og for at sikre en fælles høj kvalitet af sygeplejerskers justering af insulin i H:S og på SDC.

Formål:

- At indføre overordnede retningslinjer i overensstemmelse med gældende lov
- At beskrive uddannelsesforløb som led i

udarbejdelsen af fælles kompetenceprofil/-udvikling for diabetesygeplejersker

- At sikre og højne kvaliteten af diabetesygeplejen.

Instruksen indeholder mål, forudsætninger samt rammer, som præciserer:

"I nogle situationer kan en læge delegere til plejepersonalet at vurdere og iværksætte behandling med medicin. Dette kan ske ved en konkret delegation og i visse situationer ved en generel delegation." (Sundhedsstyrelsens vejledning om medicinadministration af 6. februar 1998 afsnit 2.5).

Af rammerne fremgår, at: "... for hver afdeling skal foreligge instruks, godkendt af ansvarlig overlæge, som omfatter kriterier for sygeplejerskens faglige kompetence og kliniske erfaringer."

Oplæringsprogrammet er udarbejdet som en trinvis og parallel oplæring inden for tre hovedområder: teoretisk viden og praktiske færdigheder, erfaringsdannelse og refleksionsøvelser samt strukturerede undervisningsdage.

Efter deltagelse i oplæringsprogrammet indstilles den enkelte sygeplejerske af den ledende sygeplejerske til delegation af insulinkompetence hos den kliniske overlæge. Delegeringen skal foreligge skriftligt og omfatter kun kompetence til at justere på insulinindosis hos patienter tilknyttet klinikken. Forudsætningen for sygeplejerskers justering af insulin er, at det af journalen fremgår, at lægen har delegeret insulinjustering på den enkelte patient til kompetencehavende sygeplejerske.

Delegering omfatter aktuelt kun den medicinske afdeling, den er givet til. Inden for H:S og SDC vil det være naturligt, at sygeplejersker, der skifter arbejdsplads, kan tage deres kompetence med efter godkendelse af klinisk ansvarlig overlæge på den nye afdeling.

Hvis ansvarlig overlæge ikke kan stå inde for delegering af insulinjustering til en sygeplejerske, kan denne inddrages.

Som led i kvalitetssikring anbefales det, at klinikken med passende interval gennemfører journalaudit.

Perspektivet i den fælles instruks kan blive, at sygeplejersker fremover påtager sig andre opgaver i relation til diabetesbehandlingen.

Dette kan være behandlingsstart hos patienter med type 2-diabetes efter beskrevne retningslinjer.

Det vil medføre en udvidelse af undervisnings- og oplæringsprogrammet. Når en specialuddannelse til diabetesygeplejerske etableres, kan der blive krav om bestået eksamen, hvor ovenstående program vil være en del af eksamenspensum.

Charlotte Schiøtz er klinisk specialist på Medicinsk endokrinologisk klinik PE på Rigshospitalet, og Lis Borrild er chefsygeplejerske på Steno Diabetes Center.

Instruk for sygeplejerskers kompetence vedrørende insulinjustering i H:S og på Steno Diabetes Center kan fås ved henvendelse til Charlotte Schiøtz, charlotte.schiøtz@rh.hosp.dk eller hos Lis Borrild, lbor@steno.dk



Nyt fagligt selskab for gastroenterologiske sygeplejersker

Af Brita Lindeberg, afdelingssygeplejerske

► Artiklen henvender sig til gastroenterologiske sygeplejersker, og det er en opfordring til at deltage i den stiftende generalforsamling i fagligt selskab for gastroenterologiske sygeplejersker.

Ca. 400 sygeplejersker, der beskæftiger sig med gastroenterologisk sygepleje og endoskopi, har i mange år haft en forening, Selskab for Gastroenterologiske Sygeplejersker, men foreningen har ikke været et fagligt selskab i Dansk Sygeplejeråds regi. Det ønsker vi, det bliver nu, og hovedbestyrelsen i Dansk Sygeplejeråd har godkendt oprettelsen af det nye faglige selskab.

Der afholdes stiftende generalforsamling i Fagligt Selskab for Gastroenterologiske Sygeplejersker den 10. november 2006 klokken 18.00 på Hotel Comwell i Kolding.

Indkaldelse til den stiftende generalforsamling er ligeledes annonceret i dette nummer af *Sygeplejersken*, hvor I kan finde dagsordenen.

Vi opfordrer alle interesserede til at deltage. Der skal vælges seks sygeplejersker til den nye bestyrelse, så kom og vær med til at præge fremtidens gastroenterologiske sygepleje.

Det gastroenterologiske speciale beskæftiger sygeplejersker både på medicinske, kirurgiske og endoskopiske afdelinger, og de tilbud, der kan gives til patienter med gastroenterologiske sygdomme, ændrer sig hele tiden. Det er vigtigt, at sygeplejerskerne har et forum, hvor udviklingen i specialet er i fokus, og hvor sygeplejerskerne kan udveksle erfaringer. Et fagligt selskab kan medvirke til at øge kompetencerne hos de gastroenterologiske sygeplejersker.

Mange af vores nuværende medlemmer vil måske stille spørgsmålet "Hvorfor skal der laves et nyt selskab?"

Det nuværende Selskab for Gastroenterologiske Sygeplejersker har opfyldt de behov for medlemmerne, som beskrives ovenfor, men nu, hvor vi har fået mulighed for at blive et fagligt selskab i Dansk Sygeplejeråds regi, ønsker vi at blive ligestillet med andre specialer. Vi tror, det vil være et gode for alle at være med i det samarbejde, de faglige selskaber har, dels med hinanden, dels med Dansk Sygeplejeråd.

Indtil nu har Selskab for Gastroenterologiske Sygeplejersker hvert år afholdt et todages årsmøde, hvor ca. 150 sygeplejersker mødes, får opdateret deres viden inden for specialet og udveksler erfaringer med kollegaer fra hele landet.

Selskabet har et godt samarbejde med industrien og administrerer flere fonde, som giver medlemmerne mulighed for at søge om økonomisk støtte til kurser, konferencer og studieture.

Vi er medlem af og samarbejder med den Europæiske Gastro-

enterologiske forening, ESGENA, som arrangerer en konference hvert år. Der sidder en dansk sygeplejerske i bestyrelsen. ESGENA udgiver et nyhedsblad og har en hjemmeside. Alle medlemmer af det danske selskab er automatisk medlem, hvis de ønsker det.

Vi håber, ovenstående aktiviteter vil fortsætte i det nye selskab til gavn og glæde for medlemmerne.

Brita Lindeberg er afdelingssygeplejerske på Endoskopiafsnittet D 07 på KAS Glostrup. brli@glostruphosp.kbhamt.dk



Epilepsi og sygepleje, 1. udgave Af Helene Meinild

Ca. 55.000 mennesker i Danmark lever med epilepsi. Sygeplejersker møder mennesker med epilepsi overalt i sundhedsvæsenet og alle sygeplejersker bør derfor have kendskab til epilepsi.

Bogen giver vigtige informationer om bl.a. anfaldstyper, observation, beskrivelse og registrering af anfald, undersøgelser, behandling samt den specielle sygepleje, der knytter sig til anfald og tiden mellem anfald.

Publikationen er tilgængelig på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside www.dsr.dk

Den kan også købes i Dansk Sygeplejeråds bogudsalg, Sankt Annæ Plads 30, 1008 København K, bestilles på tlf. 33 15 15 55, eller rekvireres i butikken på www.dsr.dk

Dansk Sygeplejeråd - Sankt Annæ Plads 30 - Postboks 1084
1008 København K - Tlf. 33 15 15 55 - Email dsr@dsr.dk - www.dsr.dk



Graviditet – ude af kontrol

► Artiklen henvender sig til gynækologiske sygeplejersker. Den er baseret på en specialeafhandling, der indeholder interview med syv gravide kvinder. Hovedbudskabet er, at de gravide henvender sig på hospitalet med pletblødning, menstruationssmerter eller oplevelsen af manglende graviditetssymptomer og ønsker at blive scannet. Spørgsmålet er, om hospitalet skal tilbyde disse kvinder akut scanning.

Hun er gravid i syvende uge og skal som sædvanlig op klokken seks om morgenen for at tisse. Hun sidder lidt søvndrukken på toilettet, og der går lidt tid, inden hun opdager det. Pletblødningen. Hun ser, at trusserne er røde af blod, og pludselig er hun meget vågen. Hun havde også blødt lidt for en uge siden og gik på nettet og forstod, at det kunne være helt normalt at bløde lidt i den tidlige graviditet. Hun havde for en sikkerheds skyld ringet til sin praktiserende læge, og han havde fortalt, at det formentligt ikke betød noget. Han havde dog sagt, at hvis blødningen kom igen, kunne de tale om en henvisning til ultralydsscanning.

Hun husker tilbage på dengang, hun stod med den positive graviditetstest. Hun havde været så glad. Og nu er det hele måske forbi? Hun kalder på kæresten. Han kikker søvnigt på hende og prøver at berolige hende. Men hun er rigtig bange. Hun må have vished nu. Er hun gravid, eller har hun mistet det? Han ringer efter ambulancen, og hun bliver kørt af sted til hospitalet. Her bliver hun undersøgt og scannet, og heldigvis er alt, som det skal være. Fosteret lever, og hun ser det lille hjerte bevæge sig. Hun er beroliget for en stund, ringer til kæresten, fortæller den gode nyhed og tager derefter bussen hjem.

Forskning med tre temaer

Ovenstående historie er autentisk.

Det er den type patienthistorier, der skaber forundring blandt

personalet på Gynækologisk Afdeling. Personalet ser bekymrede gravide kvinder komme på alle tider af døgnet med tilsyneladende minimale symptomer. F.eks. lidt pletblødning eller menstruationssmerter. En optælling viser, at ca. 50 pct. af de akutte henvendelser i aften, nat og weekend er relateret til den tidlige graviditet.

Hvordan skal disse henvendelser forstås? Er graviditet en sygdom, hvor hospitalet forventes at stille ekspertise og system til rådighed?

Med disse spørgsmål i baghovedet er der søsat en undersøgelse med det formål at blive klogere på disse tidligt gravide kvinders henvendelser. Undersøgelsen belyser tre forskningstemaer.

- Første tema sætter fokus på kvindernes oplevelse af at være gravide, og hvilke forventninger de oplever, der er til dem fra omgivelserne.
- Andet tema søger indsigt i kvindernes oplevelse af at få gener relateret til graviditeten.
- Tredje tema giver viden om kvindernes oplevelse af sundhedsvæsnets tilbud.

Da der er meget sparsom forskning på netop dette felt, er der valgt en eksplorativ og kvalitativ forskningstilgang, hvor syv kvinder er interviewet efter en forskningsguide udarbejdet over de tre forskningstemaer (se boks 1 side 42).

I de traditionelle kulturer æres fortiden, og symboler værdsættes, fordi de rummer og bevarer generationers erfaring. Kvinderne i denne undersøgelse agerer derimod i en modernitet, hvor kravet om tradition er blevet erstattet af kravet om fornuft. Men fornuften udfordres af modernitetens refleksivitet (1). Her må plejepersonalet forholde sig til en tendens, hvor brugerne i højere grad er oplyste og kritiske over for information, vejledning, undersøgelse og behandling. Patienterne ønsker mere viden, og en ny patientrolle træder frem under betegnelsen kritiske forbrugere (2).

Patienterne får sundhedsfaglig viden om symptomer og be-



ARKIVFOTO: MERETE FRIIS/SCANPIX

Både glæden ved at være gravid og tvivlen om muligheden for gennemførelse af svangerskabet udløser stærke følelser, der fylder meget hos kvinderne. De forsøger at håndtere følelserne med forskellige strategier.

handlinger om så at sige alle sygdomsforhold fra kilder som månedsbladet Helse, Radiodoktoren, Lægens Bord, Sundhedsstyrelsens hjemmeside, Sundhed.dk og Netdoktor.dk. En dansk undersøgelse viser, at ca. 40 pct. af patienterne/klienterne har brugt internettet til oplysninger om sundhed og sygdom som en slags forberedelse inden en konsultation hos egen praktiserende læge (3).

I denne undersøgelse har tidligt gravide kvinder viden om vanlige graviditetssymptomer som kvalme, opkast, brystspænding og træthed. Kvinderne er meget opmærksomme på deres graviditetssymptomer, og almindelige graviditetssymptomer opleves og accepteres af kvinderne som forventelige. Men kvalme, opkast,

“Patienterne ønsker mere viden, og en ny patientrolle træder frem under betegnelsen kritiske forbrugere.”

træthed og brystspænding bliver også brugt af kvinderne som en positiv markør på en normal graviditet med et levende foster. Kvinderne reflekterer over et ophør af forventelige graviditetssymptomer, og manglende graviditetsgener bliver derfor til en bekymring for manglende produktion af graviditetshormoner. Kvinderne bliver usikre på, om manglen på graviditetsgener kan være et tegn på en begyndende abort.

Kvinderne oplever, at de har det bekymrende godt, og søger hospitalet for en akut ultralydsscanning.

Graviditet udløser stærke følelser

De tidligt gravide kvinder i undersøgelsen har en eksplicit viden om den tidlige graviditets forventelige gener og er meget bevidste om symptomer og risiko for spontan abort inden for de første tre måneder af svangerskabet. Når viden om risiko for at miste fostret udfordrer glæden ved at være gravid, opstår der tvivl og usikkerhed. Både glæden ved at være gravid og tvivlen om muligheden for gennemførelse af svangerskabet udløser stærke følelser, der fylder meget hos kvinderne. De forsøger at håndtere følelserne med forskellige strategier.

En strategi kan være at indstille sig på, at graviditeten formentlig ender som en spontan abort. Disse kvinder ønsker ikke at udbrede den glade nyhed om graviditeten til andre end de allernærmeste. De opsøger ikke viden om den normale graviditets udvikling, eksempelvis i form af billeder af fosteret i forskellige udviklingsstadier. De forbereder sig på det værste, nemlig en spontan abort.

En anden strategi for håndtering af bekymring for graviditetens udvikling er aktivt at opsøge mere viden om den tidlige graviditet på internettet eller i graviditetsbøger som eksempelvis Politikens graviditetsbog. Kvinderne opsøger al tilgængelig vi- ▶

- den, de ønsker, at andre lytter til deres tanker, tvivl og usikkerhed, og de opsøger andres erfaringer på området.

Ingen af strategierne er succesfulde. Kvinderne befinder sig i en uløselig konflikt mellem at turde glæde sig over graviditeten og samtidig forholde sig til muligheden for spontan abort. De søger sundhedsvæsenet frem for at acceptere, at graviditetens udfald er bestemt af naturen, Fortuna eller Guds vilje. Risikobegrebet (4) kan anskues som foregribelse af endnu ikke opståede skader, som for så vidt allerede er realistiske og reelle.

I denne forståelse af risikobegrebet er det svært for de gravide kvinder at reducere abortrisikoen til sandsynligheder og konsekvenser, der måles med videnskabelige metoder og beskrives i statistiske termer. Her forhandles og overvejes risiko i den enkelte kvinde. I risikoopfattelsen hos den enkelte gravide kvinde indgår en række subjektive risikofaktorer (4), hvoraf kvindernes oplevelse af manglende indflydelse på eller kontrol over graviditetsforløbet har betydning for deres accept af en abortrisiko.

De er overladt til en venteperiode og må passive se tiden an i forhold til, hvordan graviditeten udvikler sig. Kvinderne har svært ved at se nytteværdien eller retfærdigheden i en spontan abort.

En oplevelse af manglende kontrol og muligheden for en meningsløs spontan abort er subjektive risikofaktorer, som kvinderne reagerer på. Resultatet bliver en søgning efter en slags forsikring for graviditetens fremtid. Her bliver hospitalets mulighed for at stille en ultralydsscanning til rådighed den baglinje, hvorfra kvinderne tror, de kan få vished og sikkerhed for graviditetens udfald.

Søg straks læge

Symptomer i graviditeten som blødning eller smerte kan (foruden at være et tegn på en begyndende ufrivillig abort) være et tegn på en livstruende graviditet uden for livmoderen. Derfor



►► **BOKS 1. METODE.** Undersøgelsens resultater bygger på en kvalitativ tilgang til syv kvinders forståelse og oplevelse af at være en gravid i et moderne samfund. Kvinderne er valgt efter deres henvendelse til Hvidovre Hospital, hvor inklusionskriterierne har været, at kvinden skulle være ønsket gravid, tale dansk og mindre end 13 uger henne i svangerskabet, og ultralydsscanningen måtte ikke tolkes som en spontan abort. Syv kvinder blev spurgt og danner grundlaget for empirien til dette projekt. Antallet er bestemt, efter at jeg begyndte at kunne genkende mønstre i svarene fra interviewpersonerne.

Den kvalitative metode med interview med syv kvinder giver ikke mulighed for at operationalisere med statistisk gyldighed. Men valget af kvalitativ metode må forstås ud fra denne metodes særlige mulighed for at begribe den komplekse virkelighed, der ønskes undersøgt. Videnskab er i den kvalitative tilgang frembringelse af viden, som en anerkendelse af indsigt i nye sammenhænge og nye anskuelser, der giver en oplevelse af resonans hos modtageren (5). Jeg har i min analyse arbejdet efter *Steiner Kvalitet* tre analysetrin med en hermeneutisk tilgang (6).

Fortolkning og meningstilskrivelse er et vilkår for videnskab, der omhandler forhold omkring menneskelige interaktioner. I naturvidenskabene anskuer forskeren genstande, hvor hensigten er at optælle, sammenligne og systematisere for ud af dette at kunne forklare indbyrdes relationer og formulere iagttagelser i almene love. Denne bestræbelse på at forklare fænomener har udgangspunkt i et forhold mellem årsag og virkning. I den hermeneutiske tilgang, som er valgt i dette projekt, ønsker jeg at forstå, hvorfor gravide kvinder henvender sig til hospitalet. Hvor naturvidenskabens er rationel og begrebslig, vil jeg med hermeneutikken begribe kvindernes oplevelser ved at basere forståelsen på indføling og forståelse af sammenhæng (6).

Det er essentielt for den kvalitative metodes validitet, at der er gennemskuelighed og synlighed i alle analyseniveauer, og undersøgelsens resultater skal virke overbevisende og troværdige (5).

vil kvinder, der søger viden i det medicinske felt om disse symptomer, f.eks. på Netdoktor.dk, finde en opfordring til straks at søge læge. De kan ikke beroliges gennem faglige og generelle informationer, men følger opfordringen om at kontakte sundhedsvæsenet. Kvinderne i undersøgelsen oplever ikke sig selv som akut syge eller behandlingskrævende. De søger en særlig indsigt og en afklaring på deres graviditetsforløb, som de kan erhverve ved kontakt til en institution, der ellers henvender sig til aktuelt eller potentielt syge mennesker.

”Kvinderne oplever, at de har det bekymrende godt, og søger hospitalet for en akut ultralydsscanning.”

De tidligt gravide kvinder forventer ikke yderligere omsorg eller psykologisk hjælp fra sundhedsvæsenet. De efterlyser ikke dybere samtaler i hospitalsregi omkring deres bekymringer for graviditeten, og de giver ikke udtryk for at have behov for mere tid til omsorg og forståelse for deres tanker og følelser.

Kvinderne har sociale netværk, hvor der er mulighed for at dele graviditetens glæder og bekymringer. Det er særligt veninders erfaring med graviditetsbekymringer, der opleves som

►► SPØRGSMÅL TIL DISKUSSION

Diskutér følgende på næste personalemøde:

- Har gravide kvinder ret til en scanning, når de bliver bekymrede over uventede symptomer i graviditeten?
- Hvilken sygepleje yder du til tidligt gravide kvinder, der henvender sig med bekymringer over graviditeten?

centrale og værdifulde. De gravide finder samhørighed med og forståelse hos andre kvinder, der på egen krop har oplevet lignende situationer.

Ud fra denne undersøgelse kan det ikke forklares, hvorfor disse hospitalskontakter netop foregår i weekenden og om aftenen. Kvinderne angiver som årsag til den akutte henvendelse, at de enten har været i nærheden af netop dette hospital, eller at de er blevet vurderet af en vagtlæge, som har skønnet, at der var behov for en hurtig og akut scanning. Her er det især påfaldende, at manglende graviditetssymptomer vurderes at være en akut opgave for hospitalet.

De bekymrede gravide kvinder henvender sig til et hospitalsystem, der i sin organisationsstruktur skarpt skelner mellem patienter, der er akut syge – og dermed kræver akut behandling, og de patienter, hvor diagnosticering, undersøgelse og behandling kan tilrettelægges og planlægges i dagsarbejdstiden på hverdage. De tidligt gravide kan via egen læge, vagtlæge eller skadestue få tid til en gynækologisk undersøgelse og ultralyds-

“En oplevelse af manglende kontrol og muligheden for en meningsløs spontan abort er subjektive risikofaktorer, som kvinderne reagerer på.”

scanning på hospitalet en af de førstkommande hverdage. Organiseringen er foranstaltet ud fra et serviceønske, hvor patienten ikke bør sidde og vente i timevis på at blive undersøgt, og giver endvidere mulighed for planlægning af de undervisnings- og oplæringsopgaver, der er en betragtelig og ressourcekrævende funktion for et hospital.

Mødet mellem den bekymrede kvinde og hospitalssystemet kan derfor betragtes som et læringsrum. Lægen får mulighed for træning i ultralydsscanning og klinisk observation, og kvinden oplever tryghed og sikkerhed i forhold til risikoen for abort.

Denne undersøgelse afspejler ikke det, der i folkemunde betegnes som ”den søde ventetid” eller som ”lykkelige omstændigheder.” Kvinderne fyldes i de første tre måneder af graviditeten med stærke følelser af både glæde, angst, tvivl og usikkerhed. Den tidlige graviditet opleves som en følelsesmæssigt

►► ENGLISH ABSTRACT. Munk L. Pregnancy – out of control. Sygeplejersken 2006;(21):40-3.

Women in early pregnancy approach their hospital for an acute scan even though they are experiencing minimal discomfort. They have difficulty dealing with the risk of losing their planned child and worry when they observe unexpected symptoms during pregnancy. Although thrilled to find they are pregnant the women are acutely aware of the possibility of miscarrying during the first three months. They actively seek more knowledge of unexpected problems during pregnancy but are not put at ease by the general information given them by professionals. They want to be sure that they are not about to lose their child.

The women have social networks, and they find friends' experiences with pregnancy problems particularly helpful.

The results of the survey are based on seven interviews with women bearing planned children, carried out during the first three months of pregnancy. The women had approached Hvidovre Hospital emergency clinic for examination and to have an ultrasonic scan. None of the women's pregnancies were diagnosed as a miscarriage.

Keywords: Early pregnancy, ultrasonic scanning, risk, checkups.

belastende og svær ventetid, hvor modernitetens kendetegn som kontrol, valgfrihed og selvbestemmelse ikke er til rådighed.

Lisbet Munk er ansat som klinisk vejleder på Hvidovre Hospital, Gynækologisk afsnit 420.

Rapporten kan tilsendes via e-mail som en vedhæftet fil ved henvendelse til Lisbet Munk, Afsnit 420, Hvidovre Hospital. Lisbet.Munk @hh.hosp.dk

Litteratur

1. Giddens A. Modernitetens Konsekvenser. København: Hans Reitzels Forlag; 2002.
2. Hjort K. Moderniseringen af den offentlige sektor. Roskilde: Erhvervs- og voksenuddannelsesgruppen RUC; 2001.
3. Budtz et al. Consulting the internet before visit to general practice. Scand J prim Health care. 2002;174-6.
4. Breck T. Dialog i det usikre. København: Akademisk Forlag A/S; 2001.
5. Jacobsen JK. Interview. Kunsten at lytte og spørge. København: Hans Reitzels Forlag A/S; 1993.
6. Kvale S. Interview. København: Hans Reitzels Forlag A/S; 2002.

Se verden i et andet perspektiv

Denne artikel handler om socialkonstruktivismen, fordi dette videnskabssteoretiske paradigme giver mulighed for at se på sin sygeplejefaglige verden i et andet og nyttigt perspektiv. Socialkonstruktivismen giver mulighed for at få ny viden om f.eks. egen praksis, patienternes virkelighed og samspillet mellem patient og system. Det er en tilgang, som sygeplejersker meget sjældent er optaget af. Når vi underviser, er det et emne, der giver anledning til livlige diskussioner, for socialkonstruktivismen kan virke provokerende på mange.

Ud fra et socialkonstruktivistisk perspektiv er virkeligheden konstrueret, den er ikke givet på forhånd, og mennesket har heller ikke en forudbestemt og iboende natur. Hermed siges også, at vores opfattelse af virkeligheden er et produkt af sociokulturelle processer (1).

Oftentimes anvendes diskursanalysen som den praktiske metodiske tilgang. Diskursbegrebet stammer fra den lingvistiske forskningstradition, hvor begrebet henviser til sproglige udsagnsstrukturen i systemer. Omdrejningspunktet er menneskers anvendelse af sproget, når vi kommunikerer med hinanden samt de magtrelationer, der udspiller sig i kommunikationsprocessen. Identitet og relationer skabes derfor gennem sproget. Diskurs er en social konstruktion, som hjælper med at systematisere en fælles virkelighed ud fra sproget (2).

Prøv for eksempel at udføre en litteratursøgning på *Susanne Højlund*, som er sygeplejerske og forsker i børn. Hendes udgangspunkt er, at barndommen er en social konstruktion, dvs. at barndommen ikke er givet i sig selv, men er en konstruktion, som vi alle italesætter og handler på dagligt.

Højlund (3) peger bl.a. på, at diagnosen hos syge børn ikke alene vejleder den medicinske behandling, men den konstruerer også den sociale relation til barnet. Den medicinske diagnose er determinerende for sundhedspersonalets adfærd over for børnene og forældrene.

Et andet eksempel er, at syge børn ikke definerer sig selv i en patientrolle (4). Børn konstruerer et sygehusophold i forskellige situationer; det sjove, det kedelige, det spændende, det svære osv., mens fagpersoner meget ofte kategoriserer syge børn efter de udviklingspsykologiske perspektiver.

Som et tredje eksempel på diskursiv konstruktion af virkeligheden kan nævnes vulkanudbrud.

I den gældende diskurs er et vulkanudbrud selvfølgelig et naturfænomen, der opstår som følge af naturlige processer i jordens indre. Når et vulkanudbrud truer, evakuerer vi de mennesker, der ellers vil blive ramt af lavastrømme og kraftige askenedfald. Men sådan har det ikke altid været. Tidligere har vulkanudbrud været udtryk for, at guderne var vrede på mennesker. Et vulkanudbrud blev derfor efterfulgt af særlige rituelle handlinger, der havde til formål at gøre guderne milde og gode igen.

Vulkanudbrud er altså et fænomen, der har haft forskellig be-



ILLUSTRATION: SCANPIX/CORBIS

► Artiklen henvender sig til sygeplejersker, der ønsker at anskue verden på nye måder gennem et socialkonstruktivistisk perspektiv. Hovedbudskabet er, at mange af de antagelser, vi tager for givet, er temmelig absurde i et sådant perspektiv. Artiklen er den fjerde i en serie på i alt seks artikler.

tydning til forskellige tider. De fleste af os vil hævde, at de, der troede, vulkanudbrud skete, fordi guderne var vrede, tog fejl, og at vi med den nuværende forklaring har fundet ud af, hvad et vulkanudbrud faktisk er.

Vi kan ofre et lam eller evakuere folk

I socialkonstruktivistisk terminologi er begge eksempler imidlertid gyldige forklaringer på, hvad et vulkanudbrud er. Set med socialkonstruktivistiske briller er den ene udgave ikke mere rigtig eller sand end den anden. Det kan ikke lade sig gøre at afdække den objektive sandhed om, hvad et vulkanudbrud er. En sådan sandhed findes ikke. Fænomener som vulkanudbrud er til stede eller forekommer. Men hvad et fænomen er, hvordan vi skal reagere på det, og hvilken plads det indtager i vores samfund, er et resultat af en diskursiv social konstruktion. Det er et resultat af menneskelig italesættelse og indgivelse af mening, altså en social konstruktion. Sagt på en anden måde er forklaringerne eksempler på, hvilken mening vi har givet fænomenet.

Når vi ved, hvad noget er, ved vi også, hvordan vi skal forholde os til det. Det betyder, at alt efter hvilken forklaring der er den gældende, indtager vulkanudbruddet en bestemt plads i vores bevidsthed og samfund og skal efterfølges af bestemte handlinger. I eksemplet ovenfor skal vi enten evakuere folk, der bor tæt på, eller ofre tre lam og en høne.

Sådan er det også med sygdom og sygepleje. Hvad der defineres som sygdom, og hvad der ikke gør, er resultatet af menneskelig, social konstruktion. Og det har betydning i det daglige arbejde.

Det er kort sagt os mennesker, der har konstrueret det således, at diabetes type II er en sygdom, mens overvægt ikke er. Det er følgesygdommene, der er sygdomme, ikke overvægten i sig selv. I hvert fald indtil videre. Og det har konsekvenser for plejen og behandlingen af de syge. Over tid kan nye sygdomme komme til – eller rettere sagt – fænomener, som ikke tidligere var italesat som sygdomme, kan blive konstrueret som sygdomme og indtage en plads i sygdomslæren. Sådan vil det måske gå med overvægt. Allerede nu taler man om fedmeepidemien. Førhen har epidemier som social konstruktion været noget, der smittede.

Anvendt socialkonstruktivisme og diskursanalyse

Hvis man ser på alle de forskellige arbejdstitler, sygeplejersker kan titulere sig med, lægger det klart op til en diskursanalyse. For år tilbage kunne man på bagsiden af tidsskriftet *Sygeplejersken* krydse af, hvilken titel man havde, og så kunne fagforeningen registrere det. Den side er nu væk. Og forklaringen kan være, at der simpelt hen ikke er plads på én enkelt side mere. Sygeplejersker har konstrueret utrolig mange titler for sig selv som faggruppe. Klinisk vejleder, sygeplejefaglig vejleder, VIPS-ansvarlig, gadesygeplejerske, uddannelsesansvarlig, ernæringsansvarlig, sår-sygeplejerske m.fl. Denne mængde af titler er blevet konstrueret af mennesker, som har knyttet en bestemt identitet til deres arbejde som sygeplejerske, og gennem ekspertviden bliver nye områder identificeret, og fænomenerne får tillagt en værdi i sygeplejen. Sagt på en anden måde: Hvorfor har vi specialet geriatri for ældre mennesker, når et andet speciale, f.eks. hjertemedicinsk afdeling, er identificeret efter et organ. Og tropemedicinsk afdeling er kategoriseret efter, hvor i verden man er blevet syg. Er dette en logisk kategorisering? Nej, hvis man er positivist, og ja, hvis man er socialkonstruktivist. En socialkonstruktivist vil sige, at det er mennesker (eksperter), som har italesat fænomener, beskrevet dem og fået samfundet til at adoptere og reproducere budskabet. Ekspertene har f.eks. fået italesat overvægt som en epidemi og et samfundsproblem, og havde vi ikke eksperterne, som kunne se problematikken eller konstruere problemet, ville det ikke være til stede. Kunne man forestille sig, at det næste skilt, der sættes op på sygehusene, viser hen mod afdelingen for adipositas? Samtidig ser man i andre dele af verden overvægt konstrueret som værende ensbetydende med høj social status.

Disse eksempler skulle gerne skærpe opmærksomheden på ens egen tænkning, talen og handlen som sygeplejerske i forhold til at skabe og vedligeholde den verden, man agerer i. Dette kan igen skærpe opmærksomheden i forhold til, om man ønsker at reproducere de strukturer, man befinder sig i og er en del af.

Bliver man rask af snak?

Man kan f.eks. undre sig over, hvorfor der blandt sygeplejersker er en fasttømret diskurs om, at den gode pleje handler om tid til patienten, og at denne tid er en mangelvare, da sygeplejersker har travlt. Hvorfor er der ingen, som analyserer denne diskurs og italesætter den gode pleje som hurtig og effektiv? Gælder det ikke om at få patienterne raske og hjem? Bliver man rask af snak? Det er ikke alle, der synes, det er dejligt at være i kontakt med sundhedsvæsenet. Befolkningen generelt modtager sundhedsprofessionernes ekspertise, fordi det er nødvendigt. Andre offentlige ydelser modtages i højere grad af lyst og glæde. F.eks. mødet med bibliotekaren, hvor folk kommer af sig selv og nyder bibliotekets mange

muligheder og tilbud. Her kommer vi af lyst og interesse (5). Få borgere møder sygeplejersker, fordi de synes, de er flinke og rare at være sammen med. Befolkningen møder sygeplejersker, fordi der er et behov. Et behov, de fleste gerne ville undgå (3). Eller handler tidsdiskussionen om, at sygeplejersker har konstrueret et behov hos patienterne, som de måske ikke har? Handler det om patienternes eller sygeplejerskernes perspektiv?

*Dorthe Stadsgaard er ansat på Suhrs Seminarium som International Education Consultant.
ds@suhrs.dk*

*Gitte Lindermann er ekstern lektor på Institut for Statskundskab, Københavns Universitet, og konsulent i Sundhedsforvaltningen i Københavns Kommune.
gitte.lindermann@teliamail.dk*

Dette er den fjerde af i alt seks artikler om brug af tal og metoder.

Tidligere artikler i serien:

"Om at kombinere kvalitative og kvantitative data." Sygeplejersken nr. 18/2006.

"Sådan finder du tal." Sygeplejersken nr. 19/2006.

"Frygt ikke teori." Sygeplejersken nr. 20/2006.

Litteratur

1. Riis-Hansen M, Simonsen DM. Når værdier sættes på skrift. 1. ed. København: Forlaget Politologiske Studier; 2004.
2. Fairclough N. Language and Power. 2. ed. Essex: Pearson Education Limited; 2001.
3. Højlund S. Diagnosen – navnet på en social relation, Tidsskrift for Sygeplejeforskning 2002;2:11-6.
4. Højlund S. Børns fortolkning af patientrollen, Tidsskrift for Sygeplejeforskning 1998;2: 8-27.
5. Lindermann G, Jørgensen TB. På besøg: typiske offentlige organisationer og deres værdier. In: Torben Beck Jørgensen. På Sporet af en offentlig identitet. København: Aarhus Universitetsforlag; 2003.

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Stadsgaard D, Lindermann G. See the world in a different perspective. *Sygeplejersken* 2006;(21):44-5.

The article presents social constructivism as a scientific paradigm. From a social-constructive perspective, reality is constructed and the most common methodological approach is discourse analysis.

The article investigates, among other things, the phenomena sick children, volcanic eruptions and obesity from a social-constructivist perspective.

In relation to nursing, the discourse looks into the statement "good care is all about having time for the patient". The authors ask why patients should be given time rather than getting them well and back off home in a hurry.

If nurses began to reflect on their professional discourse they would soon be confronted with the fact that things they consider natural and obvious are actually verbal constructions. Social constructions affect practice. Thinking social-constructivistically demands extremely good analytical skills.

Keywords: Scientific theory, method, social constructivism, discourse, verbalisation.

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

Din mening. Det vrirler med etiske dilemmaer i sygeplejen. *Sygeplejersken* vil gerne høre, hvad du ville gøre, hvis ... Læs historien nedenfor og send dine overvejelser til: redaktionen@dsr.dk senest tirsdag den 24. oktober kl. 12.00. Det må højst fylde 1.000 tegn uden mellemrum. Husk at oplyse navn og arbejdssted. Redaktionen bringer et udvalg af svarene i næste nummer af *Sygeplejersken*.

Hellere for meget end for lidt

Erik på 62 år befinder sig på onkologisk afdeling. Han har haft prostatacancer i fire år, og nu har han metastaser i ryggen. Han er i perioder bange og forpint af smerter. Han har været selvstændig, rejst meget, haft et rigt liv og er langtfra parat til at dø. Mest af alt ville han gerne have haft mere tid til at være morfar og lære barnebarnet på syv at sejle optimistjolle. Erik har været i gang med alternativ behandling på en klinik i Tyskland, men der er ikke noget at gøre. Han bliver svagere og svagere.

Hans kone *Ellen* er en stærk kvinde, lidt yngre end Erik, og meget klar på situationen. Hun sidder ved siden af hospitalssengen, da kontaktsygeplejersken *Eva* dukker op. Eva er i aftenvagt og kommer ind på stuen for at hilse på. Eriks kone vinker Eva med udenfor.

"Jeg tror ikke, Erik klarer den så meget længere. Jeg har lovet ham, at han ikke kommer til at ligge og lide. Vil du godt hjælpe mig med at holde det løfte?" spørger hun.

Eva lægger sin hånd på hendes underarm. "Din mand skal nok få al den smertestillende medicin, han har brug for," svarer hun. "Han må hellere få for meget end for lidt," siger Eriks kone. "Kan jeg regne med din hjælp?"

Hvad skal Eva sige til Eriks kone?



Dilemma fra Sygeplejersken nr. 20

En pædofilidømt mand er indlagt på ortopedkirurgisk afdeling efter et groft overfald, sandsynligvis en hævnakt. Den erfarne dagvagt, som privat er mor til to småpiger, føler lede ved patienten og er usikker på, om hun tør overlade plejen af ham til den unge, uerfarne aftenvagt, *Susanne*.

Respekt og ansvar

Sygeplejersken *Susanne* skal lade sine overvejelser om patienten på stue 6 forblive i sit private liv. Susanne er en erfarne sygeplejerske, og i den erfaring ligger, at hun skal behandle alle patienter med respekt og ansvar, ligegyldigt om det er pædofile eller sågar mordere.

Lith Stenderup,
pensioneret sygeplejerske.

Sygepleje er personlig

Patienten har brug for sygepleje, derfor har *Susanne* pligt til at yde den sygepleje, som patienten har brug for, uanset hvad manden har begået af ulovligheder eller uhyrligheder i sit tidligere liv. Hvis *Susanne* ikke er i stand til at tilsidesætte

sine private følelser for sine egne døtre, har hun et alvorligt fagligt problem. Sygepleje er nemlig hverken domfældelse, straf eller hævn.

Edith Mark, formand for
Sygeplejeetisk Råd.

Professionel sygepleje

Susanne må som sygeplejerske sætte sine private følelser i parentes og handle som det, hun er: en professionel omsorgsudøver, der skal tage vare på en patient, der har været udsat for et overfald. En pleje, som hun givetvis ikke ville have haft samme kvaler ved at udføre, hvis patienten havde været en mand, hvis seksuelle præferencer hun ikke kendte til. *Susanne* kan her støtte sig til de Sygeplejeetiske Retningslinier, hvorigennem hun er forpligtiget til at yde en omsorg uden diskrimination.

Suzannah Hansen, 7.-semester-studerende på Vendsyssel Sygeplejeskole.

Forskelsbehandling

Susanne bør lægge sine egne personlige holdninger bag sig, når hun skal yde sy-

gepleje til en patient. For ellers risikerer hun, at det vil resultere i en ubevidst forskelsbehandling, hvilket i sig selv vil være diskriminerende. Som sygeplejerske er man nødt til at respektere enhver patient uanset dennes køn, alder, race, religion, seksuelle orientering osv. Derfor bør *Susanne* respektere patienten som det menneske, han er. Hun behøver absolut ikke at respektere hans handlinger. Hvis *Susanne* er usikker på sig selv, bør hun søge råd og vejledning til, hvordan hun skal klare situationen.

Hatice Sütcü, 7.-semester-sygeplejestuderende ved
Herlev Sygepleje- og Radiografiskole.

Samtlige besvarelser er forkortede. Læs alle uforkortede besvarelser på www.sygeplejersken.dk

Månedens vinder

Redaktionen sender en flaske vin til sygeplejerske *Cilla Gudmundsen* for svaret "Skinnet kan bedrage," der kan læses i *Sygeplejersken* nr. 20/06.

Væsentlige udviklingstendenser udeladt

Elin Thornquist Videnskabsteori og videnskabsteori for sundhedsfagene

Oversat fra Norsk af Ulla Nielsby
København: Gads Forlag 2006
168 sider, 330 kr.
ISBN 87-12-04192-0

Bogen "Videnskabsteori og videnskabsteori for sundhedsfagene" giver en kortfattet indføring i de traditionelle videnskabsteoretiske retninger. En af bogens hensigter er, at man inden for sundhedsfagene kritisk forholder sig til, hvad der udgiver sig for forskning, så dette begreb ikke udvandes, og sundhedsfagernes teoretiske grundlag ikke kommer i miskredit. Med udgangspunkt i rationalismen

går forfatteren tilbage til *Descartes* og beskriver, hvordan hans filosofi på godt og ondt har præget udviklingen frem til den moderne naturvidenskab.

Derefter beskrives empirismen som en reaktion mod rationalismen, og det belyses, hvordan dens grundtanke videreføres i positivismen. Positivismens udvikling og ekstremer berøres, og vi ser, hvordan den positivistiske ånd i dag præger lægevidenskaben. Som empirismens og positivismens modpol beskrives fænomenologien som en bevidstheds- og konstitutionsfilosofi. Her fremhæves *Husserl* som grundlæggeren af fænomenologien. Yderligere fremhæves *Merleau-Ponty* for sit fokus på kropslig viden og kompetence.

Den sidste af de traditionelle



videnskabsteoretiske retninger, forfatteren har valgt at medtage, er hermeneutikken. Hermeneutikkens udvikling fra den traditionelle hermeneutik som en fortolkningsdisciplin frem mod *Heideggers* og *Gadamer*s filosofiske hermeneutik og *Ricoeurs* dybdehermeneutik beskrives.

I det afsluttende kapitel sættes der fokus på sammenhængen mellem videnskabsteori og forskning, der ses på, hvilken forskning der relaterer sig til hvilken retning, og hvorledes denne sammenhæng manifesterer sig i praksis. Bogens svaghed er, at den forsøger at klemme filosoffer som *Bourdieu* og *Habermas* ind i de nævnte traditioner. *Foucault* er kun nævnt i en slut-

note, *Derrida* er slet ikke nævnt. Ligeledes er det en svaghed, at kritisk teori nævnes synonymt med *Habermas*, uden at der er et kapitel om kritisk teoris opståen med Frankfurterskolen, og hvordan denne skole har haft indflydelse på *Habermas*' konstruktion af "Theorie des kommunikativen Handelns." Endelig er der ikke et ord om postmodernismen. På den måde indgår denne bog på lige linje med tilsvarende danske videnskabsteori og teori-bøger på markedet, hvor væsentlige udviklingstendenser i begyndelsen af det 20. århundrede er udeladt, og udviklingen tilsyneladende er gået i stå i midten af det 20. århundrede.

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

- Forsiden
- Bind 1
- Bind 2
- Bind 3
- Bind 4
- Alle fire bind
- Situationsbeskrivelser
- Kontrolspørgsmål
- Multiple choice
- Supplerende litteratur
- Udregningstabeller
- Data til
- Nyttige skemaer
- Nyttige links og søgeord
- Videoklip
- Procedurer
- Datasamling
- Om hjemmesiden
- Nyheder

Til alle sygeplejestuderende

GRUNDLÆGGENDE Sygepleje

Klik ind på munksgaarddanmark.dk og test dine færdigheder i grundlæggende sygepleje

Hjemmesiden tager afsæt i 4-binds værket Grundlæggende Sygepleje, men kan bruges og er frit tilgængelig for alle.



BØGERNE TIL HJEMMESIDEN KAN KØBES HOS BOGHANDLEREN



En bog udsat for arbejdsprøvning

Terapikompendium i almen medicin
Praktisk medicin
Anden udgave

Herlev:

ForlagsGruppen ApS 2006

944 sider

Bogens pris i løssalg er 395 kr. og 495 kr. inklusive ekspediti-
onsgebyr, emballage og porto.

Bogen kan bestilles på forlaget:
3333 8140 eller købes direkte i
Universitetsbogladan; Køben-
havn, Odense, Århus

ISBN 87-9903-181-7

Praktisk Medicin er et opslags-
værk med lægen i centrum
sponseret af medicinalindus-
trien. Kan sygeplejersker have
glæde af bogen?

Værket udsættes for en arbejdsprøvning en formiddag hos en konsultationssygeplejerske:

Første patients sendiabeti-

ske forandringer i form af polyneuropati er lette at spore. Stikordsregistret har ingen henvisning til emnet; men i "Kapitelindhold" under endokrinologiske sygdomme indhenter man relevant og gedigen viden tilsat en stor håndfuld forslag til medicin. Diagnosen bekræftes, men hvortil skal patienten henvises? Det svar får man ikke. En lokal patientforløbsbeskrivelse kunne være et godt supplement.

Næste patient er i kortisonbehandling for polymyalgi og lider af voldsom træthed. Afføringen er meget mørk. Opslag i værket nævner intet om at være på vagt for mavesår som bivirkning til kortisonbehandlingen. Men polymyalgia rheumatica beskrives fint.

De næste mange patienter har hjerte-kar-sygdomme. De seneste guidelines ligger til

grund for bogen, hvilket gør den umiddelbart anvendelig. Risikoen er, at den er forældet i forhold til en del af sygeplejerskens dagligdags opgaver, f.eks. vedrørende grænserne for normalt blodtryk, hjemmblodtryk, blodsukker, lipider mv. som er i konstant bevægelse. Der hører en webfunktion med bogen, www.praktisk-medicin.dk, som formodentlig opdateres i takt med grænseændringerne. Kapitlet hjerte-kar-sygdomme er en god hjælp med det in mente, at der er mulighed for at kontrollere de sidste retningslinjer på websiden. En fejl har indsneget sig omkring hjemmeblodtrykkets systoliske normalværdi, som angives under 125/85. Retningslinjerne siger 135/85, og uheldigvis er det ikke rettet på websiden.

Morgenens sidste patient



har absolut akutte, men ikke livstruende symptomer, derfor står iridocyclitis ikke under A for "Akutte livstruende situationer," men under "Øjensygdomme." Er der blot tale om en aggressiv conjunctivitis, svarende til sekretærens henvisningsdiagnose? Nej, opslagsværket angiver klart, at ciliær rødme er afgørende ved iridocyclitis, et tydeligt symptom hos denne patient.

Samtlige opslag bekræfter, at dette er et terapikompendium, som berører mange sygdomme på en koncentreret måde. Kender man diagnosen, får man god læring, men man kan næppe nå frem til diagnosen ud fra symptombeskrivel-

Pas på med selvcensur

Claus Leick,
Martin Vestergaard
**Håndbog om åbenhed
– offentligt ansatte**
Ytringsfrihed, aktindsigt,
tavshedspligt

København:

Kommuneinformation

103 sider, 125 kr.

ISBN 87-7848-852-4

Kommuneinformation har udgivet en opdateret udgave af bogen om åbenhed i den offentlige forvaltning. Bogen er skrevet af journalisterne Claus Leick og Martin Vestergaard og udgivet første gang i 1997.

Det bliver den ikke mindre væsentlig af. Bogens gennemgang af lovgivningen og rammerne for offentligt ansattes ytringsfrihed, borgernes krav på aktindsigt og tavshedspligt er stadig aktuel, og bogen egner sig glimrende som opslagsbog.

Bogen behandler tre store områder, der er hjørnestene for åbenheden i den offentlige forvaltning: Ytringsfrihed, aktindsigt og tavshedspligt. Især afsnittet om offentligt ansattes ytringsfrihed kan anbefales. Hvor reglerne for aktindsigt og



tavshedspligt er beskrevet meget konkret i lovgivningen, så er grænserne for offentligt ansattes ytringsfrihed ikke præcist beskrevet. Det vidner de mange ombudsmandsudtalelser om. Grænserne for offentligt ansattes ytringsfrihed fastslås ofte gennem Ombudsmandens henstillinger til offentlige ledelser, der forsøger at lægge låg på ansattes ytringer om kritiske forhold på deres arbejdsplads.

Ytringsfriheden kan ikke begrænses af arbejdsgiveren. Den gælder, så længe man udtaler sig på egne vegne, uanset om man er leder, tillidsrepræsentant eller almindelig medarbejder. Heller ikke henvisning til loyalitetsforpligtelse over for arbejdsgiveren og arbejdsstedet kan begrænse ytringsfriheden. Dog kan en topchef, der har medvirket til at træffe overord-

nede beslutninger, ikke forvente, at det er risikofrit at kritisere beslutningen offentligt. Forfatterne anbefaler, at man informerer sin arbejdsgiver, hvis man vil ytre sig offentligt.

Den vide mulighed for at ytre sig er ikke ensbetydende med, at offentligt ansatte benytter sig af det. Forfatterne påpeger, at man som offentligt ansat har pligt til at ytre sig om kritiske forhold på arbejdspladsen, og at den reelle åbenhed afhænger af holdningen og indstillingen til at ytre sig blandt ansatte. Imidlertid er den største barriere for ytringsfriheden den offentligt ansattes selvcensur, der opstår ved tanken om de negative reaktioner, det kan medføre fra både ledelse og kolleger at sige sin mening.

Netop selvcensur ser jeg som den største fare for ytringsfriheden. Det er tankevækkende

se. Alt, inkl. de sidste kapitler med praktiske oplysninger, er stort set af interesse for sygeplejersker, spændende sat op og grundigt gennemgået. Kapitlet "Akutte livstruende situationer" er særlig interessant med gode bokse og overskuelig vejledning f.eks. i førstehjælp.

I 2007-udgaven opdateres værket med et ICPC-indeks, (International Classification of Primary Care.) Værket kan ikke bruges på samme måde som en ordbog. Man må sætte sig ind i opbygningen og forstå ideen bag kapiteloversigten og stikordsregistret for ikke at bruge tid på at søge forkert og måske synes, at bogen er uanvendelig.

*Af Michala Schultz-Larsen,
konsultationssygeplejerske,
Virum.*

de, hvor lidt offentligt ansatte blander sig i debatten om besparelser på social- og sundhedsområderne i de nye kommuner og regioner, selvom mange offentligt ansatte har viden om, hvad konsekvenserne af disse besparelser vil blive.

Forfatterne er journalister. Det vakte en naturlig skepsis hos mig i forhold til, hvad deres ærinde kunne være. Jeg er imidlertid af den opfattelse, at journalisters, og dermed pressens, interesse i den offentlige forvaltning er klart beskrevet i bogens kapitler.

Bogen kan med fordel læses af sygeplejersker ansat i den offentlige forvaltning.

*Af Martha Højgaard,
sygeplejerske og cand.scient.soc.
Faglig sekretær,
Århus amtskreds.*

Støt det selvskadende menneske

Self Harm
Selvskadende adfærd
Fra offer til sejrherre

Oversat fra engelsk af
Mike Smith
Søborg: PsykoVision 2006
100 sider, 149 kr.

Kan rekvireres på 4157 8765
ISBN 87-9904-741-1

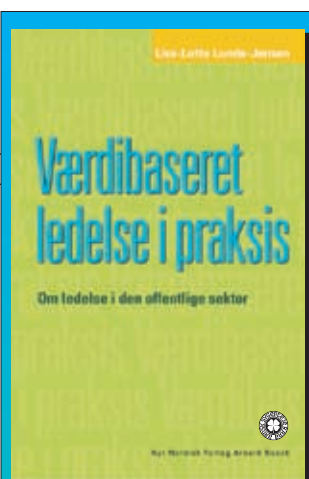
Mike Smith ser selvskadende adfærd som en måde at kommunikere på. Selvskadende adfærd er en forsættelig ødelæggelse af kropsvævet uden bevidst forsøg på at begå selvmord. Det selvskadende menneske savner ord for sine ofte ikke identificerede følelser og søger ubevidst tilbage til mestringsstrategier, som det lærte at bruge som barn. Mange har været udsat for incest og overgreb. For at overleve disse overgreb lærte barnet sig selv dissociation fra kroppen og den ubehagelige situation. Som voksen kan det selvskadende menneske opnå samme følelse af at være uden for kroppen og fri ved at beskadige sig selv. Mennesker med selvskadende adfærd har sjældent styr på egne handlinger, når de beskadiger sig selv.

Mike Smith har skrevet denne bog for at hjælpe de pårørende, professionelle og mennesket med selvskadende adfærd. Han ønsker, at der skal skabes bærende alliancer imellem den selvskadende og støtpersonerne. Bogen kan bruges som et arbejdsgrundlag for dette samarbejde. Ved hjælp af spørgsmål og korte teoretiske forklaringer hjælpes det selvskadende menneske til at identificere, undersøge, forstå og acceptere egne tanker, følelser og erfaringer i forbindelse med beskadigelse af kroppen. I bogen er der gjort plads til, at det selvskadende menneske selv kan svare på spørgsmålene og skrive sin egen livshistorie.

Når den selvskadende adfærd er kortlagt og accepteret, får det selvskadende menneske mulighed for at kontrollere og ændre adfærd. Til at undersøge og udforske de nye handlemuligheder, der kan kontrollere og udsætte selvskadelig adfærd, har forfatteren skabt struktur over mulighederne og sat spørgsmål op til læseren, så relevante aspekter bliver undersøgt, inden handleplanen bliver skrevet.

Bogen er enkel og kortfattet. Der er god inspiration at hente til, hvordan man indgår et ligeværdigt og bærende samarbejde. Mike Smith pointerer flere gange, at arbejdet med adfærdsændringen skal gå langsomt, og at tilbagefald er forventelige, fordi adfærdsændringer tager tid. Mike Smith er ligefrem og enkel i sin måde at forklare meget komplicerede forhold på, her er ingen fordomme og diagnoser, hans bog bygger på recovery-tankegangen. Mennesket har et valg, som for nogle er svært at se, her kan fagpersoner være med til at støtte og fastholde det selvskadende menneske til at kortlægge, forstå og acceptere egen adfærd for derved at skabe mulighed for forandring.

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



Værdibaseret ledelse i praksis

af Lise-Lotte Lunde-Jensen

Engageret og ud fra den holdning, at god ledelse bygger på gensidig respekt, troværdighed, åbenhed og ansvarlighed har forfatteren skrevet denne bog om ledelse i den primære, offentlige sektor.

Forfatteren, som bl.a. skriver ud fra egne ledelseserfaringer, gennemgår først opbygningen af det politiske system, fastsættelse af værdigrundlag, mål og rammer, og lederens rolle i forhold til de politiske beslutninger.

Derefter præsenteres en række praktiske værktøjer, som kan bruges til budgetlægning, normeringskontrol, analyse af målopfyldelse, udarbejdelse af handleplaner m.m.

Til slut diskuterer forfatteren, hvordan man får etik og værdier ind i sin ledelse, og beskriver nogle af de dilemmaer, en leder kan komme til at stå i.

217 sider, Kr. 259,-

Kan købes i enhver boghandel og i Dansk Sygeplejeråds butik i Sankt Annæ Plads 30, 1250 København K.

Syg behandling

Jeg troede dårligt mine egne øjne, da jeg en fredelig søndag morgen sad og læste artiklerne om lykkepiller i Forbrugerrådets blad Tænk (maj 2006). Der var i artiklerne mange gode vinkler på brugen af lykkepiller, men da jeg kom til nogle udtalelser fra overlæge og professor *Tom Bolwig*, sad jeg med samme følelse, som når man lige er blevet slået hjem i ludo.

Bolwig udtalte: "Vi lever i et samfund, hvor der bliver stillet meget store krav til, hvad man skal kunne overskue. Der er god grund til, at folk bliver belastede. Men jeg kan ikke lave samfundet om, og jeg har ingen betænkninger ved at give de her piller (lykkepiller) til folk, der ikke har en rigtig depression, men hvor medicinen hjælper dem til at få enderne til at hænge sammen."

Selvom jeg midt i tresserne var mest optaget af at bygge sæbekassebiler, så har jeg forstået, at lægerne forsøgte sig med samme enkle løsningsmodel i forhold til de hjemmegående husmødres voksende frustrationer i forhold til at være "lukket inde" i hjemmet. Dengang var det en lille blå mirakelpille med navnet Valium, der skulle få de hysteriske kvinder til at slappe af. Pillerne ændrede ikke kvindernes situation, bortset fra at de også blev afhængige af medicin.

Efterfølgende kom turen til de homoseksuelle, som af lægevidenskaben blev opfattet som psykisk syge. Det var også her en stor udfordring for psykiatrien at finde behandlingsformer, som kunne kurere denne sygdom.

At denne tankegang fortsat er udbredt, fremgik af Politikens forside den 16. maj 2006. Under overskriften "Industrien opfinder sygdomme" beskriver journalisten, hvordan medicinalindustrien – ofte støttet af naive læger og en ukritisk presse – kan gøre raske mennesker syge og få tusinder af mennesker til at købe medicin, de ikke anede, at de havde brug for. Som eksempler nævnes medicinalindustriens forsøg på at sælge et lægemiddel, der er godkendt til at hjælpe mennesker med urolige ben. Et fænomen, der ifølge industrien plager flere hundrede tusinde danskere. Og i den umiddelbart helt absurde ende nævnes medicinalfirmaet Pzifers forsøg på at udvide anvendelsen af potensmidlet Viagra til også at omfatte kvinder.

Det er trist, at vi bliver ved med at være tiltrukket af lette

"Det er trist, at vi bliver ved med at være tiltrukket af lette pilleløsninger."

pilleløsninger. Det er selvfølgelig en enkel og nem løsning, der betyder, at vi ikke behøver at forholde os til vores egen livsførelse eller andre ubehagelige oplevelser.

Hvad der er langt mere trist, er, at det i høj grad er sundhedspersonale, der i samarbejde med medicinalindustrien er med til at fremdrive denne udvikling. Hvis vi skal lære af historien, så er det vigtigt at huske, at det ikke var lægerne, der hjalp de hjemmegående frustrerede kvinder. Det var kvindeoprøret. Ligesom det ikke var lægerne, der sørgede for, at homoseksualitet blev fjernet fra diagnoselisten, det skete først, da de homoseksuelle organiserede sig og gjorde oprør.

Der er intet, der tyder på, at lægerne og medicinalindustrien vil holde op med at opfinde sygdomme og fastholde et reduktionistisk syn på menneskelige "lidelser." En udvikling, hvor udsatte grupper igen vil blive sygeliggjort og stigmatiseret.

Det er derfor en vigtig sygeplejeopgave at samarbejde med marginaliserede samfundsgrupper for at sikre, at vi har den rette forståelse for deres problemstillinger og dermed er i stand til at iværksætte en sygeplejeindsats, der tager udgangspunkt i problemstillingens rod.

Der er nok at gå i gang med. Vi kunne støtte og samarbejde med unge mennesker, der skærer sig eller sulter sig, fordi de har ondt i livet, mennesker på vores asylcentre, der er flygtet fra krig og andre rædsler, prostituerede, hjemløse, mennesker med misbrugsproblemer, mennesker, der hører stemmer, og andre mennesker, vi stempler som psykisk syge.

Det er mange grå hår siden, at jeg som entusiastisk sygeplejestuderende skrev indledninger til mine skriftlige opgaver, hvor jeg med lixtal, der slog gnister, bekendtgjorde, at sygeplejeindsatsen skal bygge på et holistisk og sundhedsfremmende perspektiv, og at sygeplejersken også har et medansvar for samfundsudviklingen.

Jeg erkender, at det vil være en lang og uoverskuelig rejse at sikre en behandlingsindsats, der lever op til disse fine ord, så måske skal vi blot lukke øjnene, snuppe en lykkepille og komme videre med livet.

redaktionen@dss.dk

5 faglige minutter skrives på skift af fire sygeplejersker:

Klummen "Fem faglige minutter" er en personlig tekst, som gør rede for standpunkter eller meninger ved hjælp af fortællinger, skrøner, citater m.m. En klummeskriver skal ikke følge almindelige journalistiske krav om saglig, objektiv gengivelse af kendsgerninger.

Redaktionen.



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



Jørn Ditlev Eriksen, sygeplejerske, cand.cur., forstander på botilbuddet Slotsvænget.



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



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