

EN LILLE LUR SKÆRPER DIN PRÆSTATION • MAN SKAL SNAKKE MED SIN BLÆRE HVER DAG

# SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR. 4 » 22. FEBRUAR 2008 » 108. ÅRGANG

**KORT NYT**

**Forandringer presser  
tillidsrepræsentanter**

**Protest mod hjælp  
til sexkøb**

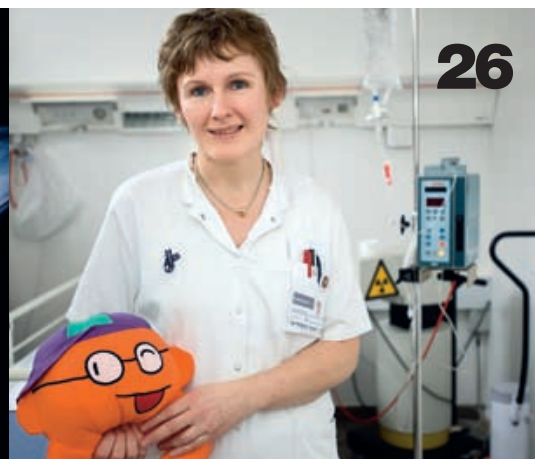
**Støtte til ændring  
af autorisationsloven**

**OK 08  
Danmark belønner  
uddannelse dårligt**



## Flere sygeplejersker bliver pendlere ➔

NÅR PATIENTEN AFVISER SYGGELEJE • ALKOHOLFOREBYGGELSE PÅ EN DERMATOLOGISK AFDELING



## ARTIKLER

**22 På job – Man skal snakke med sin blære hver dag**

Sygeplejeklinikken i Holstebro hjælper folk, der har problemer med inkontinens, diabetes, sår og hævelser i benene.

**24 En lille lur skærper din præstation**

Studier viser, at når man reducerer antallet af sammenhængende vågne timer, øger man samtidig årvågenhed og præstationsevne.

**26 Mit holdepunkt – En god snak forebygger angst**

Hanne Boe Sørensen er sygeplejerske på Onkologisk Afdeling R2 på Odense Universitetshospital. Hendes opgave er bl.a. at introducere nye kolleger til at vejlede forældrene i, hvordan de taler med deres børn om sygdommen.

## OK 08 SIDE 28-33

**28 Nye delforlig mellem Sundhedskartellet og arbejdsgiverne**

Forhandlingerne mellem Sundhedskartellet og KL og Danske Regioner i begyndelsen af februar førte til delforlig om kompetenceudvikling og barsel.

**29 Delforlig om trivsel og seniorpolitik****29 Mørkemændende sætter alle sejl til for at dæmpe forventningerne****30 Danmark belønner uddannelse dårligt**

Målt i lønkroner er Danmark det land, hvor uddannelse betaler sig dårligst.

**31 Danskerne støtter lønkrav****31 Forståelse for konflikt****32 Sygeplejersker og sosu-assistenten må strejke alene****33 Lønstigninger gik ikke ud over naboerne**

## TEMA PENDLING SIDE 14-20

**14 Flere skal køre langt efter jobbet**

Fire ud af 10 sygeplejersker pendler til jobbet. De sammenlagte kommuner og sygehusafdelinger har sendt flere sygeplejersker af sted over længere strækninger.

**16 Kører 130 km hver arbejdsdag**

Sygeplejerske Sine Riberholt regnede ikke med, at hun skulle være pendler, da hun flyttede ud af Hovedstaden. Men hun kunne ikke undvære sit job på Bispebjerg Hospital.

**17 Så mange pendler til arbejde****18 Fire sygeplejersker kører sammen**

Hvis man gerne vil spare på udgifterne til bil og benzin, så kan løsningen være at køre sammen med en kollega.

**19 Det holdt ikke at sidde i kø på motorvejen**

Sygeplejerske Mette Sofie Haulrich blev træt af at pendle, næsten før hun var begyndt. I stedet fandt hun et job uden for København.

**20 Den daglige kamp om p-pladserne**

Man skal være god til at parallelparkere, og bilen skal helst være en lille smal model. På mange hospitaler er parkeringspladser en mangelvare.



28

40



46



14

## FAG

**40 Når patienten afviser sygepleje**

Artiklen diskuterer begrebet autonomi i relation til afvisning af sygepleje. En analyse af to hypotetiske situationer, hvor en henholdsvis kompetent og inkompetent patient afviser sygepleje, viser, at en kompetent, informeret patient, der handler frivilligt, kan afvise sygepleje, og at det skal respekteres, selv om beslutningen kan synes at være i modstrid med patientens bedste.

**46 Alkoholforebyggelse på en dermatologisk afdeling**

Patienter med et mere eller mindre synligt skadeligt alkoholforbrug er overrepræsenterede på sygehusene. Det er et problem, at patienterne ikke screenes systematisk, og at de ikke får et tilbud om støtte til at ændre deres forbrug. Artiklen beskriver et konkret projekt på en dermatologisk afdeling, og erfaringerne viser, at fokus på alkoholforbrug skaber ændringer og øget bevidsthed på området.

**52 Mødet med diagnosen**

Udsagn fra fokusgruppe- og patientinterview med patienter med multipel sklerose viser, at der er behov for en fast kontaktperson med specialviden, fra den dag patienten får diagnosen. Undersøgelsen viser også, at både professionelle og patienter finder det bedre at arbejde individuelt frem for at benytte standarder og manualer.

## I HVERT NUMMER

- 6 Eftertanker
- 7 Kort nyt
- 34 Dansk Sygeplejeråd mener
- 35 Debat
- 38 Fagtanker
- 38 Faglig information
- 39 Resuméer
- 44 Testen
- 50 Agenda
- 57 Anmeldelser
- 60 5 faglige minutter
- 61 Stillingsannoncer
- 76 Kurser/Møder/Meddelelser

## Hjem – job, tur-retur

Danmark bliver mindre og mindre. Jeg taler ikke om klimaforandringerne, udsigten til, at polerne smelter, og havene efter alt at dømmes stiger. Nej, jeg taler om en af de mulige årsager til, at vi får klimaforandringer – nemlig vores stigende brug af transportmidler. I løbet af de seneste hundrede år er vi gradvist blevet en nation af pendlere. Vi pendler mellem arbejde og hjem i bil, tog, busser – nogle endda i fly – mange af os over større afstande. Forleden sad jeg og læste i en bog om den by, jeg er vokset op i – Svaneke på Bornholm. Bogen er illustreret med historiske billeder fra byen taget ca. år 1900, og det, der bl.a. slog mig, var det relativt store antal små forretninger i hele byen.

Dengang var det ikke nær så nemt at komme rundt. Der var jord- og grusveje, og nærmest ingen biler.

Selv i min barndom i 70'erne kunne jeg vælge mellem to bagere, to købmænd, én boghandel, én fotoforretning. I 70'erne var asfalten kommet, men det var ikke helt almindeligt at eje en bil. Vi havde i hvert fald ikke en de første mange år. I dag har stort set alle én, og det er nemt at komme rundt og købe ind i de store indkøbscentre og supermarkeder. Vi bruger biler, toget og busserne. Også til længere distancer f.eks. mellem hjem og arbejde. Sygeplejersker er ingen undtagelse. Det viser vores tema om pendlere i dette nummer af *Sygeplejersken*.

Mange af os er villige til at rejse langt efter arbejdet og måske også efter det rigtige hjem. Jeg kender til familier, der har valgt at rykke til den vestlige del af Sjælland for at få råd til at realisere drømmen om et hus. Prisen er i dette tilfælde en daglig køretur tværs over Sjælland til et arbejde i Københavnsområdet.

Man kan selvfølgelig diskutere, om det er hensigtsmæssigt, at så mange af os bruger timer på transport. Der kommer et stigende pres i trafikken. Vi hører i højere grad om bilkøer og trafikpropper i og rundt omkring de større byer. Og så vidt jeg er orienteret, er vi endda ikke nær så hårdt ramt som f.eks. Holland, Tyskland og England, hvor de trafikale forhold i myldretiden skulle være ganske håbløse. Men mon ikke det kommer? Der er ikke meget, som tyder på, at vi kommer til at pendle mindre i fremtiden. Heller ikke når politikerne centraliserer og samler arbejdspladserne på færre og større steder.

God læselyst.



Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør  
snp@dsr.dk

**”Man kan selvfølgelig diskutere, om det er hensigtsmæssigt, at så mange af os bruger timer på transport. Der kommer et stigende pres i trafikken. Vi hører i højere grad om bilkøer og trafikpropper i og rundt omkring de større byer.”**



### REDAKTIONEN >>>

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



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



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



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



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



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



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



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



# Forandringer presser sygeplejersker



AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST

**Forandring skader.** Organisatoriske forandringer er hverdagskost for sygeplejerskerne, viser en ny undersøgelse blandt over 1.000 tillidsrepræsentanter. Det og så personalemangel resulterer i udkørte medarbejdere, og det går bl.a. ud over den sygeplejefaglige kvalitet.

Omlægning af arbejds gange, nye opgaver uden flere kolleger, sparekrav og specialisering af opgaver. Det er bare fire eksempler på forandringer, som mange sygeplejersker har oplevet på deres arbejdspladser de seneste år, viser en spørgeskemaundersøgelse blandt ca. 1.050 af Dansk Sygeplejeråds i alt 1.300 tillidsrepræsentanter og fællestillidsrepræsentanter (samlet TR).

Undersøgelsen indgår i Dansk Sygeplejeråds nye forskningsprojekt "TR i et forandret sundhedsfelt", og den viser bl.a., at tre ud af fire TR'er kan nikke genkendende til krav om effektivisering og budgetreduktioner på deres arbejdsplads, mens knap halvdelen har oplevet nedskæringer i personalet.

Mange sygeplejersker har altså på én og samme tid været udsat for nyorganisering af arbejdet og pres for at spare på ressourcerne. En af dem er anæstesisygeplejerske og tillidsrepræsentant *Ulla Binderkrantz* fra HovedOrtoCentret på Rigshospitalet.

"På grund af besparelser har man f.eks. skåret sygehjælperne væk. De sørgede jo bl.a. for varebestilling, opfyldning, rengøring og udskiftning af udstyr og apparatur på stuerne. Det står vi for nu. I samme periode er man på grund af akkreditering overgået til engangsudstyr på næsten alle områder, hvilket man ledelsesmæssigt mente også ville lette vores arbejde. Men det har for det første gjort mængden af udstyr



ARKIFOTO: SCANPIX

En undersøgelse blandt sygeplejerskernes tillidsrepræsentanter viser, at forandringer i stigende grad sætter fagligheden under pres.

meget større. Vi bruger meget tid på administration – bestilling, sætte det på plads etc. Og alt er jo pakket ind i plastik, som vi før hver enkelt operation skal åbne, sætte sammen og ordne, hvilket er meget tidskrævende," fortæller Ulla Binderkrantz.

Manglen på anæstesisygeplejersker er stor i øjeblikket, og det medfører desuden,

at de mere erfarne sygeplejersker bruger meget tid på oplæring af nye kolleger, også af læger, som bliver ansat i nogle af de ubesatte anæstesisygeplejerskestillinger.

Konsekvensen af de mange forandringer er langtfra positiv. 65 pct. af de adspurgte TR'er angiver, at de ofte må arbejde under stærkt tidspres, og næsten halvdelen har svært ved at sikre kvaliteten af arbejdet inden for de givne rammer. Dertil kommer, at 65 pct. er helt enige eller ret enige i, at forandringer i sundhedsvæsenet gør det vanskeligere at udvikle en høj sygeplejefaglig kvalitet i arbejdet. Det er Ulla Binderkrantz enig i.

"Vores kerneydelse er patientpleje, og det, vi prioriterer. Alt andet er skåret ind til benet. Selv vores afdelingsleder går ind og laver almindeligt arbejde. Så tiden til at diskutere og udvikle fagligheden og kvaliteten i sygeplejen er der ikke. Der er ikke tid til at tænke positive og konstruktive tanker. Vi arbejder tit over og er ofte trætte og frustrerede, når vi går hjem fra arbejde. Kvaliteten i selve patientplejen er for så vidt i orden, men har man endelig fem minutter, bruger man dem på at puste ud i stedet for at vende faglige problemstillinger med kollegerne, hvis man da overhovedet holder pause sammen med dem," siger Ulla Binderkrantz.

*Sygeplejersken* har kontaktet formanden for Danske Regioner, *Bent Hansen* (S), for en kommentar til undersøgelsens resultater, men han har ikke ønsket at udtale sig på grund af de igangværende overenskomstforhandlinger.

## TR I ET FORANDRET SUNDHEDSFELT

Spørgeskemaundersøgelsen blev gennemført medio 2006 og indgår i Dansk Sygeplejeråds nye forskningsprojekt "TR i et forandret sundhedsfelt", der er blevet til i et samarbejde mellem forskere fra Center for Arbejdsmarkedsforskning på Aalborg Universitet og Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning på Roskilde Universitetscenter.

Læs mere om projektet på: [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)

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



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



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



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



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



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



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



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



Professionshøjskolen  
**København**  
University College Copenhagen

## Nye kompetencer? Sundhedsfaglig kvalificering

### KLINISK VEJLEDERUDDANNELSE

For sundhedspersonale med en mellemlang videregående uddannelse og mindst to års klinisk erfaring efter afsluttet uddannelse. Uddannelsens formål er, at den studerende udvikler kompetence som vejleder, underviser og bedømmer inden for sundhedsuddannelsernes kliniske undervisning.

**Omfang** 9 ECTS point.  
Du kan få SVU, da uddannelsen er et seks ugers fuldtidsstudium.

**Tidspunkt** Uge 15-20.

**Pris** 10.500 kr.

**Uddannelsessted**  
Sygeplejerskolen i Hillerød.

**Kontakt os for mere information**  
Professionshøjskolen København  
Videncenter for Sundhed og Sundhedsfremme  
Helsevej 2, 3400 Hillerød.

Udviklingskonsulent, lektor  
Mette Rose, mette.rose@cvukbh.dk  
Telefon 4829 4702

Fagsekretær  
Susan Eirfeldt, se@cvukbh.dk  
Telefon 4829 4725

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

VIDEN · CENTER  
FOR · SUNDHED · OG  
SUNDHEDSFREMME



ARKIVFOTO: SØREN HOLM

Ældre beboere på plejehjem har også seksuelle behov. Derfor sker det, at sygeplejersker formidler kontakten mellem en beboer og en prostitueret. Det skrev vi i Sygeplejersken nr. 3/2008, og det har fået flere til at reagere. Heriblandt medlemmer af byrådet i Skanderborg Kommune og Enhedslistens Line Barfod, der mener, at det offentlige må sørge for, at de ældre på plejehjemmene kan forløse sig på anden vis end ved hjælp af en prostitueret.

## Protest mod hjælp til sexkøb

Efter at *Sygeplejersken* har sat fokus på plejehjemsbeboeres brug af prostituerede (nr. 3/2008), bliver hjælpen til de ældres sexkøb måske forbudt i Skanderborg Kommune. Folketingsmedlem *Kirsten Brosbøl* (S) vil kontakte den socialdemokratiske gruppe i Skanderborgs byråd for at få stoppet assistancen til at kontakte en prostitueret.

Byrådsmedlem *Carsten Jacobsen* (S) er ifølge Danske Kommuner overrasket over, at det på plejehjem er muligt at få hjælp til at få fat i en prostitueret. Socialdemokraterne i

byrådet har endnu ikke taget stilling til sagen, men Carsten Jacobsen er sikker på, at de vil støtte forslaget om, at plejepersonale ikke længere skal formidle kontakt til prostituerede.

Kommunerne bestemmer selv, om de vil lade ansatte hjælpe med kontakt til prostituerede. Københavns Kommune forbød i 2006 de ansatte at hjælpe på det område.

(lha)

## Onani bør erstatte købesex

Prostitution på plejehjem er ikke velset på Folketingets yderste venstrefløj, og derfor fik *Sygeplejerskens* tema i forrige nummer Enhedslistens folketingsmedlem *Line Barfod* til tasterne. Hun vil gerne afskaffe prostitution, og hun mener, at undervisning i onani på plejehjem er et bedre tilbud til beboerne end muligheden for at få tilkaldt en prostitueret.

Det faldt også folketingsmedlemmet for brystet, at sygeplejersker hjælper med at formidle kontakt mellem den ældre og den prostituerede. Det ser hun gerne, at velfærdsminister *Karen Jespersen* (V) sætter en stopper for.

"Det er dobbeltmoralisk, når Karen Jespersen på den ene side deler penge ud til

at bekæmpe prostitution, og på den anden side gerne vil have plejepersonalet til at formidle kontakt til professionelle sexarbejdere. Det hænger ganske enkelt ikke sammen," siger Line Barfod til eb.dk

Line Barfod har nu stillet et såkaldt paragraf 20-spørgsmål til Karen Jespersen, der forpligter ministeren til at svare. Barfod beder ministeren svare på, om der kan findes andre løsninger til at tilfredsstille seksuelle behov blandt ældre på plejehjem.

(kbc)

Se *Enhedslistens* fire nye spørgsmål om prostitution under § 20-spørgsmål på Folketingets hjemmeside: [www.ft.dk](http://www.ft.dk)

# De syge huse skal udskiftes med helbredende bygninger

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST

## «« TILBAGEBLIK

**Rask udmelding.** Hospitalsbygningerne er utidssvarende og i dårlig stand. Det beskrev *Sygeplejersken* allerede for et år siden, og nu vil sundhedsministeren rive halvdelen af de danske sygehuse ned.

Den nye sundheds- og forebyggelsesminister har dårligt fået sat sig til rette i den varme ministerstol, før han foreslår, at halvdelen af de danske sygehusbygninger skal rives ned. Det sker, efter den nordjyske sundheds- og forebyggelsesminister *Jakob Axel Nielsen* (K) har været på ud-af-huset-oplevelse i Nordjylland.

Her studerede han i slutningen af januar det to år gamle Medicinerhus i Aalborg, der allerede som led i regeringens kvalitetsreform er udnævnt til foregangshospital under overskriften "Arkitektur, der helbreder".

Og ministeren var begejstret. Medicinerhuset er, ifølge dr.dk, præget af god plads, tosengsstuer til alle patienterne samt lys, luft og udsigt over byen. De harmoniske omgivelser har vist sig særdeles positive for både patienter og personale. Indlæggelsestiden er faldet med 8 pct., antallet af

alvorlige infektioner er faldet med 18 pct., og sygefraværet blandt social- og sundhedsassistenterne er bragt ned med 35 pct.

### Skaflige milliarderne

Ifølge dr.dk får resultaterne fra det nordjyske nu ministeren til at proklamere, at halvdelen af sygehusbygningerne er så forældede, at de skal rives ned. Og byggeriet af nye sygehuse skal, hvis det står til sundhedsministeren, bevilliges 100 mia. kr. over de kommende år.

Men uden politisk opbakning i Folketinget bliver det svært for sundhedsministeren at bevillige det svimlende beløb til nybyggeri. Byggeriets Dagblad, Licitationen, vejrede ikke ubetinget bevillingsbegejstring blandt sundhedsordførerne i Folketinget, da de ringede rundt.

"Jeg har ikke 100 mia. kr., jeg kan stampe op, så jeg ved ikke lige, hvor sundhedsministeren har de penge fra," siger Venstres sundhedsordfører *Birgitte Josefsen* til Licitationen.

Ifølge Licitationen vil Sundhedsministeriet bl.a. finde de 100 mia. kr. i en kvalitetsfond, som indgår i regeringens kvalitetsreform. Fonden er på 50 mia. kr., og heraf er de 25 mia. kr. på forhånd afsat til



I januar 2007 havde *Sygeplejersken* i nr. 1 et stort tema om de nedslidte sygehusbygninger. Temaet afslørede blandt andet, at Arbejdstilsynet har pålagt landets sygehuse godt 400 påbud om alt fra rådne faldstammer til trange pladsforhold.

byggeriet af nye sygehuse over de næste 10 år. De resterende 75 mia. kr. kommer fra bl.a. anlægsbudgetter og salg af gamle sygehuse.

### Skeptisk ekspert

Men uanset om sundhedsministeren skaffer 100 milliarder til en udskiftning af halvdelen af landets sygehusbygninger eller må nøjes med det kvarte beløb, så er flere eksperter skeptiske over for projektet. Sundhedsøkonom *Jakob Kjellberg* fra DSI mener eksempelvis ikke, at nye og moderne bygninger gør det alene:

"Hvis vi kigger på de eksisterende sygehuse i Danmark, kan vi ikke se generelt, at de nye sygehuse har en højere produktivitet end de gamle. Derfor skal man passe på med at tro, at nye mursten i sig selv helbreder folk," siger han til Radioavisen.

"Danskerne vil fem millioner gange i 2020 opsøge en læge eller anden sundhedsmedarbejder for at blive behandlet ambulat. Det er næsten dobbelt så mange ambulante kontakter som i 2005."



Berlingske Tidende den 8. februar 2008.

## JBS-reklame var sexistisk og nedsættende

"Kvindeløst er efter vores umiddelbare opfattelse reduceret til sexobjekter."

Sådan lyder den endelige kritik nu fra Forbrugerombudsmanden til undertøjsfirmaet JBS, der i efteråret 2007 lancerede reklamer bestående af en sygeplejerske, en stuepige, en sekretær og en nonne, der – iført så godt som ingenting – snusede til herreunderbukser, skriver *Fagbladet 3F*. I forbindelse med JBS-reklamen var Dansk Sygeplejeråd ude med kraftig kritik af

undertøjsreklamen, der derfor blev trukket tilbage. JBS-sagen blev også omtalt i *Sygeplejersken* nr. 21/2007.

"Forbrugerombudsmanden (er) mest tilbøjelig til at mene, at kvindeløst i de pågældende reklamer afbildes på en nedsættende og ringeagtende måde," lyder kritikken videre.

Reklamen er således i strid med Forbrugerombudsmandens retningslinjer om kønsdiskriminerende reklame og dermed markedsføringsloven, konkluderes det. (kbc)

## Midtjyske sygeplejersker har ret til fuld tid

Deltidsansatte sygeplejersker i Region Midtjylland har fået garanti for et fuldtidsjob, hvis de ønsker det. Det giver en aftale mellem regionen og Dansk Sygeplejeråd dem ret til, med en måneds varsel, og hvis regionen ikke kan give dem fuld tid inden for den frist, er de sikret fuld betaling for overarbejde, også for de timer, der ligger op til fuld arbejdstid.

"Vi rejste kravet, fordi jo længere mod vest vi kommer i regionen, jo sværere bliver det at få et fuldtidsjob," siger kredsformand *Else Kayser*, Dansk Sygeplejeråd, Kreds Midtjylland.

Regionsrådsformand *Bent Hansen* (S) har tidligere efterlyst flere sygeplejersker på fuld tid, og det sikrer aftalen lettere adgang til.

"Men vi kan ikke garantere, at mange sygeplejersker går op i tid," siger *Else Kayser*.

"En del intensivsygeplejersker med 8-10 vagter om måneden vælger f.eks. 32 timer for at få en ekstra fridag, andre vælger deltid for at få de sidste timer til en ordentlig løn i vikarbureauet. Med aftalen sikrer vi først og fremmest den gruppe, der ikke selv har valgt deltiden." (kb)

## Første version af Den Danske Kvalitetsmodel er klar

Efter flere års arbejde og to høringsrunder er den første version af Den Danske Kvalitetsmodel nu klar. Modellens formål er bl.a. at forebygge fejl og sikre en høj og ensartet kvalitet og udvikling i hele det danske sundhedsvæsen på tværs af geografi og sektorer. Første version indeholder 37 temaer og i alt 103 standarder fordelt på tre hovedgrupper: 1) organisatoriske forhold, 2) generelle forhold og 3) sygdomsspecifikke forhold. Standarderne har hvert et emne, f.eks. ledelse, hygiejne eller mavesår, og beskriver bl.a. normen for god kvalitet inden for det pågældende emne samt målepunkter for, hvordan man kan kontrollere, at ens afdeling lever op til den gode kvalitet. Kvalitetsmodellen kombinerer og anvender mange af de data, som allerede indsamles i sundhedsvæsenet, f.eks. nationale kvalitetsdatabaser, utilsigtede hændelser, Den Gode Medicinske Afdeling og

Det Nationale Indikatorprojekt. Den er blevet til i et samarbejde mellem Institut for Kvalitet og Akkreditering (IKAS) og store grupper sundhedspersonale. En række sygehuse har frivilligt meldt sig til at pilotteste 1. version i løbet af marts-april måned. Når pilottestene og evt. efterfølgende justeringer er overstået, skal Den Danske Kvalitetsmodel efter planen indføres på alle landets sygehuse i løbet af sommeren 2008. Derudover har også landets apoteker, kommuner og private hospitaler indgået aftale om at være en del af Den Danske Kvalitetsmodel.

(cso)

Læs mere om kvalitetsmodellen på IKAS' hjemmeside: [www.kvalitetsinstitut.dk](http://www.kvalitetsinstitut.dk)

## Rekvirér gratis træningsfløjter til jeres KOL- og astmapatienter



### Et fløjt er nok

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

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

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



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

Astmaindikation: Til behandling af astma, hvor anvendelse af en kombination (inhalationskortikosteroid og langtidsvirkende beta-agonist) er hensigtsmæssig: hos patienter, der ikke er velkontrolleret på inhalationskortikosteroider og korttidsvirkende  $\beta_2$ -agonister ved behov, eller hos patienter, der allerede er vel kontrolleret på både inhalationskortikosteroider og langtidsvirkende  $\beta_2$ -agonister. (Symbicort Mite® er dog ikke hensigtsmæssig hos patienter med svær astma).

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

AstraZeneca  
VIDEN LÆGER BEDRE

Symbicort®  
budesonid/formoterol



# Pas godt på dit autorisationsbevis

**Uerstatteligt.** River børnene det i stykker, bliver det spist af hunden, eller taber du kaffen ud over det, så kan du aldrig få et nyt, originalt autorisationsbevis. I stedet må du nøjes med en attest på, at du engang har fået beviset.

Sundhedsstyrelsen udstyrer hvert år hundreder af fagpersoner med attester, der bekræfter, at de er autoriseret – for det originale bevis kan ikke udstedes på ny. Det skyldes ifølge sygeplejekonsulent i Sundhedsstyrelsen, *Randi Gjerding*, at en kopi af et autorisationsbevis skal henvise til den

lov, der gjaldt på autorisationstidspunktet, og have navnene på de personer, der underskrev det. En anden årsag er, at det papir, autorisationsbeviserne er trykt på, har ændret sig over tiden.

*Kan man ikke bare få den samme type bevis, som de nyuddannede får i dag?*

"Nej, det ville bl.a. signalere, at man er autoriseret under den nuværende lovgivning. På det originale autorisationsbevis skal der stå den lov, man er autoriseret efter. Men man arbejder selvfølgelig altid efter de nuværende love," siger *Randi Gjerding*.

Hvert år får Sundhedsstyrelsen flere hun-

drede henvendelser fra sundhedspersonale, der har brug for et nyt autorisationsbevis, alene i 2007 kom der 213 henvendelser fra sygeplejersker. De må nøjes med en attest i stedet.

"Attesterne er udmærkede undtagen for personen selv, som ofte synes, det er forfærdeligt, at man ikke kan få et nyt autorisationsbevis. Det kan signalere, at der ikke er orden i sagerne, men rent formelt er der ingen problemer med attesterne," siger *Randi Gjerding*.

Attesterne er i øvrigt gratis.

(sbk)



FOTO: CLAUD THORSTED

**På med dutten.** Onsdag den 6. februar kl. 9.24. To sygeplejestuderende fra Sygeplejeskolen i Sønderborg i røde T-shirts, *Lene Skov* (midt i billedet) og *Lena Møhl Jessen*, giver elever fra 8.b på Broager Skole seksualundervisning. Her er det elev *Hanne Larsen*, som prøver at rulle et kondom rigtigt på. Den Sønderjyske Sygeplejeskole har tilbudt folkeskolerne i Sønderborg Kommune supplerende seksualundervisning i løbet af foråret på baggrund af et projekt, som sygeplejestuderende *Thomas K. Gravenlund* står bag. Projektet viste, at alt for få af kommunens skoleelever er klar over, at klamydia ofte er uden symptomer. Undervisningen afsluttes med en prøve, der skal teste, om eleverne er blevet klogere på at beskytte sig mod kønssygdomme. Indtil videre har 12 skoler taget imod tilbuddet, og undervisningen har fået positive tilbagemeldinger fra eleverne. (lha)

## Højesteret afviste førtidspensioneret sygeplejerske

Når man arbejder på en travl sygehusafdeling og arbejder som tillidsrepræsentant ved siden af, må man forvente belastede perioder og dermed også selv tage ansvaret for en evt. stressrelateret sygdom.

Det synes at være konklusionen, efter at Højesteret har afvist en sag fra en sygeplejerske, som endte på førtidspension efter langvarig stress på sit arbejde. Sygeplejersken, der også fungerede som tillidsrepræsentant, havde ikke fået afsat tid nok til at varetage sine opgaver som hhv. almindelig sygeplejerske og tillidsrepræsentant. Hun havde derfor krævet

1,2 mio. kr. i erstatning af sin tidligere arbejdsgiver, Sønderborg Sygehus. Højesteret ville dog ikke anerkende, at sygeplejerskens psykiske lidelse kan henføres til arbejdsmiljøet.

1.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd *Grete Christensen* siger i en kommentar til dommen:

"Selv om der ikke tidligere er faldet domme i Danmark, der placerer ansvaret for en direkte sammenhæng mellem psykisk sygdom og dårligt arbejdsmiljø, er det brandærgeligt, at Højesteret ikke valgte at gå nye veje i denne sag. Med

den her dom lægger Højesteret ansvaret for eget helbred over på den enkelte sygeplejerske."

Hun tilføjer:

"Samtidig har vi fået stadfæstet, at arbejdsgiverne bliver frikendt for deres ansvar for at sikre et sundt arbejdsmiljø. Jeg vil opfordre arbejdsgiverne til at lade være med at juble alt for meget over denne dom. Og i stedet overveje, hvordan de kan være med til at sikre, at deres medarbejdere ikke går ned med stress, fordi arbejdslivet er for hårdt mange steder."

(lha)

PRODUKTINFORMATION FOR ANNOUNCE SIDE 10

**Symbicort Turbuhaler (160 mikrg budesonid + 4,5 mikrg formoterol pr. dosis), Symbicort Mite Turbuhaler (80 mikrg budesonid + 4,5 mikrg formoterol pr. dosis) og Symbicort Forte Turbuhaler (320 mikrg budesonid + 9 mikrg formoterol pr. dosis).** **Indikationer:** Astma: Til behandling af astma, hvor anvendelse af en kombination (inhalationskortikosteroid og langtidsvirkende beta-agonist) er hensigtsmæssig; hos patienter, der ikke er velkontrolleret på inhalationskortikosteroider og korttidsvirkende beta2-agonister ved behov, eller hos patienter, der allerede er velkontrolleret på både inhalationskortikosteroider og langtidsvirkende beta2-agonister. (Symbicort Mite er dog ikke hensigtsmæssig hos patienter med svær astma). Symbicort og Symbicort Forte er desuden indiceret til: KOL: Symptomatisk behandling af patienter med svær kronisk obstruktiv lungesygdom (FEV1 < 50% af forventet normalværdi) og tidligere gentagne exacerbationer, som har betydelige symptomer på trods af regelmæssig behandling med langtidsvirkende bronkodilator. **Dosering Symbicort Turbuhaler:** Astma: Individuel. Symbicort bør ikke anvendes ved initial behandling af astma. Der er to måder, at behandle med Symbicort på: A. Symbicort vedligeholdelsesbehandling: Symbicort tages regelmæssigt som vedligeholdelsesbehandling med en separat hurtigvirkende bronkodilator til anfaldsbrug. Anbefalede doser: Voksne (fra 18 år): Basis 2 –4 inhalationer daglig og højst 8 inhalationer daglig. Unge (fra 12-17 år): 1-4 inhalationer daglig. B. Symbicort vedligeholdelses –og behovsbehandling: Symbicort tages regelmæssigt som vedligeholdelsesbehandling og efter behov ved symptomer. Dette bør specielt overvejes hos patienter med utilstrækkelig astmakontrol og hyppig behov for anfaldsmedicin eller tidligere astmaexacerbationer, som har krævet medicinsk intervention. Anbefalede doser: Voksne (fra 18 år): 2 –4 inhalationer daglig som basis. Ved symptomer øges dosis til højst 6 pr. gang og højst 12 dagligt. Ved mere end 8 inhalationer daglig over længere tid, kontaktes lægen. KOL: Anbefalede doser: Voksne: 2 inhalationer x 2 daglig. Det er vigtigt at instruere patienten i korrekt anvendelse af Turbuhaler. **Dosering Symbicort Forte Turbuhaler:** Astma: Voksne fra 18 år: 1-2 x 2 inh. dgl. 12-17 år: 1 inh x 2 dgl. KOL: 1 inh x 2 dgl. **Dosering Symbicort Mite Turbuhaler:** Astma vedligehold 3 –4 inh. x 2 dgl. 12 –17 år: 1-2 inh. x 2 dgl. Børn fra 6 år: 2 inh x 2 dgl. Astma vedligehold + behov: Voksne fra 18 år: sædvanligvis 2 inh dgl, dog højst 6 ad gangen og højst 12 dgl. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for budesonid, formoterol eller inhaleret laktose. **Advarsler og forsigtighedsregler:** Ved behandlingsophør bør dosis nedsættes gradvist. Pludselig og tiltagende forværring af astma eller KOL symptomer er potentielt livstruende og patienten bør øjeblikkeligt tilses af en læge. Behandlingen med Symbicort bør ikke påbegyndes under en eksacerbation. Paradoks bronkospasme kan forekomme. Forsigtighed hos patienter hvor det antages, at tidligere brug af systemiske steroider har ført til nedsat binyrebarkfunktionen. Symbicort Turbuhaler bør administreres med forsigtighed hos patienter med thyrotoksikose, fæokromocytom, pheochromocytoma, diabetes mellitus, ubehandlet hypokalæmi, hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati, idiopatisk stenosis subvalvularis aortae, alvorlig hypertension, aneurisme eller andre alvorlige kardiovaskulære lidelser som iskæmisk hjertesygdom, hjertearytmier eller svær hjerteinsufficiens, forlænget QTc-interval, aktiv eller inaktiv lungetuberkulose eller med svampe- eller virus-infektioner i luftvejene. Høje doser beta2-agonist kan medføre potentiel alvorlig hypokalæmi. Der bør foretages ekstra kontrol af blodsukkeret hos diabetespatienter. Patienten bør skylle munden med vand efter inhalation. **Interaktion:** Substanter som metaboliseres af CYP P450 3A4 (f.eks. itraconazol, ritonavir). Symbicort bør ikke gives samtidig med betablokkere, kinidin, disopyramid, procainamid, phenothiaziner, antihistaminer, tricykliske antidepressiver, L-Dopa, L-thyroxin, oxytocin, alkohol, monoaminoxidasehæmmere og stoffer med lignende virkning samt halogenerede hydrocarboner, andre beta-adrenerge lægemidler, digitalisglykosider. **Graviditet og amning:** Erfaring savnes. **Bivirkninger:** De hyppigste er tremor og palpitationer. Desuden candida-infektion i mund og svælg, hovedpine, let irritation i halsen, hoste og hæshed. Hos KOL patienter forekom blå mærker på huden og lungebetændelse med en øget frekvens i forhold til placebo. **Pakninger og priser pr. 11. februar 2008:** Symbicort Forte Turbuhaler vnr. 14185: 9+320 µg/dosis, 3 x 60 doser inhalationspulver kr. 1.777,45. Symbicort Forte Turbuhaler vnr. 11409: 9+320 µg/dosis, 60 doser inhalationspulver kr. 604,75. Symbicort Mite Turbuhaler vnr. 3325: 4,5 + 80 µg/dosis, 120 doser inhalationspulver kr. 527,35. Symbicort Turbuhaler vnr. 5241: 4,5+160 µg/dosis, 3 x 120 doser inhalationspulver kr. 1.750,90. Symbicort Turbuhaler vnr. 3310: 4,5+16 µg/dosis kr. 595,90. Med hensyn til dagsaktuelle priser henvises til medicinpriser.dk. **Udlevering:** B. AstraZeneca A/S, Roskildevej 22, 2620 Albertslund. Tlf. 43 66 64 62. **Forkort produktinformation (det fuldstændige produktresumé kan rekvireres hos AstraZeneca A/S).** Med hensyn til dagsaktuelle priser henvises til medicinpriser.dk.

# ”En knaldhamrende god idé”

**Forandringsparate.** Der er opbakning til Dansk Sygeplejeråds forslag om, at autorisationsloven skal ændres. Det fremgik af en paneldebat på Dansk Sygeplejeråds fagdag den 22. januar 2008, hvor bl.a. KL og Venstres sundhedspolitiske ordfører, Birgitte Josefsen, deltog.

Dansk Sygeplejeråd har foreslået, at autorisationsloven, hvis grundprincipper går helt tilbage til 1934, ændres på to områder. Alle sygeplejersker skal have et forbeholdt virksomhedsområde, der svarer til de komplekse funktioner, sygeplejerskerne varetager. Og autorisationsloven skal åbne op for, at kliniske ekspertisygeplejersker må ordinere og anvende medicin på afgrænsede områder.

”Vi synes, det er en god idé at udvide kompetencerne på sygeplejerskedelen, fordi vi mener, der er en del, som sygeplejerskerne godt kan foretage sig,” lød det fra Erik Nielsen (S), medlem af KLs bestyrelse og formand for KLs arbejdsmarkeds- og erhvervsudvalg. Til gengæld fremgik det af Erik Niensens indlæg, at KL ikke er tilhængere af en autorisation til social- og sundhedsassistenter.

På trods af den positive modtagelse under paneldebatten er den nyslåede sundhedsminister Jakob Axel Nielsen (K) mindre begejstret. I sin tale senere på fagdagen betegnede han den nuværende autorisationslov som enestående fleksibel.

”Ifølge autorisationsloven har læger ret til at delegere. Det betyder, at en læge med fornøden instruktion og retningslinjer kan



ARKIVFOTO: SCANPIX

”En knaldhamrende god idé.” Sådan betegner KLs medlem af bestyrelsen og borgmester i Rodovre Kommune Erik Nielsen (S) Dansk Sygeplejeråds oplæg om kliniske ekspertisygeplejersker.

overdrage ganske mange af sine opgaver til en sygeplejerske. Det giver mulighed for maksimal fleksibilitet,” sagde Jakob Axel Nielsen.

Venstres sundhedsordfører, sygeplejerske Birgitte Josefsen,

var til gengæld positiv over for både forslaget om et forbeholdt virksomhedsområde og forslaget om kliniske ekspertisygeplejersker.

”Hvis jeg kunne bestemme, er jeg slet ikke i tvivl om, hvad jeg gerne ville. Dansk Sygeplejeråds oplæg om kliniske ekspertisygeplejersker taler sit eget sprog.”

Samme massive opbakning kom fra KL:

”Det kan kun gå for langsomt,” lød det fra Erik Nielsen, der tilføjede:

”Jeg synes, det lyder som en knaldhamrende god idé.”

Også Poul Erik Svendsen (S), bestyrelsesmedlem i Danske Regioner, er parat til at se positivt på arbejdsdelingen:

”Det er utroligt aktuelt at debattere arbejdsdelingen mellem faggrupperne i sundhedsvæsenet, og her er sygeplejerskerne nøglefigurer.”

Til gengæld mente Poul Erik Svendsen, at der vil gå nogle år, før regionerne er parate til at indføre kliniske ekspertisygeplejersker.

(snp)

## HVAD MENER PARTIERNE OM AUTORISATIONSLOVEN OG KLINISKE EKSPERTISYGEPLEJERSKER?

**Helle Sjelle (K):** ”Det Konservative Folkeparti ser meget positivt på, at sygeplejersker får et større selvstændigt arbejdsfelt. Det er helt oplagt at arbejde videre med udviklingen af kliniske ekspertisygeplejersker.”

**Birthe Skaarup (DF):** ”Muligheder for, at sygeplejersker på afgrænsede områder kan ordinere medicin til kroniske syge, bør ske i nær fremtid og gerne hurtigst muligt.”

**Jens Peter Verner (S):** ”Hellere i dag end i morgen.”

Kilde: Synergi i forbindelse med valgkampen 2007. Læs mere på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)

## Modtager du Sygeplejersken til tiden?

Bor du i hovedstadsregionen?

Sygeplejersken er overgået til en ny distributør, Citymail, i hovedstadsregionen.

Det er meningen, at du skal have modtaget bladet senest om mandagen efter udgivelsesdagen. Vi er naturligvis meget interesseret i at vide, om du rent faktisk får bladet til tiden.

Så hvis der er uregelmæssigheder, må I gerne kontakte os på telefon: 4695 4186/4183 eller [redaktionen@dsr.dk](mailto:redaktionen@dsr.dk)

Redaktionen

# Sygeplejersker lider under pladsmangel

**Albuerum.** Sundhedsminister Jakob Axel Nielsen (K) vil hellere bygge nye sygehuse end at sætte de gamle i stand. Hvad siger sygeplejerskerne?

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST

## Lene Bækkelund, sygeplejerske, ortopædkirurgisk dagklinik, Middelfart Sygehus



FOTO: THOMAS SØNDERGAARD

*Er der noget ved det gamle sygehus, du vil savne, hvis det bliver erstattet af noget nyt?*

"Ikke selve rammerne. Men hvis man bygger nyt, bliver det også stort, og på den måde vil der gå noget tabt. Jeg arbejder på et lille sygehus og sætter pris på nærheden i samarbejdet mellem alle faggrupperne, lige fra rengøringspersonalet til lægerne."

*Hvad er der mest brug for at få gjort noget ved på et ældre sygehus som jeres?*

"Tosengsstuer i stedet for firesengsstuer og plads til gode arbejdsstillinger."

*Vil nye bygninger gøre en afgørende forskel for dit arbejdsmiljø?*

"Nej, for her er løbende blevet renoveret. Men det vil kræve ombygning, hvis man skal væk fra firesengsstuerne, og det er der jo meget fokus på, at man ikke kan byde patienterne."

## Dorthe Rasmussen, sygeplejerske, ortopædkirurgisk afdeling 7, Næstved Sygehus



FOTO: SØREN SVENDSEN

*Er der noget ved det gamle sygehus, du vil savne, hvis det bliver erstattet af noget nyt?*

"Ikke de lokaler, vi arbejder i. De trænger i høj grad til, at der bliver gjort noget ved dem.

Men et sygehus som vores er der også noget lokalhistorie i. Så i stedet for at rive ned og bygge nyt, kunne man måske bygge nye sengeafdelinger og bevare de gamle bygninger til ambulatorier eller undervisningslokaler."

*Hvad er der mest brug for at få gjort noget ved hos jer?*

"Sengeafdelingerne, de er absolut ikke tidssvarende. Mens et moderne sygehus f.eks. har paneler i væggen til lys, klokkesnore osv., så kæmper vi en daglig kamp med sengebordene for ikke at vælte vaser ned eller rive ledninger ud og må slås med snore, der ikke kan nå hen, hvor patienterne skal sidde. I det hele taget er der brug for mere plads, så man ikke kommer til at stå med skæve løft."

## Helga Hald, sygeplejerske, akut medicinsk modtageafsnit, Medicinerhuset, Aalborg Sygehus



FOTO: MICHAEL BO RASMUSSEN

*Du arbejder i det nybyggede Medicinerhus i Aalborg, er der noget, du savner fra jeres gamle lokaler?*

"Nej, vi har fået betydelig bedre rammer i de nye bygninger. Der er ikke nær så trangt, dropstativer, overvågningsudstyr o.l. hænger fast på væggene, og klokkerne ringer ikke, fordi vi går med telefoner, der vibrerer i lommen i stedet for. Vi hører ofte fra vores patienter, hvilken ro her er."

*Hvad er det største problem i gamle bygninger som dem, I kommer fra?*

"Mangelen på plads, som gør arbejdsforholdene meget svære."

*Hvad synes du, skal man bygge nyt eller renovere?*

"Man skal bygge nyt. Men nye bygninger er ikke nok, hvis de stadig ligger klemt inde midt i byerne som her i Aalborg. Man skal også tænke på, at patienter og pårørende skal kunne køre dertil i bil."

## Tina Munch Bay, sygeplejerske og souschef, børneafdeling B06, Regionshospitalet Viborg



FOTO: KISSEN MØLLER HANSEN

*Er der noget ved det gamle sygehus, du vil savne, hvis det bliver erstattet af noget nyt?*

"Udsigten! Vi er i et højhus på 13 etager, og det har da en vis charme."

*Hvad er der mest brug for at få gjort noget ved på et ældre sygehus som jeres?*

"Alt er slidt ned. Fysiske rammer, inventar, hjælpemidler, alt trænger virkelig til en kærlig hånd. Vi er en børneafdeling, og vi har ikke elsenge til børnene, så de små rum er i den grad en belastning for os, når vi arbejder ved sengene. Hvis der ikke skal bygges nyt hos os, trænger vi i hvert fald til en kraftig renovering."

]]] SKRIV EN KOMMENTAR



**FLERE SKAL KØRE**

**Distancer.** Fire ud af 10 sygeplejersker pendler til arbejde. De sammenlagte kommuner og sygehusafdelinger har sendt flere sygeplejersker af sted over længere strækninger.



AF SUSANNE BLOCH KJELDTSEN, JOURNALIST  
FOTO: SØREN HOLM

Sygeplejersker har faktisk kortere til arbejde end gennemsnittet af alle beskæftigede i Danmark. Men tendensen er, at sygeplejersker får længere og længere transportvej, viser en særkørsel fra Danmarks Statistik. Det skyldes, at kommuner og sygehusspecialer er blevet lagt sammen, og at hospitaler over hele landet bliver nedlagt.

”I og med at sygehusene i Bogense, Assens og Rudkøbing er lukket, har faggrupperne fået længere til arbejde, og folk er begyndt at vænne sig til, at arbejdet ikke nødvendigvis er henne om hjørnet. Der er eksempler på, at selv sygeplejersker, der bor i Odense, tager til Slagelse og Vejle for at arbejde og omvendt,” siger *Anette Kjærsgaard*, der er fællestillidsrepræsentant for sygeplejerskerne på Odense Universitetshospital.

En anden årsag til sygeplejerskers pendling er, at mange ikke har råd til at købe en bolig i de store byer, hvor arbejdspladserne er, og derfor flytter til andre dele af landet og kører frem og tilbage.

”Sygeplejersken forlader typisk afdelingen, fordi familien ikke længere kan bo i en lille lejlighed, når de skal have det første eller det andet barn. De leder efter et hus, og ofte skal de sydpå for at finde ét, de har råd til. De flytter f.eks. til Kirke Hyllinge, Jyllinge og Stevn, for langt væk til at pendle til Bispebjerg,” siger ledende oversygeplejerske *Jens Glindvad* fra mave-

tarm-kirurgisk afdeling på Bispebjerg Hospital. Han vurderer, at omkring hver fjerde til sjette tilfælde, hvor en sygeplejerske stopper i afdelingen, skyldes, at sygeplejersken flytter væk fra København.

Sygeplejersker i Region Sjælland og Region Nordjylland har længst til arbejde, de har i gennemsnit omkring 17 km hver vej til jobbet. Gennemsnittet for sygeplejersker i hele landet er 13,5 km mellem arbejde og hjem, men det dækker over store forskelle. F.eks. har hver tredje sygeplejerske under 5 km til arbejde, mens hver femte kører mellem 20 og 50 km.

På de næste sider kan du læse om sygeplejersken, der er så glad for jobbet, at hun har valgt at bruge mellem to og tre timer hver dag på at køre. Om sygeplejersken, der blev træt af at sidde i kø på motorvejen og sagde jobbet op. Og om de fire sygeplejersker, der har fundet ud af at køre sammen for at spare benzin og slippe for parkeringsproblemer.

*sbk@dsr.dk*

#### PENDLING

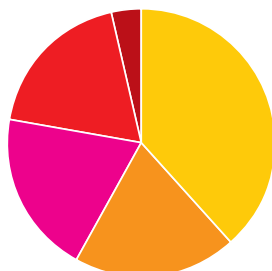
I disse artikler skal pendling forstås som at arbejde i en anden kommune end den, hvor man bor.

# LANGT EFTER JOBBET

## ))) SÅ LANGT HAR SYGEPLEJERSKER TIL ARBEJDE

Danske sygeplejersker har i gennemsnit 13,5 km til deres arbejde, 2 km kortere end gennemsnittet af alle beskæftigede (15,7 km.)

- under 5 km
- 5-9 km
- 10-19 km
- 20-49 km
- over 50 km



Kilde: Danmarks Statistik/DSR Analyse.

**Lader op.** Sygeplejerske Sine Riberholt regnede ikke med, at hun skulle være pendler, da hun flyttede ud af Hovedstaden. Men hun kunne ikke undvære sit job på Bispebjerg Hospital.

# KØRER 130 KM HVER ARBEJDS DAG

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST • FOTO: SØREN HOLM

For sygeplejerske *Sine Riberholt* er der kun én afdeling, der virkelig trækker. Hun har valgt at pendle mellem to og tre timer om dagen i bil for at beholde sit arbejde på mave-tarm-kirurgisk afdeling på Bispebjerg Hospital, selvom hun bor 65 km væk i Haslev på Sydsjælland. Det indebærer bl.a., at hun skal op kl. 5 om morgenen og ikke når at sige godmorgen til sine tre børn, inden hun skal af sted.

”Jeg har prøvet at arbejde på andre mave-tarm-kirurgiske afdelinger, men der er ikke andre steder, hvor man arbejder på samme måde med primærsygepleje. Jeg har ikke lyst til at sidde på et kontor, dosere medicin og

kun se patienterne til stuegang,” siger Sine Riberholt.

Et pendlerliv er svært at forene med at være forælder til mindre børn. Flere gange i løbet af de otte år, Sine Riberholts familie har boet i Haslev, har hun forsøgt sig med job, der lå lidt tættere på.

Hun har været på mave-tarm-kirurgisk afdeling på både Roskilde og Køge Sygehuse, og hun har været på medicinsk afdeling på Næstved Sygehus, men ingen af jobbene kunne matche det, hun var rejst fra. Derfor var hun indimellem tilbage på mave-tarm-kirurgisk afdeling på Bispebjerg for at prøve, om det kunne gå.

”Dengang var børnene bare mindre, og jobbet indebar, at jeg skulle arbejde hver anden weekend. Det kunne jeg ikke få til at hænge sammen,” siger hun.

## Postbud eller pendler

På et tidspunkt overvejede Sine Riberholt helt at droppe sygeplejen, og hun tog arbejde som pædagogmedhjælper og som postbud.

”Men så valgte jeg alligevel at komme tilbage til Bispebjerg. Det, der gjorde forskellen denne gang, var, at jeg fik arbejde på

korttidskirurgisk afsnit, hvor jeg kun har week-endvagt hver tiende weekend.”

Hun arbejder 32 timer om ugen og har fået en særordning, så hun møder en halv time tidligere om morgenen og går tilsvarende tidligere om eftermiddagen. På den måde kan hun styre uden om den værste myldretid på motorvejen.

”Jeg slapper af i bilen og lytter f.eks. til De Sorte Spejdere eller Kanonkongen i radioen. Når jeg møder på arbejde, kan jeg nogle gange slet ikke huske selve køreturen. Vejen hjem fra nattevagt kan dog føles lang. Jeg har ikke prøvet at falde i søvn bag rattet, men for at holde mig vågen tager jeg som regel et pitstop på tankstationen i Karlslunde for at få lidt at spise,” siger Sine Riberholt.

Hun kan kun nå at hente børnene to gange om ugen, de andre dage bliver de hentet af hendes mand, af hendes forældre eller svigerforældre. De bor nemlig også i Haslev. Alt i alt fortryder Sine Riberholt ikke sit valg.

”Jeg tænker, at det er bedre at være en glad mor, der kan lide sit arbejde, end at gå og være utilfreds,” siger hun.

*sbk@dsr.dk*

FOTO: SØREN SVENSDEN



Af de 5.074 sygeplejersker, der arbejder i Århus, bor omkring syv ud af 10 i Århus Kommune.

Resten kommer f.eks. fra:

- Syddjurs Kommune: 194
- Randers Kommune: 90
- Aalborg Kommune: 5

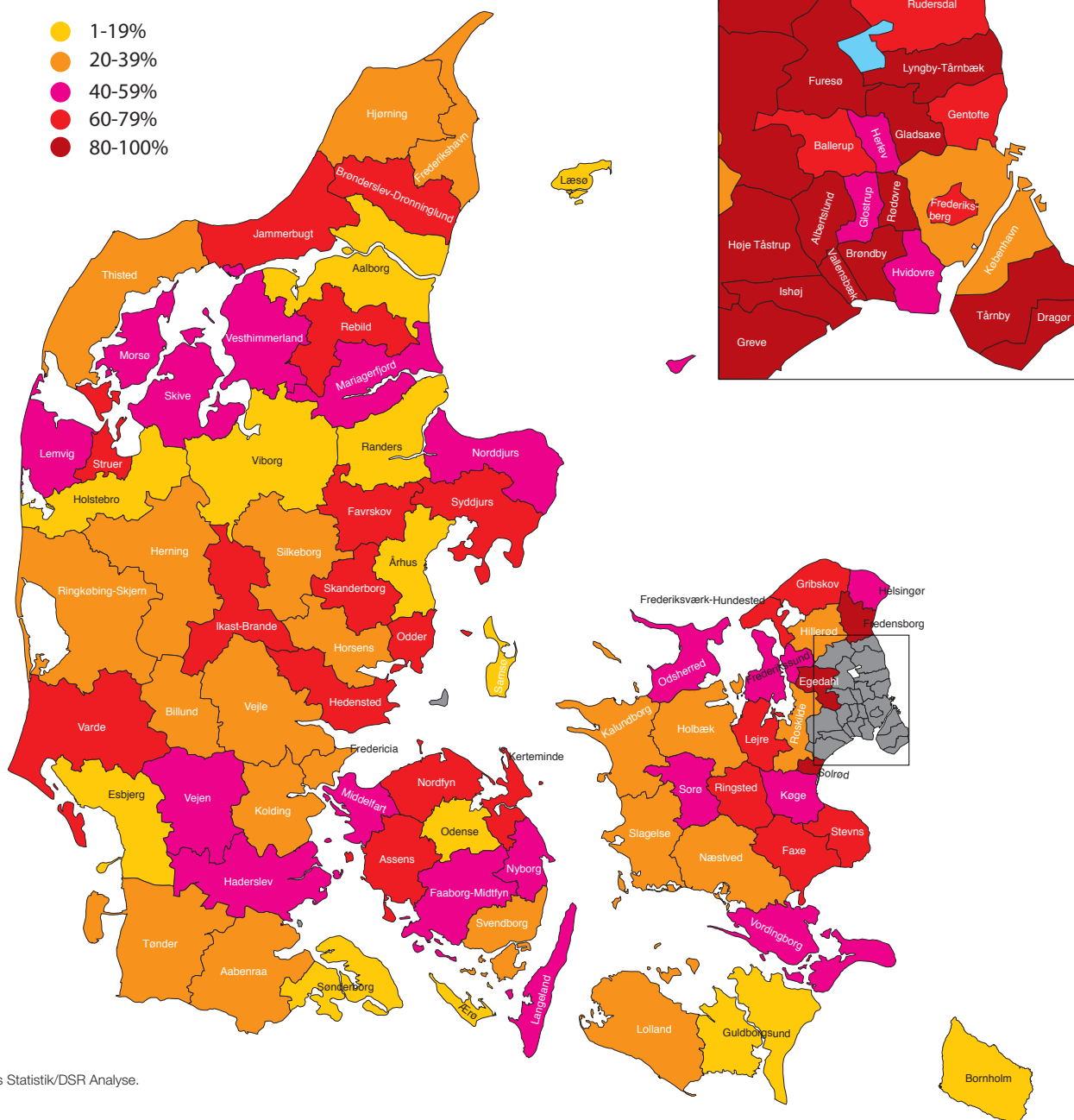


# SÅ MANGE PENDLER TIL ARBEJDE

Kortet viser de enkelte kommuners pendlerprocent.

Dvs. hvor mange af de sygeplejersker, der bor i kommunen, som pendler ud af kommunen for at komme på arbejde.

- 1-19%
- 20-39%
- 40-59%
- 60-79%
- 80-100%



Kilde: Danmarks Statistik/DSR Analyse.



## &gt;&gt;&gt; HVIS DU VIL KØRE MED DIN KOLLEGA

- Find ud af, hvornår og hvor ofte jeres behov og ønsker passer sammen.
- Bliv enige om de praktiske detaljer: Hvor og hvornår er der opsamling? Hvor lang tid venter I på hinanden – og er ærinder undervejs i orden?
- Aftal, hvilke vaner, der er i orden i bilen: Må I ryge, spise, høre radio/cd eller andet i bilen? Er det o.k. at kommentere hinandens kørestil?
- Aftal, hvordan I fordeler udgifterne til benzin, vedligeholdelse, bøder osv. Skal der betales pr. km? Eller skiftes I til at køre?
- Aftal, hvad I gør under sygdom, overarbejde, større forsinkelser, eller hvis bilen ikke kan køre.
- Mangler du en køremakker, kan du prøve at søge efter én på [www.pendlernet.dk](http://www.pendlernet.dk)

Kilde: Projekt Kollegakørsel på Odense Universitetshospital.

# FIRE SYGEPLEJERSKER KØRER SAMMEN

**Kollegakørsel.** Hvis man gerne vil spare på udgifterne til bil og benzin, så kan løsningen være at køre sammen med en kollega.

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST • FOTO: SØREN HOLM

På Nordsjællands Hospital i Hillerød kører fire sygeplejersker fra kardiologisk afdeling sammen, når det kan lade sig gøre. ”Vi tjekker hinandens vagtplaner for at se, om vi skal på vagt sammen, og så ringer eller sms’er vi og aftaler. Vi skiftes til at køre,” forklarer sygeplejerske *Wickie Schwartz*. De bliver samlet op, eller de parkerer bilen hos den, der skal køre. To af dem kommer fra Frederiksværk, mens to andre støder til fra Ølsted og Hundested.

”Det er hyggeligt at lære hinanden lidt bedre at kende, og snakken i bilen giver en god start på dagen. Den økonomiske fordel i form af færre penge til benzin er også en god ting, og så er det trygt at køre sammen hjem fra nattevagt. Når vi snakker, er der mindre risiko for at falde i søvn bag rattet,” siger *Wickie Schwartz*.

## Reserverede p-pladser

På Odense Universitetshospital forsøgte man for fire år siden at motivere de 8.000

ansatte til at køre sammen i et storstilet projekt ”Kollegakørsel”. Via en database kunne man finde kolleger at køre sammen med. Der var særlige p-pladser reserveret til dem, der var med i kollegakørslen. Der var endda kørselsgaranti med taxa hjem eller til stationen, hvis sygdom eller overarbejde forhindrede én i at få det aftalte lift hjem med kollegaen. Små 400 meldte sig til ordningen, heraf en fjerdedel sygeplejersker.

Evalueringen af projektet viste, at blandt dem, der kørte i bil alene, faldt antallet med 12 pct. Der er stadig sygeplejersker og andre faggrupper på Odense Universitetshospital, der kører sammen og bl.a. parkerer på de særligt reserverede pladser. Men ordningen er aldrig slået igennem til en større skare medarbejdere.

Sygeplejerskernes fællestillidsrepræsentant *Anette Kjærsgaard* mener, at den begrænsede tilslutning blandt sygeplejerskerne især skyldes de skiftende arbejdstider. Men aflevering og afhentning af børn samt et ud-

bredt overarbejde har også en del af forklaringen.

”Sygeplejersker ved, hvornår de skal møde, men de ved ofte ikke, hvornår de har fri. Rigtig mange kommer ikke hjem til tiden. Mange skal også nå at hente børn, og det tror jeg er den væsentligste årsag til, at kollegakørslen ikke er så brugt,” siger *Anette Kjærsgaard*.

Transportkoordinator på Odense Universitetshospital *Lars Bang* mener, at det ville være muligt at få flere til at køre sammen, hvis personalet blev motiveret tilstrækkeligt.

”Men fordelene ved samkørsel kan ikke stå alene, hvis man vil begrænse solobilismen. Så skal man f.eks. gøre det sværere at parkere og samtidig forbedre den offentlige transport,” siger *Lars Bang*.

*sbk@dsr.dk*





# DET HOLDT IKKE AT SIDDE I KØ PÅ MOTORVEJEN

**Udflytter.** Sygeplejerske Mette Sofie Haulrich blev træt af at pendle, næsten før hun var begyndt. I stedet fandt hun et job uden for København.

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST

Da sygeplejerske *Mette Sofie Haulrich* fik børn, besluttede familien at flytte 40 km fra København til Frederiksværk i Nordsjælland for at få råd til hus. Hun havde ingen planer om at opgive sit gode job på Rigshospitalets kardiologiske afdeling af den grund. Hun forestillede sig, at hun skulle pendle til arbejde og til sine møder i Dansk Sygeplejeråds daværende amtsbestyrelse i hovedstaden. Lige indtil hun mødte muren i form af køen på motorvejen. ”Jeg var på barsel, men startede med at pendle til møderne med amtsbestyrelsen, og allerede der indså jeg, at det ikke holdt. Jeg ville ikke sidde fast på motorvejen hver dag,” siger Mette Sofie Haulrich. Hun sagde sit job op, som hun ellers var rigtig glad for, og fandt et nyt på Nordsjællands Hospital i Hillerød, hvor hun nu er fællestillidsrepræsentant for sygeplejerskerne. Som regel tager det 25 minutter at køre fra Frederiksværk til Hillerød. Turen tager langt kortere tid end den til København, men hun er ikke blevet helt fri for køproblemer i myldretiden.

”Jeg sidder stadig tit i kø for at komme til Hillerød, for ikke at nævne en del møder, som foregår i København,” siger Mette Sofie Haulrich.

*sbk@dsr.dk*



FOTO: SØREN SVENDSEN

## ))) LÆNGST OG KORTEST TIL ARBEJDE

Her bor de sygeplejersker, der har længst til arbejde:

Vordingborg Kommune: 25,3 km

Vesthimmerlands Kommune: 24,8 km

Syddjurs Kommune: 24,3 km

Her bor de sygeplejersker, der har kortest til arbejde:

Herlev Kommune: 4,9 km

Frederiksberg Kommune: 6,0 km

Rødovre Kommune: 6,3 km

Tallene er et gennemsnit for alle sygeplejersker, der bor i den pågældende kommune.

Af de 3.075 sygeplejersker, der arbejder i Aalborg, bor omkring syv ud af 10 i Aalborg Kommune.

Pendlerne kommer f.eks. fra

- Frederikshavn Kommune: 88
- Vesthimmerlands Kommune: 47
- Thisted Kommune: 5



# DEN DAGLIGE KAMP OM P-PLADSERNE

**Tomgang.** Man skal være god til at parallelparkere, og bilen skal helst være en lille smal model. På mange hospitaler er parkeringspladser en mangelvare.

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST • FOTO: SØREN HOLM

På hospitaler over hele landet starter arbejdsdagen for mange sygeplejersker med en kamp for at komme af med bilen. Nogle steder er problemet større end andre.

På Rigshospitalet vælger sygeplejerske *Anne Birthe Storm* fra Abdominalcentret at møde kl. 7.30, selv når hun har 10-18-vagt.

”Jeg gider ikke køre rundt og lede efter en plads, så vil jeg hellere møde tidligt. Jeg får penge for det eller kan afspadsere, men de manglende parkeringspladser betyder mindre fleksibel arbejdstid,” siger Anne Birthe Storm, der også er tillidsrepræsentant.

Sygeplejerskerne betaler 200 kr. om måneden over deres løn for en parkeringstilladelse, men de kan alligevel ikke være sikre på at kunne finde en plads. Et forhold som Anne Birthe Storm har kritiseret i medierne. Ved hjælp af en undersøgelse blandt personalet i sin afdeling har hun dokumenteret, at hver tredje overvejer at søge væk pga. frustration over parkeringsforholdene.

## Møder omklædt før tiden

Parkeringspladserne ved Nordsjællands Hospital i Hillerød er også godt fyldt op, når sygeplejerske på kardiologisk afdeling *Wickie Schwartz* møder om morgenen, selv på vil-lavejene i området holder bilerne tæt. Hvis hun skal møde kl. 7.20, tager det 15-20 minutter at finde en plads, og derfor har hun fundet ud af, at hun lige så godt kan køre 20 minutter tidligere hjemmefra. ”Så møder jeg i

afdelingen omklædt, et kvarters tid før jeg egentlig skulle, men det vil jeg hellere end at blive irriteret over at skulle finde en plads. Efter kl. 7.30 kan man godt glemme at finde én, og det kan ikke betale sig at møde efter kl. 8 om morgenen, selvom man har mulighed for det,” siger Wickie Schwartz. Én ting er personalets trængsler, et andet problem er situationen for patienterne, som kommer på alle tidspunkter af dagen. Det bliver ikke mindre af, at Hillerød Hospital er udpeget som det eneste akuthospital i Nordsjælland i Region Hovedstaden. Ledelsen har siden december etableret 150 ekstra pladser, bl.a. ved at male parkeringsbåsene om, så de nu er smallere. Men uanset de ekstra pladser kan man ifølge Wickie Schwartz ikke komme af med bilen. Mange andre hospitaler har parkeringsproblemer, det gælder også hospitalerne i de store jyske byer som Aalborg, Horsens og Viborg.

## Cykler til personalet

Centralsygehuset i Silkeborg forsøgte i 2005 at løse et parkeringsproblem med en kreativ idé. Der skulle inddrages 70 pladser i forbindelse med bygning af et patienthotel med tilhørende parkeringskælder. Sygehuset indkøbte 100 cykler til det personale, der havde lyst til at cykle på arbejde, så patienterne stadig kunne parkere deres biler.

Personalet forpligtede sig til ikke at bruge parkeringspladser på sygehusets matrikel i et år, til gengæld kunne de efter det år købe de brugte cykler for 500 kr. pr. stk.

Ordningen var så stor en succes, at 186 ansatte meldte sig til cykelordningen. Da hospitalet ville indkøbe flere cykler, stødte de imidlertid på det problem, at ordningen ikke kunne godkendes, fordi de billige cykler blev vurderet som et personalegode.

”Initiativet virkede ellers. Parkeringspladserne blev fri til patienterne, og personalet fandt ud af at stille deres biler hos kolleger og cykle til arbejde. Derfor betragtede vi ikke cyklerne som et personalegode, men som løsning på et parkeringsproblem,” fortæller fællestillidsrepræsentant for sygeplejerskerne Birthe Mossin.

*sbk@dsr.dk*

Af de 3.147 sygeplejersker, der arbejder i Odense, bor syv ud af 10 i Odense Kommune.

Resten pendler f.eks. fra

- Faaborg Kommune: 213
- Kolding Kommune: 11
- Københavns Kommune: 8
- Langeland Kommune: 7



Der er brug for pædagogik og forståelse, når klienter kommer i klinikken første gang for at tale om deres inkontinensproblemer, derfor har kontinenssygeplejerske Jytte Ravn sørget for at sætte god tid af til konsultation.



**Kommuneklinik.** Sygeplejeklinikken i Holstebro hjælper folk, der har problemer med inkontinens, diabetes, sår og hævelser i benene.

# MAN SKAL SNAKKE MED SIN

AF SUSANNE BLOCH KJELDSSEN, JOURNALIST • FOTO: KISSEN MØLLER HANSEN

## >>> HVAD VAR DIN BEDSTE OPLEVELSE MED EN KLIENT I SIDSTE UGE?

”Det var en ældre dame, som havde gået med et inkontinensproblem i flere år. Det havde taget hende lang tid at opsøge råd og vejledning. Jeg kunne se, at hun var beklemmt, da hun kom, men at det var en lettelse for hende at få taget hul på at tale om det. Hun skal først til egen læge for at få inkontinensen udredt, men jeg er overbevist om, at hun kommer tilbage,” siger kontinenssygeplejerske *Jytte Ravn*.

Den ældre kvinde parkerer rollatoren uden for kontinenssygeplejerske *Jytte Ravns* kontor. Kvinden er kommet pga. et inkontinensproblem, som hun nu har døjet med i tre år. Hun er nødt til at gå på toilettet meget ofte både dag og nat, og hun har svært ved at holde sig, hvis der ikke er et toilet i nærheden. ”Jeg har vist forkælet min blære,” siger hun med et lille smil.

Holstebro Kommunes sygeplejeklinik har eksisteret i 20 år og er en af landets første. Nu er der fire sygeplejersker ansat, og klinikken holder åbent hver dag fra 8.30 til 13 og torsdag fra kl. 15-17. Sygeplejerskerne dækker hver to specialer inden for sår, kompressionsstrømper, diabetes og inkontinens. *Jytte Ravn*

har 15 års erfaring i at rådgive om inkontinens i klinikken.

”Ved du, hvordan du kniber rigtigt,” spørger hun den ældre kvinde. ”Jo, det mener jeg nok,” lyder svaret. *Jytte Ravn* forklarer, at det er vigtigt at sætte sig tilbage på stolen og slappe af i skuldrene. ”Det er lidt som at holde på en prut og så knibe sammen i endetarmen og fremad.” Den ældre kvinde sidder eftertænksomt og lytter og nikker. ”Selvom det måske lyder lidt dumt, så er det en god idé at huske sig selv på, at man skal snakke med sin blære hver dag,” pointerer *Jytte Ravn*.

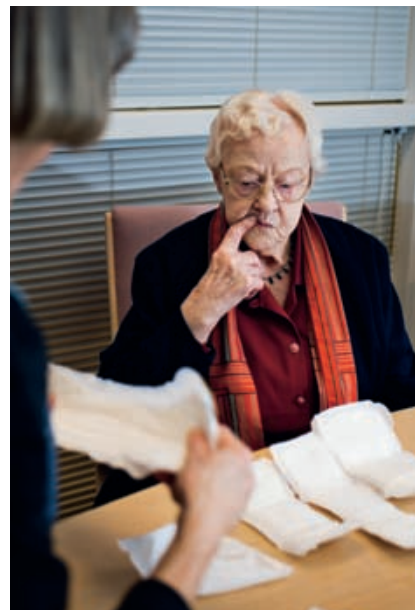
Der er sat god tid af til den ældre kvindes første konsultation. *Jytte Ravn* ved, at klienter med inkontinensproblemer ofte skal over-



Det er de samme to sårsygeplejersker, der ser sårene, og det giver en bedre kontinuitet i sårplejen, vurderer Dorthe O. Møller og Pernille Gamborg.



Ingrid Sloth Mortensen er kommet i Sygeplejerskeklinikken i over 10 år pga. sår på benene. Jytte Ravn kan godt lide den instrumentelle del af sygeplejen, som et sårskift er, selvom det ikke er hende, der er sårspecialist.



Jytte Ravn lægger så små bleer som muligt frem på bordet, for det kan godt virke afskrækkende at præsentere de bleer, som er beregnet til at kunne rumme en større natlig vandladning. Man kan altid gå op i blestørrelse, hvis behovet viser sig.



Det er sygeplejerskerne på Sygeplejerskeklinikken, der står for at indkøbe hele kommunens lager af bleer, plastre og avancerede sårprodukter.

## BLÆRE HVER DAG

vinde en tærskel, før de går til egen læge for at tale om problemerne. Lægerne henviser til Sygeplejerskeklinikken, hvis anden behandling ikke er mulig. Efter Jytte Ravn og den ældre kvinde har rundet emner som at tømme blæren ordentligt, og hvordan man får gode drikke- og toiletvaner, går Jytte Ravn hen til hylden med blepakker i alle størrelser og typer og tager et par prøver frem. I samråd vælger de nogle størrelser, som den ældre kvinde skal have med hjem. Når hun kommer igen i klinikken om en måned, skal de tale om, hvordan det er gået.

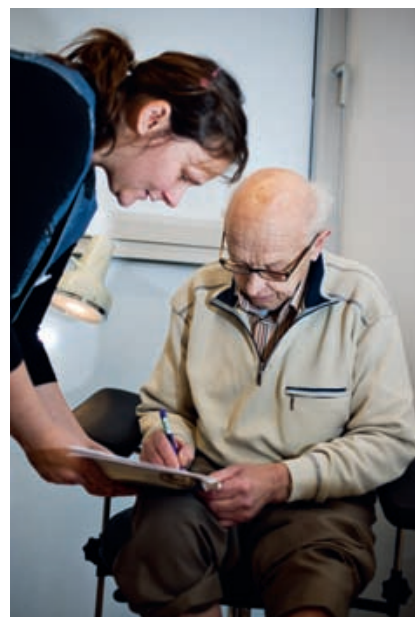
I Holstebro skal man som udgangspunkt selv møde op i Sygeplejerskeklinikken, hvis man er i stand til det, og hvis man har et af de sundhedsproblemer, som klinikken har spe-

cialiseret sig i. Omkring 30 klienter tager hver dag plads i venteværelset, efter at de først er blevet henvist af deres egen læge. Ordningen er med til at understrege, at man selv har et ansvar for sin sundhed, eller som sårsygeplejerske *Dorthe O. Møller* udtrykker det: "At det er folks egne sår og ikke hjemme-sygeplejerskens."

*Hvad er det særlige, man skal kunne som sygeplejerske for at arbejde her?*

"Man skal i hvert fald kunne holde ud at arbejde tæt sammen med de samme mennesker hver dag," siger Jytte Ravn.

*sbk@dsr.dk*



En ansøgning om bevilling på kompressionsstrømper skal udfyldes, efter at Pernille Gamborg har taget mål til strømperne.

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST • FOTO: SIMON KNUDSEN

Det er en god idé at tage et forebyggende hvil før en nattevagt. Det fremgår af danske og internationale forskningsstudier om søvn og arbejdstidssystemer, som Dansk Sygeplejeråd har gennemgået. Studierne viser bl.a., at når man reducerer antallet af sammenhængende vågne timer, øger man samtidig sin årvågenhed og præstationsevne.

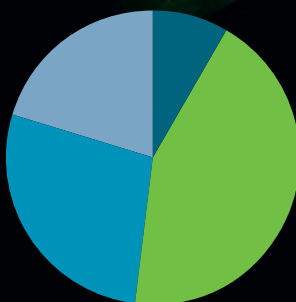
Den lille lur på nattevagten – powernap – er efterhånden udbredt blandt danske sygeplejersker. Nye tal fra 2007 viser, at lidt over halvdelen af alle nattevagter powernapper hver nat eller i hvert fald de fleste nætter. Kun hver femte har aldrig mulighed for at sove.

Tallene stammer fra en stor spørgeskemaundersøgelse blandt 6.000 medlemmer af Dansk Sygeplejeråd. Den indgår i den løbende kortlægning af sygeplejerskers arbejdsmiljø, trivsel og helbred (SATH).

# EN LILLE LUR SKÆRPER DIN

## SÅ TIT HAR NATTEVAGTER MULIGHED FOR EN POWERNAP

■ Hver nat	8,4 pct.
■ De fleste nætter	43,8 pct.
■ Kun få nætter	27,6 pct.
■ Aldrig	20,2 pct.




Kilde: Sygeplejerskers arbejdsmiljø, trivsel og helbred (SATH) 2007.

### ))) LÆG STRATEGIEN FOR DIN POWERNAPPING

- En powernap skal være kort, ca. 20 min., så du ikke falder i dyb søvn.
- Find et passende tidspunkt, for din indre døgnrytme påvirker, om du kan sove. Det bedste tidspunkt under vagten er mellem kl. 3 og 6.
- Vær opmærksom på, at selv efter 15-20 min. vil du opleve søvnninerti og have svært ved at vågne. Lav evt. lidt gymnastik for at få gang i muskler og blodomløb, det hjælper på døsigheden.
- Rummet, du hviler dig i, skal være komfortabelt, mørkt og uden støj.
- Sov ikke i arbejdstiden som erstatning for din søvn derhjemme. Powernapping fungerer bedst, når den er ekstra sovetid.

Læs mere om søvn og powernapping i rapporten "Søvn og powernapping ved vagtarbejde" og pjecen "Gode råd til nattevagten om søvn og powernapping" på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) under "arbejdsmiljø".

# PRÆSTATION



De 29 minutters hvilepause i fysioterapirummet betyder, at nattevagterne på Frederiksberg Hospitals akutmedicinske modtageafsnit, AMA, nu kan klare fire nattevagter i træk pr. måned mod før to gange to vagter. Når man samler flere vagter i træk, får man færre skift i døgnrytmen.

## TING, SOM ER VIGTIGE FOR MIG

1. Jeg har spillet guitar, siden jeg var 10 år. Nu bruger jeg den, når vi er nogle stykker sammen. Jeg spiller klassisk musik og populære numre som *Kim Larsen* og *Beatles*. Ofte er det bare for min egen fornøjelse.
2. Da jeg blev gift med min mand i 2003, fik jeg halskæden i gengave. Det er et vigtigt personligt minde.
3. Kemo Casper er den bamse, vi udleverer til kræftramte familier med mindre børn. Vi har også en lille bog om Kemo Casper, som på en god måde fortæller, hvad der sker i kroppen.
4. Fra jeg var ganske lille, har jeg været fascineret af min mormors morkastel med den lille kande og de små kopper. Jeg arvede det, da hun døde. Det står altid fremme i min reol og minder mig om hende.
5. Jeg løber en eller to gange om ugen ca. 5 km for at holde mig i form, det er ikke mindst vigtigt med den alder, jeg nu er i. Endnu har jeg ikke været med i noget løb. Men på mit arbejde forsøger de at presse mig til det, så nu må vi se.
6. Min cykel er ikke ny og smart, men den er utrolig vigtig for mig. Min mand bruger vores bil, så jeg cykler overalt til arbejde, og når jeg skal handle. Man slipper for parkeringsproblemer, og man får frisk luft.
7. Jeg elsker at læse og især gode krimier. Lige nu er jeg i gang med "Mænd der hader kvinder" af *Stieg Larsson*. Jeg fik krimi-trilogien i julegave.



# En god snak forebygger angst

AF SUSANNE BLOCH KJELSDEN, JOURNALIST • FOTO: ALEX TRAN

Sygeplejerske på Onkologisk Afdeling R2 på Odense Universitetshospital *Hanne Boe Sørensen* er 43 år og uddannet på Odense Sygeplejerskole i 1993. R2 har patienter, der er indlagt med underlivs-, mave-, tarm- og testikelkræft og hjernetumorer, foruden patienter, som kommer for at få kemoterapi og kun er i afdelingen én dag.

For syv år siden tog *Hanne Boe Sørensen* springet fra en karkirurgisk til den onkologiske afdeling. Hun er en af afdelingens 10 ressourcepersoner for børn med kræftramte forældre med særlig viden om, hvordan man bedst vejleder forældrene i at tale med deres børn om sygdommen. Funktionen som ressourceperson er kun en lille del af hendes job, men en del, som hun er særlig glad for.

Familie: Bor i Odense med sin mand *Tommy* og sine to børn *Ama-lie*, 10 og *Mikkel*, 13.

## Min funktion

Det er ressourcepersonernes opgave at introducere nye kolleger til at vejlede forældrene i, hvordan de taler med deres børn om sygdommen, og det er os, som opdaterer informationsmaterialet og vores tjekliste, som vi bruger, når vi taler med en ny patient.

Vi spørger bl.a. til børnenes alder, og om skolen og institutionerne er underrettede om sygdommen. Om der er andre ressourcepersoner, som børnene kan trække på, når forælderen er indlagt eller er dårlig.

I palliationsforløbene er det mere alvorlige emner, vi taler om. Det er ikke os, der taler med børnene, for vi er ikke terapeuter, men vi vejleder forældrene i selv at tale med deres børn om sygdommen og behandlingen ud fra den tanke, at det er bedre at vide end ikke at vide. Vi kan henvise til afdelingens psykolog, hvis forældrene ønsker det.

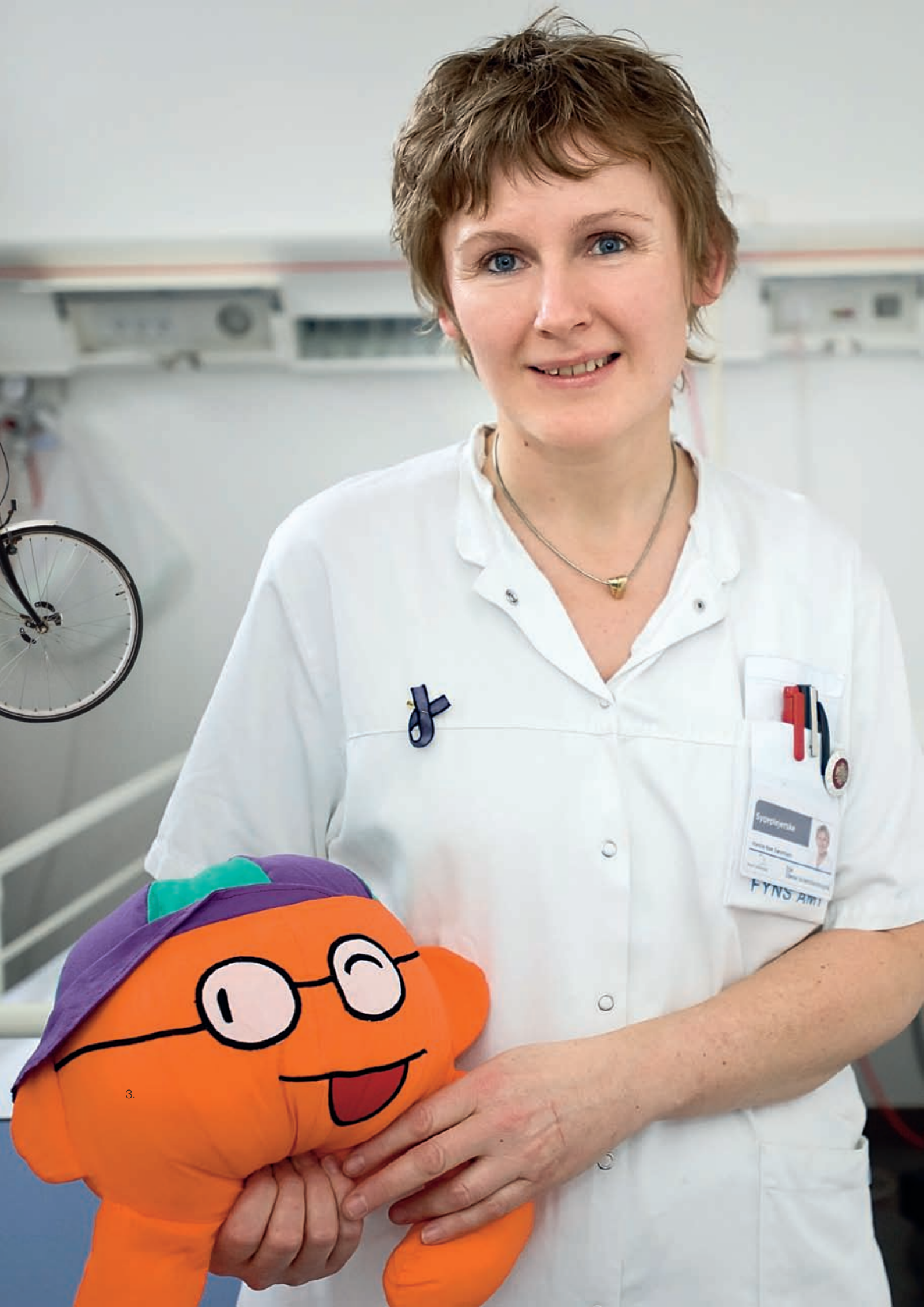
Vi møder børnene, når de kommer i afdelingen på besøg, og det er vigtigt, at de føler sig trygge og velkomne. De må gerne være på gangen, og de må gerne komme og snakke med os. Vi har indrettet afdelingen med mange aktiviteter for børn.

## Lige nu

Nogle af de vigtigste elementer i mit arbejde er kommunikation og psykisk pleje af patienterne. Jeg kan lide at hjælpe patienterne med at leve med deres sygdom og give dem redskaber til, hvordan de kommer videre.

## Om fem år

Jeg kunne godt tænke mig at blive kompetent til at tale med børn i sorg og krise, men det kræver en længere terapeutisk uddannelse, og jeg ved ikke, hvor realistisk det er. Den nye specialuddannelse for erfarne onkologiske sygeplejersker kunne jeg også godt tænke mig at tage.





februar

25.: Politiske forhandlinger mellem SHK og DR  
 27.: Forhandlinger mellem SHK og KL  
 29.: Frist for afslutning af forhandlinger med DR og KL

marts

**Medio marts:** Urafstemningsmateriale udsendes samt afholdelse af urafstemning  
 Eventuel varsling og iværksættelse af konflikt

april

1.: Opnåelse af forhandlingsresultat eller  
 1.: Start af konflikt i tilfælde af forhandlingsammenbrud. I tilfælde af forhandlingsammenbrud kan Forligsinstitutionen overtage ledelsen af fortsatte forhandlinger og eventuelt udsætte varslet konflikt i op til to gange 14 dage

# Nye delforlig mellem Sundhedskartellet og arbejdsgiverne

**Børn og pension.** Forhandlingerne mellem Sundhedskartellet og henholdsvis Danske Regioner og Kommunernes Landsforening førte den 4. og 5. februar 2008 til indgåelse af delforlig om kompetenceudvikling og barsel. Med KL blev der ved samme lejlighed indgået forlig om seniorinitiativer.

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR

Delforligene mellem Sundhedskartellet, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening indebærer, at alle ansatte fremover har ret til en årlig medarbejderudviklingssamtale om kompetenceudvikling, og at delforliget indebærer muligheder for kompetenceudvikling, der ligger ud over de muligheder, der eksisterer i dag. Sundhedskartellet og Danske Regioner har aftalt, at midlerne fra trepartsaftalen til kompetenceudvikling skal bruges til kompetencegivende efter- og videreuddannelse, der supplerer den aktivitet, der i forvejen finder sted i regionerne. Samlet udgør disse midler 118 mio. kr. til fordeling mellem de fem regioner. I hver region etableres en bestyrelse med repræsentation fra Sundhedskartellet, FTF-K og arbejdsgiverne, som efter an-

søgning uddeler midler til efter- og videreuddannelsesforløb. Sundhedskartellet's krav om mere barselsorlov til mænd bliver opfyldt med at øremærke seks uger med løn til faderen. De seks uger bortfalder, hvis de ikke holdes. Hensigten med aftalen er at tilskynde fædre til at holde mere barselsorlov. Ændringerne medfører for moderen, at hun får mulighed for at holde 12 ugers orlov med løn. Det er to uger mere end i dag. Ændringerne gælder også for adoptanter og får virkning for fødsler efter den 1. april 2008. Forbedringerne for seniorer på det kommunale område betyder, at alle medarbejdere får ret til seniorordage, når de fylder 60 år. En medarbejder har ret til to dage som 60-årig, tre dage som 61-årig og fire dage fra og med det år, hvor medarbejderen fylder 62 år. Medarbejderen har ret til at konvertere sine seniorordage til bonus eller pension. Aftalen på seniorområdet indebærer desuden, at der i hver kommune udpeges en bestyrelse, hvor parterne

råder over en pulje, der skal bidrage til at fastholde seniorer. Der afsættes 29,5 mio. kr. hvert år i perioden 2009-2011 for kommunerne under ét. Sundhedskartellet's formand, *Connie Kruckow*, understreger den personalepolitiske betydning af delforliget om kompetenceudvikling, barsel og seniorpolitik:

”Sundhedskartellet og KL er enige om, at rekruttering og fastholdelse er den helt store udfordring for sundhedsvæsenet i de kommende år. Derfor er det positivt, at delforliget om kompetenceudvikling, forlænget barsel og seniorpolitik peger i den retning. På seniorområdet har det været afgørende for Sundhedskartellet, at medlemmerne har retten til selv at vælge mellem frihed, pension eller bonus.”

Delforligene, som er godkendt af Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse, er indgået under forudsætning af, at der opnås et samlet tilfredsstillende forhandlingsresultat.

*sp@dsr.dk*

## Vidste du at ...

... flertallet af sygeplejersker er tilfredse med Dansk Sygeplejeråds optræden i medierne i forbindelse med OK 08? 53 pct. af medlemmerne af Dansk Sygeplejeråd er tilfredse eller meget tilfredse med Dansk Sygeplejeråds indsats for at sætte sygeplejerskernes interesser på dagsordenen. Andre 19 pct. angiver hverken eller, mens de resterende 27 pct. er utilfredse eller meget utilfredse. Det viser en undersøgelse foretaget af Analyse Danmark for Ugebrevet A4.

Kilde: Ugebrevet A4 den 11. februar 2008.



# Delforlig om trivsel og seniorpolitik

”Indflydelse på egne arbejdsforhold, herunder arbejdstidstilrettelæggelse, planlægning og udførelse af arbejdsopgaverne samt sammenhæng mellem krav og ressourcer, er temaer, der bør lægges vægt på, så vidt det er muligt,” hedder det bl.a. i protokollatet, der blev underskrevet af Danske Regioner og Sundhedskartellet i forbindelse med indgåelsen af delforliget den 14. februar 2008.

Samme protokollat fastslår, at ledelsen så vidt muligt bør tilgodese medarbejdernes individuelle forhold og ønsker ved planlægningen af arbejdstid, og at natarbejde bør begrænses mest muligt.

Sundhedskartellets formand, *Connie Kruckow*, er tilfreds med aftalen:

”Hvis det offentlige sundhedsvæsen skal kunne rekruttere og fastholde medarbejdere i fremtiden, er det helt afgørende, at medarbejderne får øget indflydelse på tilrettelæggelsen af arbejdsopgaver og planlægningen af arbejdstid. Det har de på de private arbejdspladser, som vinder stadig mere frem,” siger formanden.

Delforliget mellem regionerne og Sundhedskartellet omfatter desuden en senioraftale, der indebærer, at alle ansatte i kalenderåret efter det år, de fylder 60 år, har ret til en bonus på 2 pct., som kan konverteres til to seniordage og bonus på 1,2 pct. Et år senere har medarbejderen ret til en bonus på 2,3 pct., som kan ”veksles” til tre seniordage og en bonus på 1,1 pct. I kalenderåret efter det fyldte 62. år eller derover har de ansatte ret til en bonus på 2,7 pct., som kan konverteres til fire seniordage og bonus på 1,1 pct. Vælger medarbejderen at konvertere hele sin bonus til pension, stiger bonusprocenten med 0,1 pct. De aftalte seniorrettigheder finansieres af midlerne fra trepartsaftalerne. Midlerne er tidsbegrænsede med sidste udbetaling i januar 2011.

(sp)

## Mørkemændene sætter alle sejl for at dæmpe forventningerne

Regeringen har taget det tunge skyts i brug for at dæmpe sygeplejerskernes lønforventninger. Bl.a. har en lang række økonomer fra det private erhvervsliv og bankerne tilsluttet sig regeringens skræmmekampagne.

Senest har nationalbankdirektøren blandet sig i debatten med en advarsel om, at den største udfordring for dansk økonomi i øjeblikket er store lønstigninger. Lønstigninger kan skade vores konkurrenceevne på et senere tidspunkt, mener han. Dermed forsøger regeringen og nationalbankdirektøren endnu en gang at lægge ansvaret for samfundsøkonomien over på arbejdsmarkedets parter.

Der er faktisk ikke noget nyt i den sang. Vi har hørt samme sang utallige gange gennem de seneste mange år – og pudsigt nok altid med fornyet styrke, når vi i det offentlige skal forhandle overenskomst.

Men hvordan kan det være, at sygeplejersker altid skal være ansvarlige, samtidig med at de privatansatte med mellemlang videregående uddannelse langsomt, men sikkert har fået en løn, der ligger 27 pct. over vores?

Er det i virkeligheden ikke bare et udtryk for de økonomiske mørkemænds overbevisning om, at det er i orden, at man skruer lønnen i vejret i det private, når man skal rekruttere og fastholde. Men når det handler om at rekruttere til sundhed og velfærd, så vil man ikke betale prisen?

Heldigvis kan vi glæde os over, at der er stor forståelse i befolkningen for vores krav, og at danskerne gerne vil investere i deres sundhedsvæsen. Undersøgelser peger bl.a. på, at der er stor opbakning til vores lønkrav. Og ifølge den seneste meningsmåling vil to ud af tre danskere sympatisere med de offentligt ansatte, hvis lønforhandlingerne skulle ende i strejke.

Nu er det jo i sidste ende borgerne, der bestemmer i Danmark – ikke de økonomiske mørkemænd. Derfor synes jeg ærlig talt også, at regeringen burde lytte til borgerne og sygeplejerskerne og sikre, at sygeplejerskerne får en markant bedre løn.



*Connie Kruckow*

Connie Kruckow, formand for Dansk Sygeplejeråd

# Danmark belønner uddannelse dårligt

**Kedelig rekord.** Målt i lønkroner er Danmark det OECD-land, hvor uddannelse betaler sig mindst, især hvis man går efter en karriere i den offentlige sektor. Danmark er dårlig til at skabe økonomiske incitamentter til at læse videre, mener professor.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST

Det betaler sig som bekendt at uddanne sig, men ikke rigtigt i Danmark og slet ikke, hvis du vælger at uddanne dig til et job i den offentlige sektor. Det viser tal fra den økonomiske samarbejdsorganisation OECD og Danmarks Statistik, som netop er blevet offentliggjort i FTF's magasin Resonans.

Af de i alt 30 OECD-lande er Danmark det land, der generelt belønner dem, der læser videre, allerdårligst. Her giver fire-fem år mere på uddannelsesbænken kun 26 pct. mere i løn, end hvis du tog et arbejde efter din ungdomsuddannelse. I Norge giver det samme uddannelsesryk 36 pct. mere i løn, i Finland 49 pct., mens man i lande som Tjekkiet og Ungarn får hele 81 pct. og 115 pct. mere i løn, hvis man tager en kort, mellem-lang eller videregående uddannelse oven i ungdomsuddannelsen. OECD-tallene er ud-

regnet som gennemsnitstal for alle 25-64-årige i landene.

Danmark er altså dårlig til at skabe økonomiske incitamentter til at læse videre, mener professor *Helena Skyt Nielsen* fra Institut for Økonomi på Aarhus Universitet.

”Man får ikke så meget ud af at uddanne sig i Danmark,” siger hun til Resonans, men understreger samtidig, at tallene dækker over store forskelle på tværs af uddannelser, hvor især de humanistiske lange videregående uddannelser og de mellem-lange videregående uddannelser giver et meget lavt afkast.

## Offentlig sektor dårligst

Der er dog også stor forskel på, hvordan den offentlige og private sektor i Danmark belønner uddannelse. Og her viser tal fra Dan-

marks Statistiks strukturstatistik (se tabel), at uddannelseskrafterne bruges bedst, hvis man går efter en karriere i det private erhvervsliv. For hver gang en medarbejder med en mellem-lang videregående uddannelse tjener 100 kr. i den private sektor, må en medarbejder med en tilsvarende uddannelse i den kommunale/regionale eller statslige sektor som sygeplejerske nøjes med hhv. 65 og 85 kr. Resonans' tal læner sig tæt op ad de løntal, Sundhedskartellet tidligere har indhentet fra Danmarks Statistiks statistikbank 2006 for private, stat og kommuner i forbindelse med overenskomstforhandlingerne (se bl.a. *Sygeplejersken* nr. 2/2008). De viser, at en offentligt ansat med mellem-lang videregående uddannelse kun tjener 73 kr., hver gang en privatansat med tilsvarende uddannelse tjener 100 kr.

”Sygeplejerskerne hører til blandt de grupper, der har det allerstørste lønefterslæb. Det burde virkelig få alarmklokkerne til at ringe hos arbejdsgiverne og i Folketinget. Der er en massiv mangel på sygeplejersker, som går ud over patienternes sundhed og sikkerhed. Derfor skal alle sejl sættes til for at rekruttere og fastholde sygeplejerskerne. Markant bedre løn er helt afgørende,” siger Dansk Sygeplejeråds formand, *Connie Kruckow*.

## Højere løn – flere sygeplejersker

Helena Skyt Nielsen er ikke i tvivl om, at flere ville ønske sig at arbejde som sygeplejerske eller lærer, hvis afkastet af uddannelsen var højere. Hun mener dog også, at de unges fravalg af disse uddannelser skyldes, at de ikke-pengemæssige faktorer devalueres i disse år i takt med den megen negative omtale af professionerne. Sammen med den massive omtale af lønniveauet i den offentlige sektor frygter professoren, at det kan blive endnu sværere at rekruttere nye, unge medarbejdere til den offentlige sektor, selvom hun fremhæver den offentlige sektors mange fordele som bl.a. fuld løn under barsel for både mænd og kvinder, omsorgsdage og betalt frokostpause.

Til det siger Connie Kruckow:

”Det er blevet en myte, at der er flere bløde goder i den offentlige sektor. En lang række privatansatte har også betalt frokostpause og seks ugers ferie. Dertil kommer en stribe personalegoder, f.eks. medarbejderaktier, som de offentligt ansatte ikke har adgang til. Derfor holder den forklaring ikke.”

cso@dsr.dk

### SEKTORERNE EFTER UDDANNELSE I FORHOLD TIL DEN PRIVATE SEKTOR

Indeks med den private sektor = 100

	Private sektor	Kommunale/regionale sektor	Statslige sektor
I alt	100	81	105
Grundskole	100	86	109
Almene gymnasiale uddannelser	100	76	103
Erhvervsgymnasiale uddannelser	100	80	99
Erhvervsuddannelser	100	75	94
Korte videregående uddannelser	100	73	90
Mellemlange videregående uddannelser	100	65	85
Bachelor	100	69	86
Lange videregående uddannelser	100	80	89
Forskeruddannelser	100	81	80

Kilde: Danmarks Statistik, strukturstatistik/Resonans.

# Danskerne støtter lønkrav

Den 4. februar 2008 offentliggjorde Magasinet Penge på DR 1 en meningsmåling fra analyseinstituttet Capacent Epinion, der viser, at et stort flertal af danskerne (64 pct.) mener, at de offentlige lønninger halter efter de private. Kun omkring 20 pct. mener, at de offentligt ansatte ikke er lavtlønnet i forhold til privatansatte. I den forbindelse udtalte formand for Dansk Sygeplejeråd *Connie Krucow* til Magasinet Penge:

”Vi har en meget stor opbakning i befolkningen. Den passer vi rigtig godt på, og den er vi meget ydmyge over for. Men den er også meget værd i en forhandling”

Greens Analyseinstitut har for dagbladet Børsen også undersøgt danskernes holdning til løn. De har spurgt danskerne, om de mener, at særlige grupper blandt de offentligt

ansatte bør have større lønstigninger end andre. Her siger knap 62 pct. ja, og blandt disse 62 pct. peger klart flest på, at sosu-assistenterne skal have en særlig høj lønstigning. Derefter kommer sygeplejerskerne.

(cso)

”En meget stor del af udgifterne på finansloven udgøres af lønninger til offentligt ansatte, og udmeldingerne i forbindelse med finanslovsforslaget skal nok også ses som en del af spillet omkring de igangværende overenskomster på det offentlige område.”

Analytiker *Bjarke Roed-Frederiksen*, Nordea, i en kommentar til regeringens finanslovsforslag den 5. februar 2008 til Ritzau.

## Forståelse for konflikt

Skulle overenskomstforhandlingerne ende i konflikt, har befolkningen også forståelse for det. En analyse fra Capacent Epinion, for Magasinet Penge på DR1, viser, at 67 pct. af

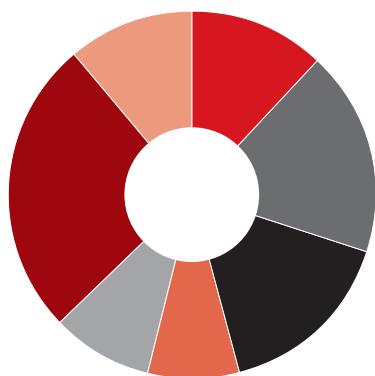
danskerne finder det rimeligt, at offentligt ansatte strejker for at få deres lønkrav igenem – kun 27 pct. siger nej. De tal bakkes op af en meningsmåling fra Analyseinstituttet

Vilstrup i Ugebrevet Mandag Morgen den 7. januar 2008, som viser, at 68 pct. af danskerne mener, at de offentligt ansatte er i deres gode ret til at strejke for at opnå deres krav, mens de resterende 32 pct. mener, det er en forældet måde at løse overenskomstkonflikter på. 56 pct. af de adspurgte svarer desuden, at det enten er ”acceptabelt” eller ”helt acceptabelt”, hvis sundhedspersonalet vælger at strejke. Samme meningsmåling viser også, at danskerne er klar til en lang storkonflikt. Først efter tre uger mener flertallet – 54 pct. – at Folketinget skal gribe ind, mens flere end hver tredje dansker er parat til enten at fortsætte en storkonflikt eller slet ikke ønsker noget indgreb fra Folketingets side overhovedet (se boks). Onsdag den 13. februar 2008 viser en ny meningsmåling, som Greens Analyseinstitut har lavet for dagbladet Børsen, at knap 45 pct. af de adspurgte siger, at en strejke hos de offentligt ansatte ”i høj grad” vil have deres opbakning. 19 pct. bakker op ”i nogen grad”. Modsat siger 19,5 pct., at en strejke blandt de offentligt ansatte ”slet ikke” har deres opbakning, mens knap 12 pct. bakker op ”i mindre grad”.

(cso)

### »»» FINGRENE VÆK, CHRISTIANSBORG!

”Hvis der kommer en storkonflikt på det offentlige arbejdsmarked, hvor lang tid skal Folketinget så vente med et lovindgreb, der ophæver strejkerne?”



I alt 35 pct. af befolkningen vil enten have politikerne til at blande sig uden om en konflikt eller i hvert fald vente længere end tre uger med et indgreb.

Kilde: Analyseinstituttet Vilstrup/Ugebrevet Mandag Morgen.

# Sygeplejersker og sosu-assistenters må strejke alene

**Ny kvindekamp?** Ifølge Ugebrevet Mandag Morgen kommer sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter med stor sandsynlighed til at strejke alene. Og nok uden stor gevinst i lønposen.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST

Selvom risikoen for en lammende storkonflikt på hele det offentlige område er aftaget kraftigt, i takt med at overenskomstparterne har indgået en række delforlig, er der stadig stor sandsynlighed for, at foråret vil byde på strejkende sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Det skriver Mandag Morgen i en analyse den 4. februar 2008. De fleste kilder i analysen spår, at især FOA og Sundhedskartellet står så stejlt på deres lønkrav, at risikoen for en konflikt stadig er meget stor.

Analysen påpeger, at FOA langt fra er tilfreds med forhandlingerne indtil nu, og de fleste kilder mener, at det højst sandsynligt

vil ende med, at FOAs formand *Dennis Kristensen* springer ud af KTO-familien og lader de andre forbund sige ja til en aftale. Det betyder, at han skal i Forligsinstitutionen og muligvis køre en konflikt alene uden de andre KTO-forbund.

Kilderne vurderer, at konfliktrisikoen er høj for FOA, men endnu højere for Sundhedskartellet. Mens arbejdsgiverne gerne vil have de ansatte til at lægge flere arbejdstimer på sygehusene og gøre det mere attraktivt at arbejde på skæve tidspunkter, er Sundhedskartellets hovedkrav som bekendt højere løn, og det er tvivlsomt, om det trods delforlig lykkes par-

terne at lande en aftale, der tilfredsstiller sygeplejerskernes store forventninger. Ender FOA og Sundhedskartellet i konflikt alene, vil de kunne ramme landet på sårbare velfærdsområder som sygehuse og ældrepleje. Da sygeplejerskerne konfliktede i 1995 og 1999, blev konflikterne begge gange stoppet af et politisk indgreb fra Folketinget, og historien viser, at det er svært for Folketinget at lave et indgreb, der giver flere lønkroner til dem, der går i konflikt, mens de forbund, der har indgået forlig, ikke får en krone ekstra. Derfor spekulerer Mandag Morgens kilder også i alternative løsninger som en særlig lønkommission, som både FTF og sygeplejerskerne har talt varmt for, mens FOA har været mere negativ. En lønkommission vil kunne blive fulgt op af en økonomisk pulje, som kan blive fordelt midt i overenskomstperioden, når kommissionen har afsluttet sit arbejde og peget på eventuelle skævheder mellem faggrupper og områder med særlige rekrutteringsproblemer.

*cso@dsr.dk*

**"Regeringens stramninger er primært symbolske. Først og fremmest skal de ses som signalpolitik forud for afslutningen på de offentlige overenskomstforhandlinger."**

*Jacob Graven, cheføkonom i Sydbank, til Ritzau den 5. februar 2008 i en kommentar til regeringens finanslovsforslag, som bl.a. indeholder tiltag, der med regeringens egne ord skal sætte farten ned i dansk økonomi.*

**Lønaktion.** "Vi vil gerne være fremtiden – men ikke for enhver pris!" Det er rush-hour på Nørreport station den 14. februar 2008, og klokken er 16.32. Ordene kommer fra næstformand i SLS, Mads Dippel Rasmussen (tv). Han har sammen med sin kollega og formand Kirsten Salling Rasmussen valgt at trodse kulde og frost på en ellers smuk og solrig vintereftermiddag for at gøre travle byboere opmærksom på kravene i forbindelse med overenskomstforhandlingerne.

(snp)



# Lønstigninger gik ikke ud over naboerne

**Lønposen.** Det er gået godt med at skaffe sygeplejersker i Ishøj Kommune, efter man sidste år gav sygeplejerskerne op til 50.000 kr. mere i løn årligt. Men det er ikke nabokommunerne, der har mistet sygeplejersker på den konto, lyder det fra dem.

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST

Det vakte opsigt i sensommeren 2007, da Ishøj Kommune indgik en aftale med Dansk Sygeplejeråds amtskreds i København, om at hjemmesygeplejerskerne fik op til 50.000 kr. mere i løn årligt. Også i nabokommunerne, hvor konkurrencen om sygeplejerskerne efter alt at dømme ville blive meget hårdere.

Men selv om Ishøj Kommune i dag ikke har en eneste ledig sygeplejerskestilling, oplever hjemmeplejen i de tilstødende kommuner ingen medarbejderflugt.

"Vi har ikke mistet nogen sygeplejersker til Ishøj Kommune," siger *Lene Brangstrup*, daglig leder for sygeplejerskerne i

hjemmeplejen i nabokommunen Høje-Taastrup, og tilføjer: "Kroner og øre betyder meget, men et godt arbejdsmiljø, faglig sparring og udvikling og god ledelse er også meget vigtigt for sygeplejersker."

Det er *Joan Andersen*, der er sygeplejerske og leder af hjemmeplejen i Ishøj Kommune, enig i.

"For sygeplejerskerne i Ishøj har lønstigningen betydet rigtig meget i form af anerkendelse fra politisk side om, at sygeplejerskerne gør en stor forskel," siger Joan Andersen og tilføjer: "Det viser, at arbejdet er værdsat, og det betyder rigtig meget."

De nye sygeplejersker, der er blevet an-

sat i Ishøj, kommer fra forskellige kommuner på Sjælland, bl.a. fra hovedstadsområdet, Køge og Lyngby. Ifølge *Sygeplejerskens* oplysninger kommer der ikke nogen fra nabokommunerne Vallensbæk, Greve eller Høje-Taastrup.

kbc@dssr.dk



## Kompetenceudvikling

Giv dig selv og din familie en oplevelse der varer hele livet

Grønland er **meget mere** end is, sne, kulde og mørke. Det er også karriere, **videreuddannelse**, kompetenceudvikling, venskaber og en fritid, som byder på en masse **oplevelser**, du ikke får noget andet sted. Fang en fisk, pluk bær (eller en blomst) i fjeldet, gå en tur, hør elven bruse eller bækken risle. Se de majestætiske isfjelde glide langsomt forbi - eller **pukkelhvalen** der løfter halen inden et af de dybe dyk. Få både faglig og personlig **udvikling** oven i alle de store oplevelser. Måske kan du endda også få et helt nyt syn på **livet**. OK, det er selvfølgelig ikke smukt og kun rosenrødt. Der er også en reel fare for, at du får Grønland i blodet og vælger at blive. Eller at vende tilbage igen og igen.

Se mere om dine muligheder i Grønland på [www.nextjobgreenland.gl](http://www.nextjobgreenland.gl) - det koster ikke noget at kigge ...



Det grønlandske sundhedsvæsen udgøres af Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk og af de lokale sygehuse, sundhedcentre, tandklinikker og sygeplejestationer i byerne og bygderne langs kysten. I alt beskæftiges ca. 1.400 medarbejdere i sundhedsvæsenet. Se mere om dine muligheder på [www.nextjobgreenland.gl](http://www.nextjobgreenland.gl)

## Sundhedstilbud til alle børn

Statens Institut for Folkesundhed har i en ny rapport om befolkningens sundhedstilstand og sygelighed i Danmark konkluderet, at antallet af voksne med en langvarig sygdom vil stige til to millioner i 2020. Samtidig har mange børn en bekymrende sundhedstilstand, og ca. hvert tiende barn lever i dag med kronisk sygdom.

Derfor har det været uforståeligt, at der gennem en årrække har været 20 pct. af alle danske skolebørn, der aldrig har fået de lovpligtige forebyggende helbredsundersøgelser i folkeskolen, som de har ret til. Særligt når den eneste begrundelse har været, at der ikke er læger nok i kommunerne.

Det er derfor meget positivt, at regeringen omsider har sendt forslag til ændring af sundhedsloven i høring. Lovforslaget ophæver kravet om, at helbredsundersøgelsen skal ske ved en læge, og gør det muligt for kommunerne, at sundhedsplejerskerne fremover udfører undersøgelsen.

Dermed fjerner regeringen en meget væsentlig barriere for, at kommunerne kan tilrettelægge sammenhængende sundhedsfremme og forebyggelsestilbud til børn og unge.

Erfaringerne fra de kommuner, der allerede har brugt sundhedsplejerskerne til helbredsundersøgelserne, er gode. Faktisk gør sundhedsplejerskerne arbejdet lige så godt som kommunallægen, og forældre og børn er meget trygge ved det tilbud, de får.

Regeringen sender med andre ord et rigtig godt signal til børnene og forældrene. Men det er også et godt signal, regeringen sender til sundhedsplejerskerne. Et signal om, at når man har en uddannelse på et højt niveau, så er det oplagt, man får mulighed for at bruge sine kompetencer.

I Dansk Sygeplejeråd er vi meget enige i dette signal. Det er opgaverne og ikke fagrænser, der skal styre udviklingen af sundhedsvæsenet. Men det skal også understreges, at det ikke skal ske gennem tilfældig delegation eller via knop-skydning i sundhedsvæsenet. I stedet er det langt mere konstruktivt, at man formelt gennem lovgivningen giver sundhedsplejerskerne mulighed for at løse opgaverne.

Samtidig er det væsentligt at huske på, at sundhedsplejersker langt fra er de eneste med særlige kompetencer. I sundhedsvæsenet er der en lang række sygeplejersker, der gennem uddannelse og klinisk erfaring har opnået kompetencer på specialisniveaue. De bør naturligvis også gennem klare og formaliserede rammer få mulighed for at udnytte deres kompetencer. Det kan ske ved at udvide autorisationsloven, så sygeplejersker på et højt specialisniveaue – f.eks. kliniske ekspertsygeplejersker – kan få et særligt virksomhedsområde.

Kliniske ekspertsygeplejersker vil – ligesom sundhedsplejerskerne – være en stor hjælp for kommunerne, når de skal sikre gode sundhedstilbud over for de kronisk syge, og når kommunerne for alvor skal i gang med at planlægge arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse.

**"Faktisk gør sundhedsplejerskerne arbejdet lige så godt som kommunallægen, og forældre og børn er meget trygge ved det tilbud, de får."**




*Connie Kruckow*

Connie Kruckow, formand

## Stå sammen

Af Tina K. Larsen, sygeplejerske

 Jeg er uddannet for et år siden og har i det år, jeg har arbejdet som sygeplejerske kun oplevet, hvordan manglende personale og manglende ressourcer har en stor indvirkning på afdelingernes hverdag.

Der er ingen tvivl om, at der må gøres noget nu. Både for de allerede eksisterende ansatte i sundhedssektoren og i forsøget på at hverve nye til uddannelserne. Her er tale om bl.a. højere lønninger, bedre arbejdsvilkår og bedre nomineringer. Alt sammen ting, der er med til at fremme interessen for at forblive i faget og for tiltrækningskraften for nye ansigter.

Jeg kan kun opfordre til sammenhold, nu hvor vi i 2008 er i gang med overenskomsterne. Men det er jo ikke kun faggruppen sygeplejersker, som skal ud og forhandle løn, også læger og sosu-assistenten står i samme situation.

Jeg kan kun sige – som en del af den hverdag, der foregår på sygehusene – så er vi alle lige nødvendige. Vi har alle faggrupper en lige vigtig del i behandlingen og omsorgen for de syge og gamle i dette samfund. Derfor opfordrer jeg også til, at vi skal stå sammen i lønforhandlingerne. Vi er alle, mand/kvinde, lige ringe stillede i forhold til bl.a. privatansatte og dem i andre fag med lige så lange uddannelser.

Vi er i samme båd, vi skal alle ud og overbevise vores fælles arbejdsgivere om, at vi er nødvendige og en del mere værd, end hvad der nu gives for os.

Derfor bør læger, sygeplejersker og sosu-assistenten stå sammen i et fælles krav om en fælles lønstigning. Dette vil give et større indtryk, at alle kan stå sammen. Vi er kollegaer i hverdagen og sam-

arbejder om opgaverne rundt om i sundhedssektoren. Så hvorfor ikke samarbejde om en bedre løn og bedre forhold til alle?

Ved fælles kamp kan man også presse arbejdsgiveren til en større forståelse for situationen. Hvis det skulle gå så vidt, vil en fælles kollektiv opsigelse være en mulighed, der jo er set i andre lande – og med god virkning. Alt dette i stedet for at bruge tiden på at bekrige hinanden under overenskomstforhandlingerne og miste chancen for at få en fælles lønstigning og bedret fremtid for os alle.

*Tina K. Larsen er ansat på ortopedkirurgisk afdeling, Sygehus Fyn, Svendborg.*

## Svar

Af Connie Kruckow, formand

Kære *Tina K. Larsen!*

Jeg er helt enig med dig i, at mangel på personale og ressourcer påvirker hverdagen for sygeplejerskerne. Jeg er også helt enig med dig i, at bedre løn og arbejdsvilkår er afgørende for at rekruttere studerende til uddannelsen og fastholde de erfarne i faget.

Du skriver, at det er vigtigt, at Dansk Sygeplejeråd står sammen med de andre faggrupper i overenskomstforhandlingerne, fordi alle faggrupper har det samme lønefterslæb i forhold til de privatansatte.

Det er ikke rigtigt. For sygeplejerskerne og de andre faggrupper med mellemlange videregående uddannelser, f.eks. fysioterapeuter og bioanalytikere, er lønefterslæbet 27 pct. i forhold til privatansatte med samme uddannelseslængde. Det er mere end de faggrupper, der enten har en kort eller lang videregående uddannelse. ▶

## Ansøgning om optagelse

Ansøgningsfrist: 1. april 2008

Institut for Folkesundhed  
Afdeling for Sygeplejevidenskab  
Aarhus Universitet



Adgangskrav, ansøgningskema og yderligere information om uddannelserne  
[www.sygeplejevid.au.dk](http://www.sygeplejevid.au.dk)

### Kandidatuddannelse i Sygepleje (cand.cur.)

- 2 års fuldtidsstudium med 4 semestre
- Forskningsbaseret undervisning
- Fordybelse i videnskabelige og metodiske færdigheder i sygeplejens teori og praksis
- Adgangsgivende til postgraduat uddannelse – fx ph.d. uddannelse
- SU berettiget

Videreuddannelse  
for sygeplejersker





» Jeg under faggrupperne i sundhedsvæsenet alle de lønforbedringer, de kan forhandle sig frem til. Men Dansk Sygeplejeråd er sat i verden for at varetage sygeplejerskernes interesser, og derfor vil jeg arbejde hårdt for lønforbedringer til sygeplejerskerne og de andre faggrupper i Sundhedskartellet, der er vores forhandlingsfællesskab.

Du fremhæver kollektive opsigelser som et middel til at opnå lønforbedringer.

Dansk Sygeplejeråd har – i modsætning til de finske sygeplejersker – en hovedaftale med arbejdsgiverne, der giver os en række rettigheder ved en eventuel konflikt. Ifølge hovedaftalen er kollektive opsigelser et ulovligt kampskridt, der vil koste organisationen en meget stor bod og få store omkostninger for de enkelte medlemmer.

I stedet skal vi bruge konfliktmidlet, hvis det ikke lykkes at forhandle et tilfredsstillende resultat. Det er et lovligt kampmiddel, og når 75.000 sygeplejersker står sammen med resten af Sundhedskartellet, er vi ikke til at komme udenom.

### » SKRIV KORT

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

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

Der henvises generelt til regler for debat i *Sygeplejersken* på [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk) under "Manuskriptvejledning."

**Debatindlæg sendes til:**

*Sygeplejersken*, Sankt Annæ Plads 30, Postboks 1084, 1008 København K, eller via e-mail til: [redaktionen@dsr.dk](mailto:redaktionen@dsr.dk)



## Åbent hus i Kvæsthuset

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

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

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

Tidspunkterne er:

Tirsdag d.25.3. 2008 kl. 13 – 15 og kl. 14 – 16  
Mandag d.2.6. 2008 kl. 13 – 15 og kl. 14 - 16  
Onsdag d.3.9. 2008 kl. 13 – 15 og kl. 14 - 16  
Tirsdag d. 4.11.2008 kl. 13 – 15 og kl. 14 - 16

Adressen er:

Kvæsthuset, Sankt Annæ Plads 30, 1250 København K.

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



### » HVAD MENER DU

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



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

Er du god nok til at respektere patienternes selvbestemmelse i situationer, hvor de afviser omsorg?

Læs artiklen "Når patienten afviser sygepleje" side 40 i dette nummer af *Sygeplejersken*.

Svar på spørgsmål stillet i *Sygeplejersken* nr. 2/2008:

Har du svært ved at få pengene til at slå til sidst på måneden?

Svar	antal	pct.
Ja	219	74,5
Nej	71	24,1
Ved ikke	4	1,4
<b>I alt</b>	<b>294</b>	<b>100</b>

"Når politikerne siger, vi skal have et sundhedsvæsen i verdensklasse, nytter det ikke at betale en discountløn."



Kredsformand for Dansk Sygeplejeråd i Kreds Syddanmark, *Anni Pilgaard*, i Jydske Vestkysten debat den 7. februar 2008.



## Formandvalg

Ifølge Dansk Sygeplejeråds love § 29 skal der i 2008 afholdes valg af formand. Valgbar til formandsvalget er kongressens medlemmer. Formanden vælges ved urafstemning blandt Dansk Sygeplejeråds stemmeberettigede medlemmer. Det bemærkes, at stemmeberettigede er de, der pr. 30.4.2008 opfylder betingelserne i DSR's love § 4.

Kandidatmeldelse bilagt mindst 25 stillere af og blandt aktive medlemmer skal være Dansk Sygeplejeråd i hænde **senest den 14.3.2008 kl. 15.00.**

Stillerlister vil blive udsendt til kredsene og kan i øvrigt også rekvireres fra Dansk Sygeplejeråds sekretariat.



# SYGEPLEJERSKEN >>> FAG

Alkoholforebyggelse på  
en dermatologisk afdeling >> 46

Dialysepatienter lider  
af kronisk træthed >> 51

Mødet med diagnosen >> 52



## Når patienten afviser sygepleje

>> 40

Fagtanker >> 38

Faglig information >> 38

Testen >> 44

Agenda >> 50

Anmeldelser >> 57

5 faglige minutter >> 60

## »»» FAGTANKER

## Frivillighedens modsætning er tvang

De somatiske sygehuse er hidtil gået ram forbi mediernes skandalehistorier inden for overmedicinering, omsorgssvigt, psykisk og fysisk vold, og man kan fristes til at tro, at etisk og juridisk uforvarsomme handlinger aldrig finder sted inden for de hvidkitlede rammer.

Artiklen "Når patienten afviser sygepleje" side 40 peger imidlertid på, at også inden for den somatiske sygepleje er grænsen mellem omsorgspligt og overgreb hårfin, hvorfor der er brug for analyse af de situationer, hvor patienten af den ene eller anden grund ikke kan give et klart samtykke til sygeplejen.

Analyserevskaber er den gældende lovgivning og de sygeplejeetiske retningslinjer, hvilket kan opleves overvældende og tidskrævende i en travl hverdag, og vi må håbe, at sygehusejerne afsætter de nødvendige tids- og videnskabelige ressourcer.

Alternativet kan blive medieopblæste skandalehistorier og opskræmte politikere, der forsøger at eliminere de uundgåelige etiske problemstillinger med politisk detaljestyre og kontrolforanstaltninger.



*Evy Ravn*

Evy Ravn,  
sygeplejerske,  
fagredaktør.

# Kompetenceudvikling i kræfpatientens fodspor

AF PIA HOUMARK, SYGEPLEJERSKE, CAND.SCIENT.

**Artiklen henvender sig til sygeplejersker med interesse for rehabilitering. Hovedbudskabet er, at erfaringer fra Dallund rehabiliteringscenter kan hjælpe med at beskrive nødvendige kompetencer for sygeplejersker, der arbejder med kræftrehabilitering. Artiklen udspringer af et projekt udført under sygeplejerskeuddannelsen.**

Dallund rehabiliteringscenter ejes af Kræftens Bekæmpelse, og centerets hovedopgave er at støtte kræfpatienter i at vende tilbage til livet efter endt behandling. Centeret udbyder også kurser for professionelle, og projektet "At træde i kræfpatientens fodspor – om kompetencer til at støtte livsmod i kræftrehabilitering" handler om, på hvilken måde centerets erfaringer bidrager til at beskrive nødvendige kompetencer hos de professionelle, når de skal støtte patienternes livsmod i kræftrehabiliteringen.

Gennem praksisbeskrivelser af situationer fra Dallunds kurser for professionelle analyseres i projektet de tilgange inden for læring, mestring og empowerment, der indgår i centerets tværfaglige indsats, og interviews med centerets sygeplejersker giver et billede af, hvordan kræftrehabilitering på Dallund inkluderer både fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle dimensioner i arbejdet med at støtte patienternes livsmod. Projektets forforståelse bygger på en eksistenspsykologisk tilgang til livsmod af dr.phil., cand.psych. *Bo Jacobsen*.

### Nødvendige kompetencer

Projektets resultater peger på, at sygeplejersker i kræftrehabilitering skal kunne kommunikere på måder, der understøtter kræfpatienter i at sætte ord på deres følelser, deres sygdom og den angst for spredning, som generelt kendetegner kræfpatienters liv.

Sygeplejersker skal have bred faglig viden om behandling og senfølger af kræft og kunne vejlede patienterne i at overkomme træthed og integrere sunde kost- og motionsvaner i hverdagen. De skal have indsigt i sorg- og kriseprocesser og kunne være lyttende og nærværende. Samtidig skal de kunne gribe aktivt ind og støtte patienten i konfrontationen med eksistentielle valg og vilkår i relation til bl.a. familie-, seksual- og arbejdsliv. Endelig skal sygeplejersker kunne facilitere patientens proces i retning af at leve med kræft som en integreret del af livet.

Der er ingen forskrifter for, hvordan professionelle skal gøre det. Tværtimod anbefales det i Kræftplanen (1) og i Hvidbogen om rehabiliteringsbegrebet (2), at indsatsen skal reguleres af rehabiliteringsbegrebets værdier og baseres på patientens hele livssituation. Hvilket stiller store krav til sygeplejerskers faglige viden og ikke mindst indlevelsessevne og etiske kompetence.

Erfaringerne fra Dallunds efteruddannelse

for de professionelle viser bl.a., at disse relationelle og etiske kompetencer kan udvikles ved at give de professionelle mulighed for at træde ind i kræftpatienternes livsverden og følge deres fodspor for en tid – hvilket de professionelle gør gennem en uge på Dallund, hvor de deltagere som kursister side om side med kræftpatienterne. Herved får de professionelle ikke alene faglig viden om, men også personlig indsigt i de følelsesmæssige dimensioner, der knytter sig til at være eksistentielt truet af sygdom. De professionelle får her muligheden for sammen med de kræftramte kursister at arbejde aktivt med egne tanker og følelser i forhold til det at få en kræftdiagnose. Rapporten peger på, at disse personlige oplevelser styrker den nødvendige indlevelsessevne og etiske kompetence i rehabiliteringsarbejdet.

Læs mere om projektet i rapporten "At træde i kræftpatientens fodspor. Om kompetencer til at støtte livsmod i kræftrehabilitering" på [www.dallund.dk](http://www.dallund.dk) > sundhedsprofessionelle.

Rapporten kan også rekvireres ved henvendelse til Pia Houmark.

Pia Houmark er ansat på børneafdeling 1531, Hillerød Hospital;  
houmark@mail.tele.dk

#### Litteratur

1. Sundhedsstyrelsen. Den nationale Kræftplan 2's bilag 10.2. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
2. Rehabiliteringsforum Danmark. Marselisborg Centret m.fl. Rehabilitering i Danmark – Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Århus: Marselisborgcentret; 2004.  
<http://www.marselisborgcentret.dk/fileadmin/filer/hvidbog/hvidbog.pdf>

## Holdninger til pleje

Hughes M. Parents' and nurses' attitudes to family-centered care: An Irish perspective. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16:2341-8.

**R** Formål: At undersøge forældres og sygeplejerskers holdning til familiecentreret pleje, som den blev praktiseret på en børneafdeling på et regionalsygehus.

Metode: Spørgeskemaundersøgelse på en irsk børneafdeling. Et selvudviklet spørgeskema blev fremsendt til forældre og sygeplejersker. Der indgik respondenter fra en afdeling med børn fra 0-1 år og fra en afdeling med børn under 14 år. Spørgeskemaet blev inden udsendelsen testet via en pilottest og forsøgt valideret på anden vis. Svarprocenter var blandt forældre 43 og blandt sygeplejersker 65. Data er opgjort statistisk i programmet SPSS.

Resultater: Resultaterne afslørede ikke stor forskellighed i holdningen til familiecentreret pleje. Både forældre og sygeplejersker anerkendte vigtigheden af det anvendte plejekoncept, men der var divergens i opfattelsen af deres respektive roller.

Bemærkninger: Resultaterne i denne undersøgelse ligger på linje med, hvad andre har beskrevet, nemlig at forældre og personale har forskellige opfattelser af deres roller i forhold til familiecentreret pleje og til det partnerskab, der er nødvendigt for at praktisere konceptet. Artiklen giver gode henvisninger til anden forskning om familiecentreret pleje og vil således være god som udgangspunkt for en diskussion i egen afdeling om, hvordan man selv kan evaluere, hvordan konceptet praktiseres.

Af Preben Ulrich Pedersen, sygeplejerske, ph.d.,

Center for kliniske retningslinjer – nationalt clearinghouse for sygepleje,  
Afdeling for Sygeplejevidenskab;  
[pup@sygeplejevid.au.dk](mailto:pup@sygeplejevid.au.dk)

**OSCAR® NOMINERET 2008**  
BEDSTE DOKUMENTARFILM



A FILM BY  
**MICHAEL MOORE**  
**SICKO**

"Den er et godt input til den danske debat om sundhedsvæsenet"  
Nicole Mönkemöller (Unomedical), Sygeplejersken nr. 18/2007

★★★★★

En rigtig tåreperser, der kaster krammere af sig til dit sygesikringskort"  
Nyhedsavisen

↑↑↑↑↑      ♥♥♥♥♥  
"meningsfyldt underholdning"      "Tankevækkende underholdning"  
Filmland / DR      Politiken



**NU PÅ DVD**

The Weinstein Company      DRIP KØBENHAVN ERVAR SKOLELÆRNE

# Når patienten afviser sygepleje

AF HELLE MATHAR, SYGEPLEJERSKE, CAND.MAG. • FOTO: SIMON KNUDSEN

**Artiklen henviser sig til sygeplejersker med interesse for etiske problemstillinger. Hovedbudskabet er, at det er nødvendigt at definere begrebet autonomi ud fra en juridisk referenceramme for at forstå og acceptere patientens ret til at afvise sygepleje.**

Formålet med denne artikel er at analysere begrebet autonomi i relation til patienters ret til at afvise sygepleje. I en moderne betydning svarer autonomi til selvbestemmelse, en værdi der vægtes højt internationalt og nationalt i lovgivning og etiske retningslinjer for sundhedspersonale (1,2).

Ifølge den danske filosof *Søren Kierkegaard* har mennesket en særlig form for frihed, der gør, at vi ikke er rigtige mennesker, hvis vi ikke udøver selvbestemmelse. Hvis man tager selvbestemmelsen fra os, ødelægger man vores liv (3).

I sundhedsvæsenet er forestillingen, at informeret samtykke skal sikre patientens selvbestemmelse (4). Det er beskrevet i sundhedsloven, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke. Behandling er i samme lovgivning defineret som sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme (2).

Det er almindeligt accepteret hos sundhedspersonale, at patienter har ret til at afvise behandling (5). Imidlertid diskuteres dette sjældent i sygeplejen. Har patienter f.eks. ret til at afvise vending hver anden time for at forebygge decubitus eller ret til at afvise nedre toilette i forbindelse med inkontinens? Er sygepleje i den forbindelse forskellig fra medicinsk behandling? Er omsorgspligt i nogle tilfælde overordnet respekten for patientens autonomi?

## Metode og teoretisk ramme

For at analysere begrebet autonomi i relation til sygepleje startes med en redegørelse for autonomibegrebet. Derefter følger en beskrivelse af to hypotetiske situationer. Afslutningsvis analyseres og diskuteres disse med afsæt i den teoretiske redegørelse og lovgivning. Afklaringen består på den måde i at vurdere en række hypotetiske situationer og begrunde vurderingen. At afklare begrebet autonomi er ensbetydende med at definere udtrykket og vurdere anvendelsen af det i specifikke sygeplejesituationer (6).

Den teoretiske ramme for redegørelsen af begrebet autonomi skabes af *Beauchamp* og *Childress* (1). De har foretaget en omfattende gennemgang af begrebet autonomi, de er almindeligt anerkendte og anvendte i medicinsk etik, men skriver primært til en medicinsk praksis. Derfor benyttes ligeledes artikler fremkommet ved

litteratursøgning i databaserne PubMed og Cinahl med forskellige kombinationer af søgeordene *autonomy*, *informed consent*, *refusal of nursing care*. De to hypotetiske situationer er inspireret af *Dudzinski* og *Shannon* (5) og diskussioner med studerende på Sygeplejerskeuddannelsen København.

Pligten til at respektere en autonom beslutning eller retten til selv at bestemme, når man er indlagt, er en juridisk forpligtelse, hvilket lovgivningen har markeret siden 1998. Analysen af de hypotetiske situationer vil derfor ske med relevant lovgivning og argumentation fra den teoretiske redegørelse.

## Retten til selv at bestemme

For at et menneske kan handle autonomt eller selv bestemme i forbindelse med behandling og pleje, indebærer det, at vedkommende har kompetence, handler frivilligt, er velinformeret og i nogle situationer samtykker f.eks. til pleje og behandling (1). Kompetence i forbin-





delse med autonomi er evnen til at forstå, huske og vurdere den information, der er relevant for beslutningstagning (7). Inkompetence er manglende evne til dette. En patients diagnose, f.eks. demens, er således ikke afgørende for autonomi, det er den aktuelle kompetence (4).

Grundtanken i autonomi er, at mennesket er frit til selv at bestemme, hvad der skal ske i dets liv, også ved sygdom og indlæggelse, så længe dette ikke kolliderer med den samme frihed hos andre. Frivillighed i forbindelse med autonomi og informeret samtykke er frihed til at vælge mellem forskellige muligheder, frihed til at sige ja eller nej til behandling og pleje (1).

Frivillighedens modsætning er tvang. Tvang er den behandling, som gennemføres uden samtykke, og ulovlig tvang er tvang, hvor der ikke er hjemmel i loven til at handle mod patientens samtykke (2,8). Betingelser for tvang i behandling og pleje er kun beskrevet i psykiatriloven og serviceloven, der ikke kan anvendes til de to hypotetiske situationer.

”Det er almindeligt accepteret hos sundhedspersonale, at patienter har ret til at afvise behandling. Imidlertid diskuteres dette sjældent i sygeplejen.”

Patienten skal for at træffe valg vedrørende eget liv være velinformeret (1,2,4,7,8). Informationen skal være tilpasset individuelle forudsætninger med hensyn til alder, modenhed, erfaring mv. (2). Hvis patienten ikke modtager information i forbindelse med pleje og behandling, og han ikke får information andetstedsfra, opfylder han i princippet ikke betingelserne for at foretage autonome valg, hvilket illustreres i benævnelsen informeret samtykke (1,9). Sygeplejersker kan f.eks. formode, at patienter, der afviser behandling og pleje, kender konsekvenserne af deres valg. Men det behøver ikke at være tilfældet. Hvis patienten foretager valg, der umiddelbart er imod deres velfærd, kan det derfor være

”For at et menneske kan siges at handle autonomt, indebærer det, at vedkommende har kompetence, handler frivilligt, er velinformeret og i nogle situationer samtykker til pleje og behandling.”

» vigtigt, at der er sikkerhed for, at dette valg sker på baggrund af ordentlig information, før patientens valg accepteres (4). Informationselementet i autonomi handler således indirekte om at give patienten autonomi.

Samtykke i en moderne betydning er en velinformeret aktiv beslutning mellem forskellige muligheder. Samtykke kan være skriftligt, mundtligt eller stiltiende (1, 2). Der er et krav om at indhente samtykke til alle handlinger, der, hvis de foretages uden samtykke, vil krænke patientens selvbestemmelse (2, 8, 10).

### To hypotetiske situationer

En ældre kvinde, A, i midten af 80'erne, bliver indlagt med et lårbensbrud. Kvinden er mentalt fuldstændig frisk, orienteret i tid, sted og egne data. Men hun har gennem flere år haft dårligt hjerte, dårlig lungefunktion og diabetes. Derfor afstår afdelingen fra operation og beslutter, at patienten skal behandles konservativt. Kvinden er svær at smertestille, hun har mange smerter ved vending og stort ubehag ved den daglige pleje, og efter et par dage får hun nok. Hun ønsker ikke længere at modtage pleje eller nogen form for behandling. Hun vil dø. Det rejser en del aktivitet og diskussioner hos afdelingens personale. Kort efter har patienten afføring i sengen, og hun afslår at blive vasket og få skiftet sengetøj. Skal et sådant afslag respekteres? Eller har sundhedspersonale i sådanne tilfælde en omsorgspligt, der må overordnes princippet om patientens autonomi?

En anden ældre kvinde, B, i midten af 80'erne bliver indlagt med en stor hjerneblødning. Hun har tidligere været sund og rask og klaret sig selv. Nu kan hun intet. Kvinden kan kun vanskeligt kommunikere med plejepersonalet og fejlsynker. Da spørgsmålet om ernæring derfor rejser sig, bliver det besluttet at nedlægge en ernæringssonde. Sygeplejerskerne forklarer patienten, at de vil nedlægge en sonde for at sikre sufficient ernæring, men får ikke noget entydigt svar fra kvinden. Mens personalet prøver at nedlægge sonden, gør patienten imidlertid tydelige afværgemanøvrer, hun råber nej, nej, nej og prøver at få sonden væk. Personalet holder begge hendes hænder for at få nedlagt sonden. Er denne situation etisk acceptabel? Har patienten autonomi, der skal respekteres? Har sundhedspersonalet en

omsorgspligt, der må overordnes patientens eventuelle autonomi?

### Analyse af de hypotetiske situationer

For at et menneske kan siges at handle autonomt, indebærer det, at vedkommende har kompetence, handler frivilligt, er velinformeret og i nogle situationer samtykker til pleje og behandling (1,4). Kvinden A opfylder kompetencebetingelsen, hvis hun har evnen til at forstå, huske og vurdere den information, hun får. Problemet med kompetenceelementet er, at det kan være vanskeligt at vurdere, hvornår et menneske er inkompetent, og at vi måske kan være tilbøjelige til at beskrive patienter som inkompetente, hvis deres valg umiddelbart er i modstrid med deres eget bedste. Men A beskrives som klar og orienteret i tid, sted og egne data, og det må derfor formodes, at A forstår den information, hun får, at hun kan huske informationen, og at hun kan vurdere den i forhold til sin situation. En indvending kan være, at kvinden A kunne være depressiv som følge af sin situation. Ja, det kunne hun. Men det er tvivlsomt, om det betyder, at vi ikke opfatter hende som havende kompetence til at foretage valg i sit eget liv.

Man kan ligeledes problematisere fremstillingen af den kompetente patient som en ideel, fornuftig patient (10), men den kompetente patient er blot kendetegnet ved at kunne forstå, huske og vurdere information relevant for beslutningstagning.

Problemet med kompetence viser sig især hos kvinden B, som efter en stor hjerneblødning formentlig ikke kan forstå den information, hun får. Hun kan formentlig heller ikke huske den, og hun kan formentlig ikke vurdere, hvad det betyder for hendes samlede situation ikke at få nedlagt en sonde. Det kan derfor vurderes, at B ikke har kompetence.

Kvinden A handler frivilligt i den forstand, at ingen tvinger hende til den beslutning, hun har taget. Spørgsmålet er, om smerterne kan opfattes som en form for tvang. Hvis en patient ikke samtykker til et givent behandlings- eller plejeforslag, er det god praksis at udforske årsagerne til, at patienter afviser sygepleje (7). En patient kan f.eks. nægte at blive vasket pga. smerter, nægte at få anlagt kateter på grund af angst for smerter eller af blufærdighed.

Årsagen til afvisningen bør fjernes for at få patienten til at modtage den pleje, der anses for at være til patientens bedste. Eventuelt kan der gives mere smertestillende, måske meget mere. Det er ligeledes et spørgsmål, om A's frihed til selv at bestemme i sit liv kolliderer med den samme frihed hos andre. F.eks. kan lugtgener, hygiejneforskrifter etc. kolliderer med andre patienters frihed.

Kvinden B bliver udsat for tvang. Hun har tydelige afværgemanøvrer, hun råber nej, nej, nej og prøver at få sonden væk. Personalet holder begge hendes hænder ud til siden for at få sonden lagt ned. Det er tidligere vurderet, at B ikke er kompetent. Derved opfylder hun

#### »»» BOKS 1. AFVISNING AF SYGPLEJE

Fire spørgsmål til diskussion:

- Har I på din arbejdsplads oplevet, at en patient entydigt har afvist sygepleje?
- Har I diskuteret, om I skulle eller burde acceptere afvisning af sygepleje i en konkret situation?
- Kan I nævne en situation, hvor I har været i tvivl om, hvad der var det rigtige at gøre, når patienten afviste sygepleje, og I kunne se behovet for pleje?
- Hvor vil I få hjælp, hvis en tilsvarende situation opstår i fremtiden?



i realiteten ikke betingelserne for autonomi. Spørgsmålet er, hvorledes det at udsætte patienter for tvang skal vurderes. Valg, der er foretaget af kompetente patienter, skal ifølge sundhedsloven respekteres, mens dette forholder sig mere komplekst med inkompetente. Her er det beskrevet, at den inkompetentes tilkendegivelser, i det omfang de er aktuelle og relevante, skal tillægges betydning. Der er ikke i sundhedsloven givet beføjelser til tvang (2,8). Situationen med kvinden B kan således juridisk vurderes som et uacceptabelt overgreb, da hun tilkendegiver sin mening om sondenedlæggelse.

En etisk indvending mod denne vurdering kan være, om det ikke ville være et større overgreb at undlade at lægge sonde? Til denne indvending kan der svares, at sygeplejehandlinger, der udføres for patientens bedste, selvfølgelig ikke har intention om at være skadelige eller anstødelige. Men mon ikke kvinden B oplever denne godgørende handling, sondenedlæggelsen, som netop uønsket, anstødelig og som et overgreb? (10).

Kvinden A skal informeres om, hvilke pleje- og behandlingstilbud der er, og hvad konsekvenserne af en eventuel afvisning vil være. Som B's situation er fremstillet, er det vurderet, at hun har svært ved at forstå, huske og vurdere information. Men hun skal ifølge sundhedsloven ligeledes informeres og inddrages i drøftelserne af plejen, i det omfang hun forstår behandlingssituationen (2).

Kvinden A afviser sygepleje. Hun giver således ikke sit samtykke til pleje og behandling. Dette skal ifølge sundhedsloven accepteres, hvis hun opfylder betingelserne for autonomi, og hvis hendes valg ikke går ud over andre patienter. Det forhindrer dog ikke sygeplejersker i senere igen at tilbyde pleje og smertestillende medicin.

Kvinden B giver tydeligvis heller ikke sit samtykke til nedlæggelse af sonde. For patienter, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, skal andre, f.eks. pårørende, give samtykke til pleje og behandling. Men pårørende kan ikke give samtykke til at handle mod patientens vilje (8). Det er endvidere beskrevet i sundhedsloven, at hvis pårørende forvalter dette samtykke på en måde, som åbenbart vil skade patienten eller behandlingsresultatet, kan sundhedspersonen gennemføre behandlingen, såfremt Sundhedsstyrelsen giver sin

tilslutning hertil (2). Pårørende kan således give samtykke til sondenedlæggelse, men den inhabile patient vægrer sig stadig imod sondenedlæggelse, og der er ikke i lovgivningen givet beføjelser til tvang over for sådanne patienter (se boks 1 side 42).

### Autonomi kommer før omsorgspligt

Formålet med denne artikel var at analysere begrebet autonomi relateret til afvisning af sygepleje ud fra to hypotetiske situationer. Analysen viser, at kvinden A opfylder betingelserne for autonomi og har ret til at bestemme over sit eget liv, hvis hendes valg ikke går ud over andre patienter. Dermed har A umiddelbart ret til at afvise sygepleje. For sygeplejen betyder det, at information om konsekvenser ved afvisning af sygepleje er vigtig, og hvis det er muligt at fjerne årsagerne til, at en patient afviser sygepleje, f.eks. smerter, er det også vigtigt. Det betyder også, at sygeplejersker ikke kan påberåbe sig en omsorgspligt, der kan overordnes respekten for patientens autonomi.

Analysen viser, at kvinden B ikke umiddelbart opfylder betingelserne for autonomi, idet hun formentlig ikke har evnen til at forstå, huske og vurdere den information, der er relevant for beslutningstagning. Men det synes klart, at B har et ønske om ikke at få nedlagt sonde. Det er beskrevet i sundhedsloven, at patientens tilkendegivelser, i det omfang de er aktuelle og relevante, skal tillægges betydning.

Sundhedspersonalet bør derfor tillægge kvindens ønske om ikke at få nedlagt sonde betydning. De bør

**”Hvis en patient ikke samtykker til et givent behandlings- eller plejeforslag, er det god praksis at udforske årsagerne til, at patienter afviser sygepleje.”**

dermed undlade at påtvinge patienten sygepleje mod hendes ønske. Selvom kvinden B ikke opfylder betingelserne for autonomi, skal hendes ønske om selvbestemmelse respekteres. Den hypotetiske situation med tvang kan altså vurderes som uacceptabel.

Sundhedsloven giver ikke beføjelser til tvang over for inkompetente. Serviceloven giver visse muligheder for anvendelse af tvang over for inhabile borgere i eget hjem, men serviceloven kan ikke bruges i de to hypotetiske situationer og giver i øvrigt ikke mulighed for tvangsnæring. Analysen betyder derfor for begge kvinder, at deres ret til at afvise sygepleje ikke kan tilbagevises.

*Helle Mathar er lektor ved CVU Øresund;  
hellemathar@hotmail.com*

*Tak til ph.d., cand.cur. Stinne Glasdam og cand.scient. pol. Kent Kristensen for kommentarer til tidligere udgaver af denne artikel.*



## &gt;&gt;&gt; ENGLISH ABSTRACT

Mathar H. When patients reject nursing care. Sygeplejersken 2008;(4):40-4.

The article discusses the concept of autonomy in relation to the rejection of nursing care. It is based on an analysis of two hypothetical situations, in which a competent and incompetent patient reject care. The analysis was done on the background of legislation and a theoretical report, and shows that a competent, well-informed patient acting on his/her own free will can reject care, and that this should be respected even though the decision may seem to be contrary to what is best for the patient. The article describes the importance of informing the patient in order for the rejection to be considered competent, and that the reasons for the patient's rejection should be removed if at all possible. An incompetent person who lacks the ability to comprehend, remember and to evaluate the information relevant to making a decision, may still express a wish of rejecting care. The analysis shows that it is acceptable to respect the wishes of an incompetent patient, and that it is unacceptable to force care on a patient against his or her wishes. The conclusion of the discussion is thus that patients can reject care and that this should be respected.

Key words: Autonomy, competent, incompetent, rejection of nursing care.

## &gt;&gt; Litteratur

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. New York Edn 5: Oxford University Press; 2001.
2. Sundhedsloven. Lov nr. 546 af 24/06/2005. Tilgængelig via: <http://147.29.40.90/DELFIN/HTML/A2005/0054630.htm> [Besøgt 19. marts 2007].
3. Kierkegaard S. Begrebet angst. København: Borgen; 1991.
4. Aveyard H. Is there a concept of autonomy that can usefully inform nursing practice? J Adv Nurs, 2000, 32 (2), 352-58.
5. Dudzinski DM, Shannon S. Competent patients refusal of nursing care. Nurs Ethics 2006 13 (6).
6. Kappel K. Begrebsanalyse i filosofi: pointe, metodologiske antagelser og kritik. Tilgængelig via: <http://www.filosofiske-studier.dk/log/multimedia/KAPPEL2004.PDF>
7. Aveyard H. The patient who refuses nursing care. Med Ethics 2004; 30; 346-50.
8. Kristensen K. Sundhedsjura. København: Gads Forlag; 2007.
9. Aveyard H. Implied consent prior to nursing care procedures. J Adv Nurs (2002b); 39(2), 201-7.
10. Aveyard H The requirement for informed consent prior to nursing care procedures. J Adv Nurs 2001; 37(3), 243-49.

## &gt;&gt;&gt; TESTEN



## Temaet er obstipation. Test dig selv eller din kollega.

- 1 *Hvornår er man egentlig obstiperet?*
  - a. Når man har smerter ved defækation, og afføringen er knoldet.
  - b. Når afføringen er hård og knoldet og typisk kommer med flere dages mellemrum.
- 2 *Hvor hyppigt forekommer obstipation?*
  - a. Det er en relativt sjælden tilstand, der hyppigst ses i forbindelse med fast brug af morfika.
  - b. Det er en meget hyppig lidelse, og man regner med, at ca. 1 pct. af den danske befolkning søger læge pga. obstipation i løbet af et år.
- 3 *Hvilke årsager er der hyppigst til obstipation?*
  - a. For lille væskeindtagelse, for lidt fiberindhold i kosten, mangel på motion, behandling med diuretika eller morfika.
  - b. Stillesiddende arbejde, indtagelse af for meget hvedebrød og en "søvnig" tarm.
- 4 *Hvilke symptomer ses ved forstoppelse?*
  - a. Smerter eller blødning i forbindelse med afføring, mavesmerter, udspilet mave, tyngdefornemmelse.
  - b. Vægttab og slimet afføring.
- 5 *Hvad kan sygeplejersken gøre, når patienten klager over forstoppelse?*
  - a. Anbefale motion og fiberrig kost.
  - b. Optage en grundig tarmanamnese og om nødvendigt inddrage patientens læge.

(j)

Se svarene på TESTEN side 50.

# Alkoholforebyggelse på en dermatologisk afdeling

AF ANNE VIBEKE JØRGENSEN, SYGEPLEJERSKE, OG SUSANNE KONNERUP, OVERSYGEPLEJERSKE, MASTER I ETIK OG VÆRDIER I ORGANISATIONER

**Artiklen henvender sig til ledere og sygeplejersker, som ønsker at iværksætte screening og forebyggende indsats over for patienter med et stort forbrug af alkohol eller et decideret misbrug. Artiklen er baseret på et konkret projekt i Århus, og hovedbudskabet er, at fokus på et problem skaber ændringer og øget bevidsthed på området.**

Andersens psoriasis er i heftig oplussen. Han er indlagt på dermatologisk afdeling, og personalet taler om, hvor meget alkohol den patient egentlig drikker. Talrige oplevelser, der ligner denne – også fra ambulatoriet – var baggrunden for, at vi søsatte et alkoholinterventionsprojekt, som varede et år. Projektet var yderligere motiveret af positive erfaringer med en målrettet forebyggelsesindsats over for rygning.

Alkohol er fortsat et privat og tabuiseret område i modsætning til rygning, som de fleste efterhånden accepterer har en skadelig effekt på den enkelte og dennes omgivelser.

## Hul på et tabu giver nye tanker

Selvom resultaterne ikke er markante, så ved vi nu, at det at sætte fokus på et tabu skaber opmærksomhed og ændret adfærd hos både personale og patienter. Alkohol er et område med megen berøringsangst, da vi næsten alle selv har erfaringer med et problematisk alkoholforbrug på en eller anden måde.

De tanker, der bliver sat i gang hos den enkelte, bevirker, at man får gjort sin egen holdning, adfærd og rolle op i forhold til, hvordan man griber opgaven an.

Klare retningslinjer for, hvordan man handler i forhold til patienter, støtter processen med at bearbejde egne holdninger.

Vi har erfaret, at forebyggelse ikke har sit eget domæne på samme vis som behandling og pleje. F.eks. fremgår det, at alkoholforebyggelse betragtes som væsentligst, hvis det har relevans i forhold til behandlingen af hudsygdommen. Vores screeningsredskab fungerer og er blevet accepteret af både læger og plejepersonale, men selve screeningsproceduren skal der fortsat være fokus på, og den skal forenkles, så vi opnår en mere systematisk tilgang.

Som ved alle implementeringsopgaver er det vigtigt med et stærkt engagement på alle ledelsesniveauer – og især hos mellemlederne.

Der har været fire sidestillede forebyggelsesinstruktører i projektet. Vi har overvejet, om det har ført til uklarhed om placeringen af ansvaret for de forskellige opgaver. Vi mener, at en instruktør bør have hovedansvaret for kontakt til patienterne, medens de øvrige fungerer som kontaktpersoner i de enkelte afsnit.

Muligvis ville flere patienter have været interesserede i en forebyggelsessamtale, hvis lægerne var mere overbevisende i lancering af tilbuddet. Vi har erfaret, hvor vigtigt det tværfaglige samarbejde er for patientens forståelse af tilbuddets relevans.

De fleste patienter har ikke noget imod at blive spurgt om deres alkoholforbrug, men enkelte bliver meget vrede, og det påvirker personalet i en sådan grad, at det kommer til at fylde meget i hverdagen. Derfor bør dette aspekt indgå mere direkte i den fremtidige undervisning. Ligeledes er det vigtigt, at patienterne forstår, at spørgsmål om alkoholforbrug er rutinespørgsmål, som alle får.

Viden er vigtig. Det giver frustration, når forebyggelsesinstruktørerne f.eks. ikke er sikre på sammenhængen mellem alkoholforbrug og hudsygdomme. Ligeledes mangler forebyggelsesinstruktørerne et mere personligt og konkret kendskab til alkoholbehandlingen uden for sygehusets regi. Det vil gøre det lettere at informere patienterne om tilbuddet.

I projektet valgte vi dermatologisk afdeling som projektafdeling, dels fordi der er en dokumenteret sammenhæng mellem alkohol og forværring af visse hudsygdomme, f.eks. psoriasis, rosacea og discoid eksem (1), dels fordi afdelingen havde fokus på problematikken, men manglede redskaber til at yde en systematisk indsats.

## Tilsyneladende et velfungerende liv

Patienter med et skadeligt alkoholforbrug bliver indlagt overalt på hospitalet med klassiske symptomer som f.eks. mavekatar, skrumpelever og betændelse i bugspytkirtlen. Men patienter indlægges også med mere uspecifikke symptomer, som ikke umiddelbart peger på et skadeligt alkoholforbrug som det tilgrundliggende problem, f.eks. faldtendens eller infektion.

Mange har tilsyneladende et normalt, velfungerende liv men er i en kategori, hvor forbruget af alkohol medfører større risiko for forskellige sygdomme, uden at de nødvendigvis selv ved det (2). Derfor er det vigtigt med en systematisk screening.

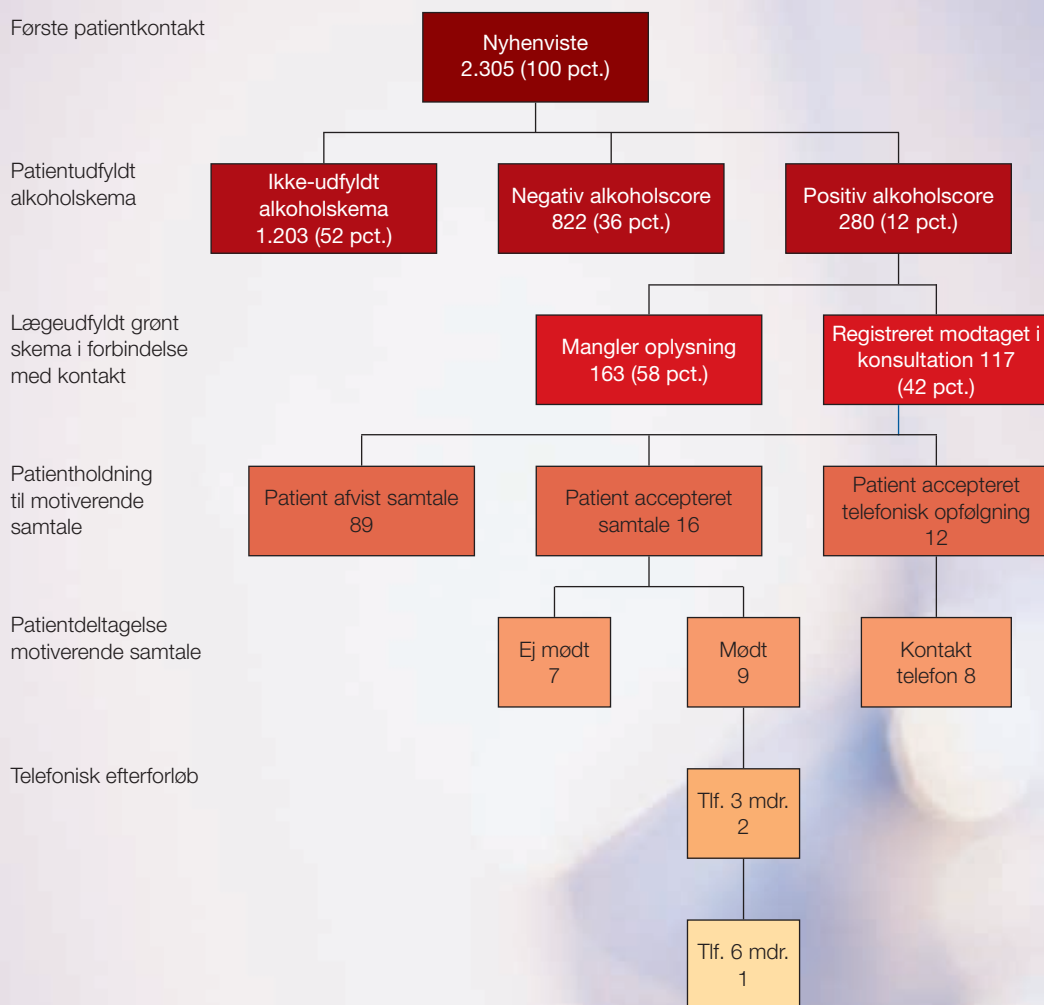
## Mange drikker for meget

Skønsmæssigt drikker ca. 500.000 danskere mere end Sundhedsstyrelsens anbefalede genstandsgrænser, som er højst 14 genstande pr. uge for kvinder og højst 21 genstande pr. uge for mænd. Heraf er 200.000 personer alkoholafhængige og direkte behandlingskrævende, mens de øvrige har et skadeligt forbrug. Kun omkring 17.500 danskere, fortrinsvis afhængige, modtog et alkoholbehandlingstilbud i 2000 (2). I Region Midtjylland har 20

”Alkohol er et område med megen berøringsangst, da vi næsten alle selv har erfaringer med et problematisk alkoholforbrug på en eller anden måde.”

»»» FIGUR 1. SCREENINGSPROCEDURE

Første patientkontakt



Flowdiagram over alkoholscreening og motiverende samtale om alkoholnedsættelse blandt nyhenviste patienter på Dermatologisk afdeling S, Århus Sygehus, i perioden fra den 1. april – 31. december 2006.

- » pct. af borgerne i alderen 25-79 år i en spørgeskemaundersøgelse oplyst, at de har et risikabelt alkoholforbrug (3).

### Politiske mål

Alkohol behandles som en vigtig risikofaktor i regeringens folkesundhedsprogram "Sund hele Livet 2002-2010" (4). Det sundhedspolitiske mål er, at antallet af storforbrugere skal reduceres markant, unges forbrug af alkohol skal nedbringes, og alkoholforbruget hos børn skal fjernes.

I Den Danske Kvalitetsmodel er der standarder og indikatorer for sundhedsfremme og forebyggelseskrav om at arbejde med screening for risikofaktorer, under-

"Det er imidlertid et problem, at patienterne ikke får et kvalificeret tilbud om hjælp, fordi personalet mangler viden, kompetencer og værktøj til at gennemføre en systematisk indsats over for patienter, der har et skadeligt alkoholforbrug."

søgelse af patientens motivation og henvisning til relevante forebyggelsestilbud på eller uden for hospitalet.

### Faglig dokumentation

Sundhedsstyrelsen offentliggjorde i efteråret 2005 en litteraturanalyse, hvor nyere publiceret forskning om sammenhæng med alkohol og risiko for død og somatisk sygdom gennemgås (5). Konklusionen er, at de færreste har sundhedsmæssige fordele af at drikke alkohol, og at maksimumgenstandsgrænserne opretholdes. Samtidig understreges, at det er usundt at drikke mere end fem genstande ved samme lejlighed.

### Patientrettigheder

Patienter har ifølge sundhedslovens § 16, "information om sygdommen", ret til at få information og tilbud om relevante forebyggelsesmuligheder (6). Det er imidlertid et problem, at patienterne ikke får et kvalificeret tilbud om hjælp, fordi personalet mangler viden, kompetencer og værktøj til at gennemføre en systematisk indsats over for patienter, der har et skadeligt alkoholforbrug (7).

Adskillige undersøgelser peger på, at en systematisk, kvalificeret, forebyggende indsats på sygehuset nytter i forhold til et skadeligt forbrug eller afhængighed af alkohol (8,9).

### Vores projekt

Projektet var inddelt i en forberedelses-, en implementerings- og en evalueringsfase.

Forud for projektperioden var der i afdelingen i et

halvt år øget fokus på alkoholforebyggelse med bl.a. undervisning til alt plejepersonale i alkoholproblemstillinger og introduktion til forebyggelsessamtalen. I sengeafsnittet afviklede vi et pilotprojekt, hvor patienter, der havde et alkoholforbrug, som lå over sundhedsstyrelsens anbefalede genstandsgrænser, blev tilbudt en forebyggelsessamtale.

Før projektet startede, nedsatte vi en styregruppe, som drøftede og besluttede, hvordan organiseringen af alkoholforebyggelsen skulle tilrettelægges (se boks 1 side 49).

Styregruppen har afholdt syv møder. Center for Folkesundhed har udviklet patientspørgeskemaet, indtastet data i en database samt ydet bistand vedrørende udvikling af informationsmateriale, struktur på interventionen, kursustilrettelæggelse og rapportskrivning.

Læger, sekretærer og plejepersonale blev orienteret om projektet, og Sundhedsstyrelsens patientpjecer og materiale om skadeligt alkoholforbrug blev udleveret.

En plastiklamineret kittelpjece, som beskrev patientforløbet ved screening for alkoholforbrug ved første lægekontakt samt kriterierne for at henvise til samtale, blev udleveret.

Fire sygeplejersker blev uddannet som forebyggelsesinstruktører med specielt fokus på alkohol. Undervisningen bestod af tre temadage, som omhandlede:

- alkohols skadelige virkninger på kroppen og helbredsmæssige fordele ved ophør
- udvikling af alkoholafhængighed
- alkoholbehandlingsprincipper, behandlingstilbud
- den motiverende samtale: teori og praktiske øvelser.

### Praksis på afdelingen

Alle nyhenviste patienter, der var fyldt 18 år (enkelte patientgrupper undtaget) blev screenet for deres alkoholforbrug. Patienterne fik tilsendt et spørgeskema med 10 spørgsmål om deres alkoholforbrug og vaner. Lægen, som optog journalen, screenede patienten ud fra fastlagte kriterier. Viste patienten tegn på at have et skadeligt alkoholforbrug, blev han tilbudt en motiverende samtale. Formålet med samtalen var at fremme adfærdsmæssige ændringer ved at stimulere patienten til at analysere sine følelser i dilemmaet mellem faktisk adfærd og helbredsmæssige ønsker (10). De fire sygeplejersker, som havde gennemgået uddannelsesprogrammet, afholdt samtalerne, der var af ca. 30 minutters varighed. De patienter, som sagde nej til en motiverende samtale, blev spurgt, om de ville kontaktes telefonisk efter tre måneder med henblik på deres aktuelle alkoholforbrug.

### Erfaringer fra projektperioden

Som det ses af flowdiagrammet (se figur 1 side 47), er der flere steder i screeningsproceduren, hvor der mangler data. Det skyldes, at screeningsproceduren endnu ikke er systematisk indarbejdet, bl.a. fordi der har været mange forskellige fag- og enkeltpersoner involveret i

screeningens komponenter. Det gør proceduren sårbar i en travl afdeling.

Som det fremgår af figuren, sagde 16 patienter ja til en motiverende samtale, og ni patienter gennemførte en samtale. To udeblev fra den første samtale.

De opfølgende telefonopringninger var mangelfulde, dels fordi det var svært at træffe patienterne på det opgivne nummer, dels fordi registreringen var mangelfuld. Nogle af de patienter, der mødte op, var overraskede over, at det var deres alkoholforbrug, der var emnet. Og det kom bag på de fleste patienter, at de selv skulle spille en aktiv rolle i forhold til, hvad der skulle ske fremover.

12 patienter, som sagde nej til tilbuddet om en motiverende samtale, sagde ja til at blive ringet op tre måneder senere. Otte patienter besvarede et telefonopkald fra en af forebyggelsesinstruktørerne ca. tre måneder efter screeningen. Fire patienter lykkedes det ikke at komme i kontakt med.

Af det sparsomme datamateriale er det ikke muligt at drage generelle konklusioner. Af de to opfølgende telefonopringninger efter den motiverende samtale fremgår det, at én patient har nedsat sit forbrug, én har ikke ønske om at ændre sit forbrug.

Fem af de otte patienter, som ikke har gennemført en motiverende samtale, men blev ringet op tre måneder efter konsultationen, oplyste, at de havde nedsat deres forbrug efter rådgivning fra lægen.

### Lægerne evaluering

Ved projektets afslutning fik 29 læger tilsendt et spørgeskema, og 22 returnerede skemaet. Af besvarelserne fremgik det, at 15 af lægerne vurderede, at patientspørgeskemaet fungerede godt eller meget godt. Syv syntes, at selve screeningsproceduren fungerede godt. Kommentarerne viste, at lægerne syntes, at det er problematisk at indføre nye procedurer uden at tilføje ekstra ressourcer, og at det tager tid fra den dermatologiske kerneydelse. Af besvarelserne fremgår det også, at 15 af lægerne talte alkoholforbrug med en patient mindst én gang om dagen. Vi tolker dette, som at alkoholscreening er accepteret, men ikke fuldt implementeret i lægegruppen. Desuden tyder besvarelserne på, at når alkoholforebyggelse har relevans for den dermatologiske kerneydelse, bliver alkoholforbruget inddraget i patientbehandlingen.

### Forebyggelsesinstruktørernes evaluering

Som en del af evalueringen blev der udført et gruppeinterview med forebyggelsesinstruktørerne.

Uddannelsen har matchet deres funktion. Rollespil i forbindelse med undervisning i den motiverende samtale blev positivt fremhævet, ligesom de udleverede artikler og pjecer har været brugbare. De savnede mere konkret viden om behandlingstilbud i regionen samt om sammenhæng mellem hudsygdomme og alkoholforbrug.

Forebyggelsesinstruktørerne oplevede, at det var blevet legalt at tale om alkohol og andre livsstilsemner i afdelingen. De erkendte, at de har haft et skisma mellem at varetage driftsopgaver og projektopgaver, og de har haft svært ved at bruge tiden på projektet, når der ikke var fremmødte patienter.

Forebyggelsesinstruktørerne syntes, at de var blevet bedre til at få samtalen til at fortsætte ved at stille spørgsmål, som gav nye vinkler på emnet. De følte, at de var blevet bedre til at lægge ansvaret for eventuelle ændringer hos patienten, men de manglede øvelse. Der gik for lang tid mellem de planlagte samtaler, og derfor var det svært at få indarbejdet en rutine. Selv om de opfattede en samtale om alkoholforbrug som en del af sygeplejen, oplevede de alligevel indimellem, at de havde berøringsangst over for emnet.

### Hvad gør vi fremadrettet?

Erfaringerne giver et godt grundlag for at arbejde videre med forebyggelse i fremtiden. Når Den Danske Kvalitetsmodel skal indføres, vil der være krav om screening i forbindelse med patientens ernæringstilstand, motions- og rygevaner. Patienter, som har en risikoprofil, skal have et tilbud om hjælp til at ændre deres vaner. Det kan f.eks. ske i form af en kort telefonisk samtale med en forebyggelsesinstruktør. Der er et skisma mellem, at det kræver rutine og konkret viden at tale med og vejlede patienter om deres alkoholforbrug, og at det vil være mest hensigtsmæssigt, at patienten umiddelbart efter screeningen kan gennemføre en motiverende samtale. Det er ikke muligt i den enkelte afdeling, hvor alt personale har planlagte aktiviteter hele arbejdsdagen. Et alternativ kunne være, at hospitalet sammen med kommunen oprettede et Sundhedscenter på sygehuset. Det ville sikre, at der var hurtig adgang for patienter, som stadig er indlagte og derfor særligt motiverede (8). Desuden kunne der opbygges et team, som fik udviklet særlige kompetencer inden for forskellige livsstilsproblemer og sikrede kontinuiteten til kommunens øvrige tilbud. ]

#### ))) BOKS 1. STYREGRUPPENS MEDLEMMER

Den nedsatte styregruppe, som drøftede og besluttede, hvordan organiseringen af alkoholforebyggelsen skulle tilrettelægges:

- afdelingsledelsen (formand)
- en overlæge og en afdelingssygeplejerske
- en forebyggelsesinstruktør.

Desuden deltog

- kontorchefen og en sundhedskonsulent fra Center for Folkesundhed, Region Midtjylland (tidligere Afdelingen for Folkesundhed, Århus Amt).
- projektleder fungerede som sekretær for gruppen.

## Fede, kronisk syge og stressede danskere

Dagens avis indeholder helt sikkert en artikel, der bekræfter indtrykket af danskerne som overvægtige, voldsomt stressede og hostende på grund af rygerlunger. Men hvordan ser danskernes sundhedstilstand ud i et videnskabeligt perspektiv? Det kan den nysgerrige sygeplejerske eller studerende læse mere om i den allerførste Folkesundhedsrapport fra Statens Institut for Folkesundhed.

Rapporten består af fire dele:

- En status på folkesundheden og forekomsten af de otte folkesygdomme
- Faktorer af betydning for folkesundheden
- Folkesundheden i udvalgte befolkningsgrupper
- Udviklingen i folkesundheden.

Læser man f.eks. om børns sundhed, bliver man oplyst om, at piger trives bedre end drenge indtil puberteten, at 10 pct. i 7. klasse regelmæssigt drikker alkohol, 11 pct. ryger, og at børn, der mobbes, ofte er langvarigt syge.

Og ...?

Oplysningerne kan bruges som grundlag for evidensbaseret sundhedspleje og sygepleje og som inspiration, hvis man går med en forsker i maven. Rapporten leverer også masser af tal, der kan bruges som belæg i opgaver og afhandlinger. Folkesundhedsrapporten Danmark 2007 kan downloades på [www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk)

(j**b**)

## Patienter med livstestamente holdes for nar

En læser ringer og fortæller sin historie om faderens nylige død. Faderen var enkemand og havde på baggrund af sin hustrus langvarige sygdomsforløb oprettet et livstestamente. Da faderen for et år siden blev ramt af en hjerneblødning, der medførte operation, respiratorbehandling og nedlæggelse af sonde, forsøgte læseren forgæves at få sygehuslægerne til at interessere sig for faderens livstestamente. Faderen genvandt aldrig bevidstheden, blev overflyttet til plejehjem og døde.

Læseren er vred og ifølge artiklen "Læger ignorerer livstestamenter" i Kristeligt Dagblad den 6. februar 2008 desværre ikke alene om denne erfaring, hvor læger forsømmer at henvende sig til Rigshospitalets livstestamenteregister, selvom de ifølge sundhedsloven er forpligtet til det.

Sundhedsministeren har lovet at fremlægge en vurdering af livstestamentets betydning og anvendelse i praksis, men indtil da må patienterne kunne være trygge ved, at deres sidste ønsker respekteres. Tre klik med musen og indtastning af 10 tal kan betyde forskellen mellem værdighed og lidelse.

Få mere viden om livstestamente på

[www.borger.dk](http://www.borger.dk) > livstestamente

(er)

### Svar på Testen side 44

1: b – 2: b – 3: a – 4: a – 5: b.

Bemærkning: Et resumé med titlen "Kostfibres effekt ved forebyggelse af obstruktion" bragt i *Sygeplejersken* nr. 3/2003 viste, at der er sparsom evidens for, at obstruktion blandt ældre kan forebygges med indtagelse af kostfibre. Der mangler gode undersøgelser på området. Se [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk) > resuméer.

Kilder: *Johnsen G.* Tarmanamnese, analyse, mål og handlinger. *Sygeplejersken* 2000 (5). [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) > Forstoppelse (obstruktion) af *Jacob Rosenberg*, professor, overlæge, dr.med.

» *Anne Vibeke Jørgensen er ansat som patientvejleder på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus.*

*Hun har tidligere været ansat på*

*Dermatologisk afdeling;*

*anne.joergensen@as.aaa.dk*

*Susanne Konnerup er oversygeplejerske på*

*Dermatologisk afdeling,*

*Århus Universitetshospital, Århus Sygehus.*

*Evalueringsrapporten inkl. screeningsmaterialet og en fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatteren.*

### Litteratur

1. Kimberly ES, Fenske NA. Cutaneous manifestations of alcohol abuse. *J Am Acad Dermatol* 2000;43:1-16.
2. Indenrigs- og sundhedsministeriet og Amtsrådsforeningen. Den offentlige indsats på alkoholområdet; 2002.
3. Breinholt FL, Nordvig L. Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommuner i Region Midtjylland. Center for Folkesundhed; 2006.
4. Regeringen. Sundt hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. København; 2002.
5. Sundhedsstyrelsen. Genstandsgrænser for voksne; 2005.
6. Sundhedsloven. Lov nr. 546 af 24. juni 2005.
7. Mundt K, Jensen M, Kann A et al. Alkoholforebyggelse på sygehus. Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, Bispebjerg Hospital 2003.
8. Mortensen TL, Tønnesen H. Systematisk alkoholintervention på sygehus. *Ugeskr Laeger* 2004; 166:3284-9.
9. Miller WR, Rollnick S. Motivationssamtalen. København: Hans Reitzels Forlag; 2002.

### » ENGLISH ABSTRACT

Jørgensen AV, Konnerup S. Preventing alcohol abuse in a dermatology department. *Sygeplejersken* 2008; (4):46-50.

Patients with more or less visibly harmful alcohol consumption are overrepresented in hospitals. The fact that the patients are not screened systematically and are not offered support to change their habit is problematic. The article describes a concrete project at a dermatological department. It discusses the preparation and implementation of screening procedures and the offer of a motivating interview to patients whose alcohol consumption is harmful. Experience from the project shows that focusing on alcohol consumption brings about changes and increases awareness in the field. Clear guidelines as to how staff should act in relation to patients whose alcohol consumption is harmful and better knowledge of the correlation between disease and the consumption are a great help in the implementation process. Evaluation of the project shows that systematic screening procedures are difficult to carry out. Prevention does not have its own domain at hospitals in the same way as treatment and care. The article proposes that a health centre be established at the hospital in co-operation between the hospital and the municipality.

Key words: Prevention of alcohol abuse, screening, taboo, the motivating interview.



**På grund af en beklagelig fejl** manglede en stor del af teksten i artiklen "Dialysepatienter lider af kronisk træthed" i Sygeplejersken nr. 3/2008, side 44-49. Den manglende tekst bringes herunder. Find Sygeplejersken nr. 3/2008, gå til side 44, 2. spalte nederst og find mellemrubrikken "Påvirkninger i hverdagen." Derfra bringes teksten herunder frem til og med side 46, 2. spalte, linje 2. Artiklen kan læses i sin helhed på [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk)

**Dialysepatienter lider af kronisk træthed**

**Artiklen herunder** omhandler kronisk træthed, som er et stort problem blandt dialysepatienter. Den handler om, hvordan træthed påvirker patienternes liv og deres evne til at deltage i aktiviteter. Artiklen indeholder også information om, hvordan træthed kan behandles og hvilke faktorer der kan bidrage til at reducere trætheden.

**Kronisk træthed** er et stort problem blandt dialysepatienter. Den handler om, hvordan træthed påvirker patienternes liv og deres evne til at deltage i aktiviteter. Artiklen indeholder også information om, hvordan træthed kan behandles og hvilke faktorer der kan bidrage til at reducere trætheden.

**Træthed** er et stort problem blandt dialysepatienter. Den handler om, hvordan træthed påvirker patienternes liv og deres evne til at deltage i aktiviteter. Artiklen indeholder også information om, hvordan træthed kan behandles og hvilke faktorer der kan bidrage til at reducere trætheden.

**Træthed** er et stort problem blandt dialysepatienter. Den handler om, hvordan træthed påvirker patienternes liv og deres evne til at deltage i aktiviteter. Artiklen indeholder også information om, hvordan træthed kan behandles og hvilke faktorer der kan bidrage til at reducere trætheden.

**Træthed** er et stort problem blandt dialysepatienter. Den handler om, hvordan træthed påvirker patienternes liv og deres evne til at deltage i aktiviteter. Artiklen indeholder også information om, hvordan træthed kan behandles og hvilke faktorer der kan bidrage til at reducere trætheden.

**Træthed** er et stort problem blandt dialysepatienter. Den handler om, hvordan træthed påvirker patienternes liv og deres evne til at deltage i aktiviteter. Artiklen indeholder også information om, hvordan træthed kan behandles og hvilke faktorer der kan bidrage til at reducere trætheden.

**Dialysepatienter lider af kronisk træthed**

**Påvirkninger i hverdagen**

I undersøgelsen bliver der spurgt til, hvor meget den enkelte patient kan overkomme i sin hverdag (se figur 1 side 46). 13 pct. overkommer et fuldtidsjob, og ca. 20 pct. et deltidsjob, når den erhvervsaktive alder defineres som værende mellem 18-65 år.

En patient skriver: "... har ingen kræfter på dialyse-dagen, både før og efter dialyse, har ingen overskud."

På spørgsmålet om, hvad patienterne ikke kan klare, er det de fysiske udfoldelser, som er det dominerende. Kun 14 pct. magter at dyrke motion. En patient skriver: "... min udholdenhed er meget reduceret."

En faktor, som også påvirker patienternes træthed, er afhængigheden af behandlingen, hvor 25,9 pct. svarer, at det er et problem. En anden dominerende faktor, som patienterne angiver gør dem trætte, er transport og ventetid i forbindelse med dialysebehandlingen.

75 patienter ud af 352 adspurgte overkommer ikke at deltage i festlige lejligheder, og i undersøgelsen har vi spurgt om, hvad patienterne gør for at overvinde trætheden, hvilket illustreres i figur 2 side 46. Ca. 66 pct. svarer, at de hviler i løbet af dagen, og det gør sig gældende inden for alle fire dialyseformer. 30,6 pct. svarer, at de overvinder trætheden ved at gå en tur. 35,8 pct. af alle adspurgte patienter sørger for at have noget at lave i hverdagen.

Patienterne skriver her: "... prioritere væsentligt fra uvæsentligt, det er generende ikke at kunne det, man gerne vil/har planlagt, bliver hurtigere træt end de andre."

**Forhold til pårørende**

Figur 3 side 48 viser, at patienterne støttes af deres nærmeste ved at få lov til at hvile sig. Familien forsøger trods dette at motivere patienterne til aktiviteter generelt. Ca. 25 pct. af patienterne fortæller, at de pårørende støtter dem ved at opfordre til deltagelse i daglige aktiviteter. Det skal her nævnes, at mange patienter i kommentarerne har skrevet, at de ikke har familie eller ikke har kontakt med familien.

Andre kommentarer skrevet af patienterne: "... omgivelserne kan ikke se, jeg er træt, de tror, det er dovenskab, familien er meget forstående, de tager det hele som det kommer, de blander sig ikke, det har jeg frabedt mig."

**Forventninger til plejepersonalet**

I undersøgelsen er spurgt til, hvad dialysepatienterne mener, at plejepersonalet kan gøre for at støtte patienterne i forhold til deres træthed (se figur 4 side 48). Ca. 45 pct. af patienterne mener, at det at have en fast kontaktsygeplejerske betyder meget for oplevelsen af at kunne magte trætheden. Andre generelle tiltag fra personalets side ser derimod ikke ud til at være efterspurgt af dialysepatienterne, for at de kan overkomme trætheden. Patienterne har følgende kommentarer til spørgsmålet: "... være åben i forhold til alle spørgsmål og ellers beholde det gode humør, som I altid har; at man ikke skal bruge kræfter på at diskutere med lægen, som tror, vi ikke ved noget om vores krop – det er trættende og opslidende; de skal være på vores side, lade være med at pylre om patienterne."

**Diskussion**

**Metode og udvalg**

I undersøgelsen er det kun dialysepatienter, som er blevet spurgt om deres træthed. En tilsvarende rask gruppe kunne have været spurgt for at vurdere, om dialysepatienter er mere trætte end alderssvarende raske.

Dette er imidlertid blevet fravalgt, fordi det må formodes, at raske personer ikke er kronisk trætte, og dernæst ville materialet blive alt for stort. Det er endvidere patienternes oplevelse af træthed og ikke årsagen til den, bl.a. arten af sygdom, som ligger til grund for dialysebehandlingen, der er undersøgt. Ligeledes er der ikke medtaget andre behandlingsrelaterede parametre, f.eks. blodprocent, vel vidende at det formentlig vil kunne have en betydning for patientens oplevelse af træthed.

# Mødet med diagnosen

AF LENE BANGSGAARD, ANNE KRAKAU HANSEN, HELLE KROGH OG SUSANNE AABLING, SYGEPLEJERSKER

**Artiklen henviser sig til sygeplejersker, som arbejder med patienter med multipel sklerose. Artiklen er baseret på interview med otte patienter, og hovedbudskabet er, at patienterne har brug for en fast kontaktperson fra den dag, de får stillet diagnosen, og for respekt og nærvær fra denne person.**

”Så sad der en læge og en sygeplejerske, som jeg aldrig havde set før, og sagde: ”Ja, vi har fået dine resultater. Du har sklerose, men det kender vi ikke noget til her på sygehuset. De henviste mig så til skleroseklinikken. Det var den 8. juni, og jeg kom på skleroseklinikken den 4. oktober.”

”Et af de første signaler, jeg som patient vil registrere, er, om sygeplejersken giver mig en opmærksomhed, der overbeviser mig om, at det specielt er mig og min sag, hun er optaget af.”

”Jeg kunne godt have tænkt mig, at der havde været en sygeplejerske i starten – et sikkerhedsnet.”

Citaterne stammer fra patientinterview i forbindelse med udarbejdelse af en kvalitativ undersøgelse ”Mødet med diagnosen, nydiagnosticerede sklerosepatienters behov for information, støtte og omsorg, en kvalitativ undersøgelse af otte patienters erfaringer.”

Formålet med undersøgelsen var at få viden om og beskrive følgende:

- Patienters erfaringer med behovet for støtte, omsorg og information, når de er nydiagnosticerede.
- Kontaktsygeplejerskens evne til at hjælpe patienten til at mestre sin situation.

Projektgruppen består af fire sygeplejersker, som i deres kliniske praksis arbejder med multipel sklerose (MS)-patienter. Gruppens kliniske erfaringer stammer fra fire forskellige skleroseklinikker og neurologiske ambulatorier i Danmark.

Behovet for et netværk opstod i 1996, da der på baggrund af nye behandlingsmuligheder blev ansat sygeplejersker i de neurologiske ambulatorier til at varetage plejen til patienter med multipel sklerose. Der er 14 behandlingssteder i Danmark. De fleste steder sad sygeplejersken alene med denne funktion, hvilket førte til udvikling af et stærkt netværk sygeplejerskerne imellem.

Multipel sklerose er en kronisk sygdom, som især rammer yngre mennesker i den aktive alder, hvor uddannelse og arbejde intensiveres, ægteskab indgås, og børn bliver planlagt. Sygdommen har ofte store fysiske, psykiske og sociale konsekvenser, og det at få stillet diagnosen multipel sklerose efterlader ofte den sygdomsramte og de pårørende i en tilstand af chok, sorg og angst.

## Design og metodevalg

Projektgruppen har som udgangspunkt valgt at udar-

bejde en empirisk undersøgelse, som er eksplorativ og deskriptiv.

De anvendte undersøgelsesmetoders perspektiv er, at opfattelsen og erfaringerne med et fænomen kun kan undersøges gennem erfaringer fra dem, som har oplevet fænomenet. Hensigten er at synliggøre problemstillinger i mødet med den nydiagnosticerede patient, der kan give anledning til kritisk refleksion og eventuelle ændringer i plejen.

Undersøgelsen omfattede to delundersøgelser over fire faser (se figur 1 side 54).

## Fokusgruppeinterview

For at få bredere perspektiv og for at afdække og afgrænse problemstillingerne udførte vi et fokusgruppeinterview med syv deltagere bestående af følgende faggrupper: En overlæge, en sklerosesygeplejerske, en neurologisk afdelingssygeplejerske, en repræsentant for Sclerose-foreningen samt en psykolog. Endvidere deltog en patient og en pårørende. Gruppens sammensætning er valgt for at få forskellige vinkler på besvarelsen af spørgsmålene.

Deltagerne blev inviteret via et brev, som beskrev formålet. Interviewet blev optaget på bånd efter tilladelse fra deltagerne, som blev lovet anonymitet.

Projektgruppen udarbejdede en guideline med åbne spørgsmål for at sikre, at diskussionen blev målrettet.

Da vi alle arbejder med denne patientgruppe og derfor let kunne påvirke og overføre egne holdninger, valgte vi en ekstern moderator, som var velegnet til at lede gruppen uden at overføre egne holdninger til gruppedeltagerne. Interviewet var angivet til at tage ca. 1½ time.

Interviewet blev transskriberet, og derefter blev de relevante passager kategoriseret. Interviewets meningsindhold blev fortolket. De interviewedes meninger og forståelse blev synlig, og vi tilføjede vore egne perspektiver.

Analysen af fokusgruppeinterviewet viste, at patienterne ikke havde ens behov og forventninger på diagnosetidspunktet, og at det at få en kronisk sygdom ikke blot rammer patienten, men også de pårørende. Familien har behov for en fast kontaktperson gennem hele forløbet. Det blev tydeligt, at hvis patienterne får den viden, de har behov for af læger og sygeplejersker på det rigtige tidspunkt og på deres egne vilkår, opnås den bedste mestring.

Det er projektgruppens opfattelse, at man kan forebygge alvorlig krise, hvis patienten på diagnosetidspunktet informeres grundigt om sygdommen af læger, sygeplejersker og psykologer. Kontaktsygeplejersken kan som sparringspartner hjælpe patienten til at mestre sin sygdom. Ligeledes kan kontaktsygeplejersken lære patienten at blive bedre til egenomsorg og til at give udtryk for, hvad de gerne vil have hjælp til.

”Man kan forebygge alvorlig krise, hvis patienten på diagnosetidspunktet informeres grundigt om sygdommen af læger, sygeplejersker og psykologer.”



Diagnosen overbringes af specialekyndig person

Individuelt samarbejde mellem patient og personale

Ingen standarder og manualer

Fast kontaktperson

Dialog

Ingen tidshorisont på informationsbehovet

Udgangspunkt i patientens aktuelle behov og mestringsevne

Nøgleord, som nydiagnosticerede sklerosepatienter giver udtryk for, har betydning i behandling og pleje.



”Patienterne udtrykker stor tilfredshed med, at der altid er planlagt en ny aftale og at have telefonnummeret til en kontaktperson, man kan spørge om alting. Afklaring og viden giver tryghed og lettelse.”

» På baggrund af litteraturstudier og fokusgruppeinterview valgte vi i projektgruppen at fokusere på yderligere et formål med den videre undersøgelse, nemlig at forebygge uhensigtsmæssige kriseforløb for patient og pårørende/familie.

Vi brugte fokusgruppeinterviewet til at kvalificere interviewguiden til de enkelte patientinterview. Vi valgte at interviewe otte patienter, tre mænd og fem kvinder, i alderen 25-55 år fra forskellige egne i landet. Antallet af patienter er valgt med baggrund i, at resultatet af kvalitative undersøgelser ikke ændres i forhold til datamængde (1).

Hvert interview var planlagt til at tage en time og blev styret ud fra interviewguiden med åbne spørgsmål. Interviewene foregik i patientens eget hjem. Vi fandt det vigtigt, at deltagerne ikke blev interviewet af sygeplejersker, de kendte i forvejen, derfor var det kolleger fra andre centre, der udvalgte patienterne. Interviewene blev optaget på bånd og transskriberet.

#### Fire temaer

Ud fra en grundig tekstanalyse og meningskategorisering (1) fremkom væsentlige temaer, først via fokusgruppeinterviewet og siden i patientinterviewene.

I analyserne fremkom fire temaer:

- tryghed/tillid
- identitet/krise
- information
- sundhed.

#### Tryghed/tillid

”Jeg syntes ret hurtigt, at jeg fik et fortroligt forhold til hende (kontaktsygeplejersken), så jeg er meget tryk ved det. Også fordi jeg mærker sådan en grundighed i, hvordan de viser mig tingene.”

”Så det, at man har en kontaktsygeplejerske, og at det altid er den samme, det er også tryghed for mine pårørende, de ved, nåh ja, så kan de da ringe til sygeplejersken.”

Patienterne gav udtryk for, at det er væsentligt, at der er en sygeplejerske med fra forløbets begyndelse, og at denne fungerer som kontaktperson. Patienterne udtrykker stor tilfredshed med, at der altid er planlagt en ny aftale og at have telefonnummeret til en kontaktperson, man kan spørge om alting. Afklaring og viden giver tryghed og lettelse.

Patienterne giver i undersøgelsen udtryk for, at det er vigtigt, at den samme person følger dem, og at denne person skal have viden om sygdommen og behandlingsmulighederne, så de kan få svar på de spørgsmål, der løbende dukker op. Derudover pointerer de vigtigheden af, at hun er god til at lytte, og at de kan få den tid, de har behov for. De bruger ofte ordene tryghed og tillid og giver udtryk for, at det er vigtigt, at begge dele er til stede.

#### Identitet/krise

”Det sværeste har helt klart været, at det ikke kan helbredes. Det synes jeg, er det, jeg bruger mine tanker på, altså det er den der fremtidsudsig, hvad det er for en sygdom, og hvordan den udvikler sig.”

”Jeg havde ikke set ham (lægen) før, og der var ikke andre. Jeg hørte ingenting, han var der i 10 minutter. Og så kunne vi ellers bare sidde der.”

Det, patienten oplever, er umiddelbart uforståeligt. Hvorfor man skal rammes så hårdt? Identiteten bliver anfægtet, og personen reagerer ofte psykisk med depression. Patienten ønsker, at sygdommen ikke er en realitet, at det må være en anden end ham selv, der er syg.

Uvisheden er svær at mestre. Det, at man ikke ved, hvordan sygdommen udvikler sig, eller om den overhovedet gør det. Når man ikke ved, hvad der sker, er det svært at forholde sig til tingene.

Det er væsentligt for den enkelte, at der er håb. Det er med til, at man magter sit liv.

Nogle patienter forsøger at fortsætte livet ved at have magt over sygdommen og vil ikke betegne sig selv som syge, de vil fortsætte med at leve som før på trods af sklerosen. Andre patienter opfatter sig selv anderledes end tidligere og betvivler, at de kan være raske og friske med en kronisk sygdom. De tænker på, at sygdommen er uhelbredelig, og det synes mere væsentligt, end hvordan sygdommen udvikler sig over tid.

» FIGUR 1. UNDERSØGELSENS DESIGN

Undersøgelsen omfattede to delundersøgelser over fire faser.

	April 2004	September 2004	Marts 2005	April 2006
Fase 1	Vejledende fokusgruppeinterview med syv deltagere	Analyse af fokusgruppeinterviewet		
Fase 2 Delundersøgelse A		Pilottest af patientinterviewguide		
Fase 3 Delundersøgelse B			Otte patientinterviews	
Fase 4			Analyse af interviews	Afrapportering

Patienterne har svært ved at forstå meningen med at få en kronisk sygdom. Ofte har de levet sundt. Hvis man lever sundt med det mål at undgå sygdom, er illusionen bristet.

I denne undersøgelse udtrykker alle interviewede, at de et år efter diagnosticeringen er kommet ud over chok- og reaktionsfasen (2) og befinder sig i bearbejdningsfasen. Situationen er nu – ved hjælp af den enkeltes ressourcer, baggrundsviden, det familiære netværk, kollegaers, venners og professionelle hjælp – blevet en anden. De har fundet, eller prøver på at finde, en måde, de kan forholde sig til diagnosen og den usikre fremtid på. Hvor lang tid der går, før den enkelte kommer videre, er individuelt og afhængigt af personens livssituation.

#### Information

”Det ville have været rart, hvis de, inden de gav mig diagnosen, under forløbet havde talt med mig om, hvad det kunne være ... tror jeg ... jeg havde ikke overhovedet hørt andet, end at det gik væk igen. De kunne måske have sagt, hvad de mistænkte og undersøgte for.”

”Men jeg lærte at tage det i små step. Det tror jeg ikke, at jeg ville have gjort, hvis jeg havde fået diagnosen sådan lige bang.”

Patienterne bekræfter hinanden i, at de ønsker at blive informeret løbende og i samarbejde med den professionelle. Det at få information lidt efter lidt gør det nemmere at forstå den og forholde sig til den.

Patienterne oplever, at den information, der gives, er uforståelig. Den, der informerer, sikrer sig ikke, at informationen forstås. Der bliver ofte talt fagsprog, og den professionelle lægger vægt på andre aspekter end dem, patienten har behov for at tale om.

Det er vigtigt at sikre en god dialog mellem de professionelle og patienten, og samtalen er det vigtigste redskab i sundhedspædagogikken (3). Sundhedspædagogik skal for at virke knytte sig til patientens konkrete situation og tage udgangspunkt i individet. Det er patienternes identitet og livsform, der er afgørende for deres sundhedsadfærd, også set i forhold til at få en kronisk sygdom som multipel sklerose. Det er som grundlag sundhedspædagogik, der anvendes som mål og middel for at sikre, at patienten opnår at blive ekspert i sit eget liv og i sin egen sygdom. Hvis man tager afsæt i, at information skal give sammenhæng, begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed (3), må de professionelle samtidig vide, at informationen ikke i sig selv ændrer patienternes adfærd, men kan medvirke til at få patienten til bevidst at tage stilling til sit liv og sin sundhed.

Man kan ikke hjælpe en patient, der ikke vil hjælpes. Man kan gøre et forsøg på at gøre dem interesserede i at

blive ekspert i egen sygdom, og man kan give et tilbud om træning i bedre at kunne beherske bestemte situationer.

#### Sundhed

”Jeg kan ikke forstå, hvorfor jeg skal have den sygdom. Jeg synes, jeg har passet på mig selv. Jeg har selvfølgelig haft travlt, men jeg synes, jeg har gjort meget for min krop.”

”Jeg prøver at fastholde det positive. Jeg prøver at sige til mig selv, at godt nok har jeg fået en sygdom, men jeg er ikke syg ... altså, jeg mærker den konstant, men jeg vil ikke være syg. Det er egentlig sådan, jeg skal bare leve.”

Sundhed har både en snæver helbredsmæssig betydning som middel til at forblive rask og en bredere, kulturel betydning, hvor begreber som livskvalitet og det gode liv er centrale (4). Man kan udlede af vores undersøgelse, at den enkelte patients sundhedsbegreb udfordres, hvis man i hele sin opvækst har lært at tænke sundhed som fravær af sygdom. Helbredelse er ikke mulig, derfor må målet for de professionelle være at fremme og pleje sundhed. Medicinens rolle er at hjælpe folk med at fungere i hverdagen på trods af deres kroniske lidelse. Kontrasten mellem sundhed som personligt ansvar og som bestemt af forhold uden for én selv viser sig at være en hensigtsmæssig skelnen (5).

#### Manualer er ikke svaret

Undersøgelsen viser, at både professionelle og patienter finder det bedre at arbejde individuelt frem for med

”Både professionelle og patienter finder det bedre at arbejde individuelt frem for med standarder og manualer.”

standarder og manualer. Det er muligt at udarbejde guidelines for information, men der kan ikke sættes tidshorisont på denne, idet det må være patientens aktuelle behov og evne til at mestre informationen og sygdommen, der er udgangspunkt for samtalerne.

Flere udsagn fra de interviewede viser, at der stadig er behov for, at de professionelle udvikler og forbedrer situationen eller mødet, når patienten skal have information om diagnosen.

Interviewene viste, at alle sklerosepatienter gør, hvad de kan i forsøg på at fortsætte deres liv som før, og at de ikke vil betegne sig selv som syge. De ønsker at mestre deres liv på trods af sklerose. Afklaring og viden giver dem tryghed og lettelse. Som en patient udtrykker det:

”Nu har man diagnosen, og så gælder det om at leve med den.”

## »» ENGLISH ABSTRACT

Krakau Hansen A, Bangsgaard L, Aabling S, Krogh H. Facing the diagnosis. *Syggeplejersken* 2008;(4):52-6.

Statements from focus groups and interviews with multiple sclerosis patients show that there is a need for them to have a regular contact person with specialist knowledge from the day they are given their diagnosis. It transpired that those patients who had been given a diagnosis by a non-specialist were in greater crisis. Similarly, all the patients expressed the view that having a regular contact person was a great help.

The survey shows that both professionals and patients find it better to work individually rather than using standards and manuals. Although it is possible to prepare guidelines for information purposes, a timeline cannot be set because the patient's current needs and ability to cope with the information/disease should form the basis for consultations.

Several statements from interviewees show that it is still necessary for the professionals to develop and improve the situation after the meeting at which the patient is given his/her diagnosis.

All patients with multiple sclerosis do what they can to live as before and they do not describe themselves as ill. They want to cope with their lives despite the disease. Clarification and knowledge gives them security and a sense of relief. One patient put it like this:

"You've now been given a diagnosis, and it's a question of living with it."

Key words: Multiple sclerosis, contact person, dialogue, information.

»»

*Lene Bangsgaard er ansat på Scleroseklinikken, Glostrup Hospital.*

*Anne Krakau Hansen er ansat på Dansk Multipel Sclerose Center,*

*Rigshospitalet, København.*

*Helle Krogh er ansat på Neurologisk Ambulatorium,*

*Regionshospitalet Viborg.*

*Susanne Aabling er ansat på Sydjysk Scleroseklinik,*

*Sygehus Sønderjylland, Sønderborg.*

*Vejleder: Lis Wagner, RN, DR PH, professor.*

## Litteratur

1. Kvale S. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Reitzel; 2005.
2. Cullberg J. Krise og udvikling. København: Hans Reitzel; 1981.
3. Elsass P. Sundhedsfremme – et sundhedspsykologisk perspektiv for samarbejdet mellem lægfolk og professionelle. In: Sundhedsbegreber filosofi og praksis. Jensen U et al. København: Filosofia; 1994.
4. Fog J. Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje. København: Munksgaard; 2002.
5. Otto L. Et robust helbred eller et lykkeligt liv. In: Sundhedsbegreber filosofi og praksis. Jensen U J et al. København: Filosofia; 1994.

## Diplomkursus i GCP for projektsygeplejersker

### - Kliniske lægemiddelforsøg i Danmark

Kurset er målrettet projektsygeplejersker med interesse for klinisk lægemiddelforskning ansat på hospital, i speciallægepraksis, i almen praksis eller anden patientbehandlende institution.

Kurset giver – foruden metodologiske og lov-mæssige aspekter – god indsigt i projektsygeplejerskens rolle og ansvarsområder i forbindelse med kliniske lægemiddelforsøg.

Kursets sidste dag er afsat til projektledelse – en funktion projektsygeplejersker ofte påtager sig - med fokus på planlægning, målsætning, styring, teamledelse og resultater.

*Kurset er tilrettelagt som et ligeværdigt alternativ til diplomkursus i GCP-monitorering, hvor målgruppen er monitorer ansat i Lifs medlemsvirksomheder. Kurset efterfølges derfor også af en – frivillig – eksamen.*

Kompetente og erfarne undervisere sikrer, at du får et optimalt udbytte af kurset.

Tid: 3.-6. april 2008

Yderligere information og tilmeldingsblanket finder du på:

**[www.lif-uddannelse.dk](http://www.lif-uddannelse.dk)**

Du er også meget velkommen til at kontakte uddannelsesleder Helle Møller, [hm@lif.dk](mailto:hm@lif.dk), tlf. 39 27 60 60.




Uddannelse

- fordi viden  
skaber udvikling



## I godt selskab

 Sygeplejens historie er en mosaik af mange historier. Om enkeltpersoner, om institutioner, om ændringer i samfundet socialt og kulturelt.

Axel Johannesens erindringer er et vellykket eksempel på, hvordan en stor del af mosaikkens elementer kan knyttes sammen med udgangspunkt i en enkelt mands livshistorie.

Måske er det den færøske baggrund med evner for fortællekunsten, der slår igennem.

Læseren føres fra en fattig, men traditionsrig og religiøs barndom på Færøerne over uddannelsen som diakon til deltagelse i uddannelsen af det første hold mandlige sygeplejeelever i Danmark. Videre går færdens over forfatterens mange arbejdsmæssige engagementer, både lønnede og frivillige.

Undervejs fortælles om uddannelsesindhold, enkeltpersoners betydning for forfatteren samt udviklingen og holdninger i sygeplejen, udviklingen på social- og sundhedsområdet og ikke mindst omsorgen for ældre, handikappede og svage.

Hele vejen er hustruen, børnene og den færøske baggrund og familie med.

Ud over at forfatteren må have en formidabel hukommelse, viser bogens gentagne indlæg i forhold til de samtidsdebatter, der har været i perioden, at når Axel Johannesen har hørt indlæg, der har været meningsfyldte for ham, eller han selv har talt om et tema, der har optaget ham, så er tingene blevet gemt.

Det gør bogen både læsevenlig og troværdig, når den læses som en historisk fortælling om en mand, der gik ind i en ultraditionel rolle og fandt sin plads i et område i det danske samfund, som konstant har været under omstilling og udvikling.

Det kommer frem, at Axel Johannesen ikke anser alle udviklingstendenser og konsekvenser for lige hensigtsmæssige for klienterne, måske ikke i så stærke ord, men nogle steder med klar adresse, andre steder mellem linjerne.

For den, der vil forstå en del af bl.a. hjemmeplejens dilemmaer i dag, er der god baggrundsviden at hente i bogen, og den kan sætte den aktuelle debat om ældreboligernes størrelse og indretning ind i et historisk perspektiv.

Man er i godt selskab med denne erindringsbog om en mand, der forbliver tro mod sin færøske baggrund og sin religion, samtidig med at han tilpasser sig varetagelsen af en lang række opgaver både i Danmark og på Færøerne.

Bogen er velillustreret og rummer en god indholdsfortegnelse, der kan gøre det let for undervisere at slå op i den.

*Af Kirsten Stallknecht, sygeplejerske, tidligere formand for Dansk Sygeplejeråd.*



Axel Johannesen

**Fra kongsbondesøn til sygeplejerske**

Queenswood 2007

292 sider – 198 kr.

ISBN 978-87-91519-23-9

## Talrige eksempler på børn og unges symptombilleder

 Kan børn have en depression?

”En niårig dreng henvises, da han igennem tre måneder har vægret sig mod at gå i skole. På trods af stor faglig dygtighed er han begyndt at give udtryk for stor bekymring om egne præstationer. Han er bange for ikke at slå til, og han klager over hovedpine og mavesmerter.”

Forfatterne giver i den nye reviderede lærebog i børne- og ungdomspsykiatri talrige eksempler på børn og unges symptombilleder inden for de forskellige diagnosegrupper i ICD-10.

Bogen afspejler forfatternes store erfaring og engagement, og de formår at give et klart og præcist billede af de diagnostiske kriterier samt de bagvedliggende årsager og eventuelle differentialdiagnostiske overvejelser. Forfatterne lægger samtidig vægt på vigtigheden af det brede samarbejde med barnet og den unges omgivende netværk, både i forhold til afdækkende anamnesticke oplysninger og ikke mindst i forhold til lindring og forebyggelse.

Der redegøres for de nyeste neurobiologiske og neuropsykologiske forståelsesrammer. Disse samt den psykodynamiske forståelse danner baggrund for et separat kapitel omhandlende de mest anvendte og forskningsmæssigt dokumenterede behandlingsformer såsom psykoedukation, kognitiv terapi, individuelle og gruppeterapeutiske interventioner herunder miljøterapi samt farmakoterapi.

I et særskilt kapitel redegøres for lovgivningen inden for området.

Bogen er primært skrevet for medicinstuderende, men er også rettet mod andre faggrupper inden for sundheds- og socialsektoren. Som opslagsbog giver den en meget overskuelig og samtidig grundig indføring i det børne- og ungdomspsykiatriske diagnose- og behandlingsfelt.

De diagnostiske kriterier, komorbiditet og konkrete behandlingsmuligheder fremhæves i markerede bokse, så man opnår et hurtigt overblik. Efter hvert diagnostisk hovedområde er der henvisning til anbefalet litteratur med baggrund i kliniske og forskningsmæssige dokumenterede data. Henvisningerne er få og afgrænsede. Ønsker man mere detaljerede og uddybende litteraturhenvisninger i forhold til baggrundsforståelse og bredere behandlingstiltag, må man søge sine kilder andetsteds.

Bogen kan klart anbefales til sygeplejestuderende som indføring i det børne- og ungdomspsykiatriske speciale og som opslagsbog for studerende i det pædiatriske speciale, hvor man også kan møde disse børn.

For mere erfarent personale er bogen en god oversigtsbog i forhold til diagnostisk afklaring og aktuel forståelse og behandling.

*Af Lone Monsen, sygeplejerske, ansat i børne- og ungdomspsykiatrisk speciallægepraksis i Rødovre.*



Per Hove Thomsen og

Anne Mette Skovgaard

**Børne- og ungdomspsykiatri**

Fadls Forlag 2007 – 2. udgave

374 sider – 400 kr.

ISBN 978-87-7749-387-4



## BLIV VÆRTSFAMILIE

Inviter en udvekslingsstudent ind i din familie og få en interkulturel oplevelse for livet

AFS Interkultur modtager til august omkring 140 udvekslingsstudenter i alderen 15-18 år fra hele verden.

De kommer hertil for at lære dansk sprog og kultur og gå i en lokal skole.

Grib chancen og bliv værtsfamilie i 5 eller 11 måneder for én af de mange spændende unge.


Ring til os på 38 34 33 00  
eller besøg [www.afs.dk](http://www.afs.dk)

AFS Interkultur er  
Danmarks største og  
ældste non-profit  
udvekslingsorganisation.



Espen Jerlang  
**Psykologiske tænkere**  
Hans Reitzels Forlag 2007  
220 sider – 225 kr.  
ISBN 978-87-412-5130-1

## Læg arm med originallitteraturen


 *Espen Jerlang*, cand. psyk. og tidligere rektor på Roskilde Pædagogseminarium, har bundet en blandet buket af otte ansete teoretikere, som har haft betydning for det syn, vi i dag har på børns psykologiske udvikling. Dette syn har gennem de sidste årtier ændret sig, men kendskabet til de ældre teorier er nødvendigt, skriver Jerlang i forordet, fordi de danner baggrund for de nyere synsvinkler og rummer en vigtig viden, som giver mening den dag i dag.

Hensigten med bogen er at være en appetitvækker til at gå ombord i originallitteraturen. Hver enkelt teoretiker er præsenteret via et uddrag af en tekst i dansk oversættelse, efterfulgt af en venlig anbefaling om at læse teksten i sin helhed og litteraturhenvisninger til yderligere belysning af teorierne. En biografi om hver enkelt beskriver kort den enkeltes forskning og teori og den samtid, som teorien er udviklet i.

Bogen er interessant på flere måder. Den giver mulighed for hurtigt at få et overblik over nogle af de væsentlige teorier inden for udviklingspsykologien, og for at få genstartet hjerne-cellerne til eksempelvis at erindre, at *J. Bowlby* er ham med teorierne om tilknytningsformer, og *M. Mahler* er hende med objektrelationsteorien. Den giver et billede af, hvordan de forskellige teorier så at sige står på skuldrene af hinanden. Uddragene af teksterne giver mulighed for at få en afprøvning af dagsformen, inden man giver sig i kast med at lægge arm med originallitteraturen.

Af Hanne Lindhardt, sundhedsplejerske,  
ansat i Furesø Kommune.

## Et effektivt sovemiddel

 Jeg fik et par ferieoplagte teenagere til at lytte med på denne cd. De havde linet op til at skulle se film den udstrakte nat. Desværre kom de for skade at lytte til *Bobby Zachariaes* stemme inden. Ti minutter senere sov de, og "det var rigtig nederen, for klokken var kun ni om aftenen, og vi nåede slet ikke at få set en eneste film."

"Visualisering for børn" indeholder tre visualiseringsøvelser. Den første er en afspændingsøvelse. Barnet bliver guidet igennem kroppen og får lært, hvordan man slapper sine muskler af, bl.a. ved at blive bedt om at knytte hånden hårdt og derefter gøre den tung som jern. Det var undervejs i denne proces, at teenagerne kapitulerede og faldt i søvn. Jeg taler ofte med skolebørn, som fortæller om vanskeligheder med at finde ro til at falde i søvn om aftenen. Her er tilsyneladende et effektivt sovemiddel.

De to andre øvelser har til formål at finde indre styrke og lindre ubehag og smerte. Barnets fantasi bliver aktiveret til at forestille sig et smukt sted, som er barnets helt eget, og hvor der er trygt og dejligt at være. Herfra bliver barnet i den ene øvelse bedt om at foretage en rejse ind i kroppen. Her møder det kroppens hjælpere, som bekæmper bakterier og holder kroppen rask. I den anden øvelse kan det vælge en farve og male det sted, som gør ondt, for at lindre smerten og ubehaget.

Bobby Zachariae leverer fængende stemmerytme, akkompagneret af *Christian Alvads* bløde strengespil.

Målgruppen er børn fra seks til ca. tolv år. De mindste kan måske have vanskeligheder med at fastholde koncentrationen i visualiseringsøvelserne, men det kan komme an på en prøve.

Afspændingsøvelsen er meget konkret, og her kan alle være med.

Af Hanne Lindhardt, sundhedsplejerske,  
ansat i Furesø Kommune.



Bobby Zachariae  
**Visualisering for børn**  
Forlaget Rosinante 2007  
1 cd samt instruktionshæfte på  
8 sider – 189 kr.  
ISBN 978-87-638-0628-2

## Familieterapeutisk Center

SYSTEMISK STRUKTUREL  
FAMILIETERAPI

3-ÅRIG  
VIDEREUDDANNELSE

4. uddannelsesår med avanceret supervision som option

*Systemisk strukturel familieterapi  
og multisystemisk terapi:  
at skabe kontekst for forandringer*


Tværfagligt hold starter  
16-17. september 2008 i Aalborg

Tilmeldingsfrist 1. maj 2008!

Familieterapeutisk Center  
Aalborg: 98-164975

[www.ftc.dk](http://www.ftc.dk) • mail: [villet@ftc.dk](mailto:villet@ftc.dk)

## Øjenåbner til ældreomsorg

 I forbindelse med revision af bogen har 2. udgave fået en tilføjelse til titlen: ” – en indføring”.

Det er en vigtig tilføjelse, for geriatri og geriatrisk sygepleje er et meget omfattende område, og derfor kan der kun blive tale om en indføring.

Og så må jeg lige slå fast, sikke en indføring!

Værket dækker en bred vifte af problemområder inden for geriatrien. Der beskrives både fysiske, psykiske og sociale forhold. Desuden behandles bl.a. problemområder som magt og afmagt i ældreomsorgen, ældres retssikkerhed, etiske dilemmaer og de ældres sidste dage og timer.

Forfatterteamet repræsenterer mange forskellige områder inden for geriatrien.

En del af forfatterne har en sygeplejefaglig eller medicinsk uddannelse, men blandt forfatterne er der også en psykolog, en sociolog, en fysioterapeut, en tandlæge og en ”vernepleier”. Vernepleieruddannelsen er en norsk uddannelse med fokus på omsorg for mennesker, der er udviklingshæmmede. Forfatterteamet i den reviderede udgave er ændret en del.

Bag i bogen findes en udmærket præsentation af forfatterne. Præsentationen viser den enkelte forfatters baggrund for argumentationen i det eller de kapitler, forfatteren står for. Det tværfaglige forfatterteam giver en god indføring på tværs af de mange fagområder inden for geriatrien.

Forskning og viden på området er i rivende udvikling, derfor er det nødvendigt at foretage revision med jævne mellemrum, og her drejer det sig om en omfattende revision.

Det er stadig *Margareth Bondevik* og *Harald A. Nygaard*, der er redaktører på denne udgave, og *Marianne Hjortsø*, der har oversat værket.

Nogle af problemkomplekserne er uddybet betydeligt. Som eksempel kan jeg nævne kapitel 9: Ældre og lægemidler. I den tidligere udgave blev dette område kun behandlet som et underafsnit under generel behandling af ældre mennesker. Kapitel 11: Dilemmaer i omsorgsarbejdet, supplerer de tidligere kapitler om etiske problemstillinger i ældreomsorgen.

Kapitel 23: Støttet alderdom: Udviklingshæmmede og aldring. Kapitlet er udvidet betydeligt, og det gælder også referencelisten til dette kapitel.

I alle kapitlerne henvises der til ny litteratur, men naturligvis er der også en del klassikere med.

Og så må jeg lige bemærke, at sproget er moderniseret, og dermed er stoffet gjort mere læsevenligt.

Målet med denne bog, at give sygeplejestuderende og studerende på andre videregående sundhedsuddannelser en indføring i geriatri, er nået.

Tværfagligheden giver et nuanceret billede af geriatrien, og billedet kan give de studerende grundlag for at reflektere over de mange problemområder, der findes inden for ældreomsorg.

Det er en inspirerende bog, der sikkert vil hjælpe studerende til at få øje på ældreomsorg som en væsentlig del af sygeplejen.

*Af Vibeke von der Lieth, tidligere sygeplejelærer og studievejleder, CVU Øresund, sygepleje- og radiografuddannelsen i Herlev.*



Margareth Bondevik og Harald A. Nygaard (red.)

**Tværfaglig geriatri**  
– en indføring

Gads Forlag

2. udgave 2007

438 sider – 295 kr.

ISBN 978-87-12-04309-6

## Kurophold ved Vesterhavet



Fred til omsorg og fordybelse  
i dig og dit liv.

5 dages ophold med udgangspunkt  
i dine behov.

**Specialtilbud til 1. maj**  
**8000 kr.**

Tilskud fra Foreningen til støtte af  
sygdomsramte erhvervsaktive borgere.



Øster Løkke 3024 7103  
[www.kurovisioner.dk](http://www.kurovisioner.dk)

## Frivillig på kommunal pensionistrejse med fokus på sundhed og velvære?

Frederiksberg kommunens Sundhedscenter  
tilbyder igen i år:

**Pensionistrejse med fokus  
på sundhed og velvære.**

Rejsen er i uge 32 og går til Hundested Kro fra  
mandag til lørdag.

Kunne du tænke dig at være hjælper på turen,  
være med til at skabe en god stemning og  
få en inspirerende uge? Deltagerne tilbydes  
morgengymnastik, sundhedstest, stavgang,  
gruppelivsstils samtaler m.v. Der arrangeres  
herudover to halvdags ture i bus.

Tilmelding og yderligere information rettes til  
Berit G. Aasted, tlf: 38 21 33 80.

Frederiksberg kommune tilbyder hvert år rejser  
til pensionister, som ikke har mulighed for at  
komme på rejse. Borgerne skal selv kunne  
komme op og ned i en bus.

5 FAGLIGE MINUTTER SKRIVES PÅ SKIFT AF FIRE SYGEPLEJERSKER:



Jette Bagh,  
sygeplejerske,  
cand.cur.,  
fagredaktør på  
Sygeplejersken.



Jørn Ditlev Eriksen,  
sygeplejerske, for-  
stander på botilbud-  
det Slotsvænget,  
Lyngby/Taarbæk  
Kommune.



Evy Ravn,  
sygeplejerske,  
cand.scient.soc.,  
fagredaktør på  
Sygeplejersken.



Birgitte Harild,  
sygeplejerske,  
leder af visitations-  
afdelingen i Halsnæs  
Kommune.

## Ensretning – en forkert retning!

Hele min familie sad klistret til skærmen søndage kl. 20, da DR1 sendte *Per Flys* "Forestillingen". Seks søndage i træk så vi den samme historie, men hver gang fortalt fra en ny hovedpersons synsvinkel. Det fascinerede os, at vores sympati og forståelse for den enkelte karakter hele tiden skiftede i takt med, at vi fik indsigt i deres livshistorie og dermed forståelse for deres handlinger. Det er en erkendelse, jeg kan overføre til alle de arbejdssituationer, hvor vi som sygeplejersker arbejder med relationer til mennesker, som vi søger at hjælpe.

Selvom vi sygeplejersker er blevet socialiseret og ensrettet godt og grundigt igennem vores uddannelse og arbejde, så er vi trods alt stadigvæk udstyret med forskellige talenter. I psykiatrien har dette stor betydning, da nogle sygeplejersker har bedre kompetencer i forhold til at skabe tillid, være empatiske og opbygge relationer. Disse sygeplejersker vil ofte få et fortroligt forhold til patienten, og dermed et bedre kendskab og en større forståelse for den enkelte patients reaktioner og drømme.

Det burde som udgangspunkt være en styrke i en arbejdsgruppe, at vi har forskellige syn og holdninger til de mennesker, vi søger at hjælpe, da det giver et nuanceret billede af den enkelte patient. Det er dog min erfaring, at denne forskellighed ofte bliver opfattet som et problem.

I den psykiatriske sygepleje har jeg erfaret, at målet oftest er at ensrette vores holdninger og handlinger i forhold til den enkelte patient. Den grundlæggende antagelse er, at en sindslidende har et kaotisk indre og derfor har brug for velstrukturerede og forudsigelige omgivelser for igen at komme til fornuft. Da det er svært at konkretisere holdninger, så bliver resultatet ofte, at der udarbejdes et sæt regler, der skal styre patientens adfærd.

Når disse regler er fastsat, så kan der være lagt i kakkellovnen til det næste holdningsmøde. Disse møder er ofte styret af en sygeplejerske, som på mødet ubarmhjertigt vil afsige sin dom over de medarbejdere, der har brudt med fællesskabets adfærdsregler.

Det vil ofte være de sygeplejersker, som er særligt kompetente i forhold til at opbygge fortrolige relationer, der har brudt reglerne. De vil uvilkårligt have en større indsigt og forståelse for patienten og vil dermed være tilbøjelige til at handle intuitivt, da deres sygeplejepsis er mere styret af øjeblikkets skøn og deres samarbejde med patienten end af det fælles regelsæt.

Det undrer mig, at vi i sygeplejen fastholder idealet om, at det er godt at handle ens i en tid, hvor man i andre virksomheder søger at udnytte forskelligheder som en styrke. Regler sætter sygeplejerskernes dømmekraft ud af spil, og resultatet bliver en sygeplejeindsats med ringe kvalitet, da ingen tør gå nye veje af frygt for at bryde reglerne.

Hvis vi skal udvikle vores sygeplejepsis, er vi nødt til at udvikle en kultur, hvor vi udveksler erfaringer og lærer af hinandens forskelligheder. Idealet om ensretning er utopi og fastholder en praksis, hvor det er den laveste fællesnævner, der er styrende for kvaliteten i indsatsen, og hvor talentfulde sygeplejersker ikke får lov til at folde sig ud.

Lad os få en fremtid, hvor vi er stolte af vores evne til at se og udnytte forskelligheder!

**"Det undrer mig, at vi i sygeplejen fastholder idealet om, at det er godt at handle ens i en tid, hvor man i andre virksomheder søger at udnytte forskelligheder som en styrke."**

redaktionen@dsr.dk