

# SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING || NR. 22 || 2. NOVEMBER 2007 || 107. ÅRGANG

## KORT NYT

Studerende mister selvtillid i praktikken

★ Et stærkt dokument, der kan mindske brug af tvang

! Sex, sygeplejersker og uniformer

Global sygeplejerskemangel

# Vi tager fra de fattige ...



## ARTIKLER

**24 Socialsygeplejerske tager brodden af konflikterne**

Meget har ændret sig for de indlagte stofmisbrugere, siden socialsygeplejerske Nina Brúnés blev tilknyttet ortopedkirurgisk afdeling på Bispebjerg Hospital.

**26 Lægerne er alt for rå**

Som stofmisbruger har Jette V. Jepsen ofte følt sig mindre værd end de andre patienter på hospitalet. Derfor finder hun det positivt, at personalet på afdeling M på Bispebjerg Hospital giver hende de samme rettigheder som alle andre indlagte.

**28 Der skal fagligt perspektiv på opgaveløsningen**

Rundspørge blandt tillidsrepræsentanter på tre hospitaler i hovedstadsområdet afslørede en række arbejdsopgaver, som sygeplejerskerne fandt sygeplejefagligt irrelevante.

**30 Ansvar for uløste opgaver skubbes nedad**

Det er et forvansket billede af virkeligheden, at sygeplejersker rager opgaver til sig uden at afgive nogen. Udlicitering af andre faggruppers arbejde tvinger tværtimod sygeplejersker til at udføre opgaver, de ikke burde, mener Dansk Sygeplejeråds formand.

**32 Nyt introduktionsforløb hjælper nyuddannede**

Det er spild af dyrebare ressourcer, når nyuddannede sygeplejersker forlader et job, fordi introduktionen har været for dårlig. På Bispebjerg Hospital i København har man taget effektivt hånd om problemet.

**34 Nye horisonter i Nordjylland**

Oprindeligt var de begge sygeplejersker. Men han ville videre rent fagligt og læste til læge. Og hun fik et tilbud, hun ikke kunne afslå, som teaterleder i Hjørring.

**46 Læsernes redaktør – Nødvendig, sund og pengene værd**

## TEMA: GLOBAL SYGEPLEJERSKEMANGEL SIDE 14-22

**14 En verden af sygeplejerskemangel**

Mens Danmark mangler 1.500 sygeplejersker, står de afrikanske lande syd for Sahara med et underskud på mere end en halv million sygeplejersker. Den globale sygeplejerskemangel rammer de fattigste lande hårdest, fastslår udviklingsorganisationerne.

**18 Sproget er den største hurdle**

Mens regeringen netop nu lægger planer for, hvordan Danmark kan tiltrække flere udenlandske sygeplejersker, har man på Hvidovre Hospital allerede dannet sig de første erfaringer med sygeplejersker fra lande som Filippinerne, Congo, Thailand og Iran.

**19 Din næste kollega er filippinsk**

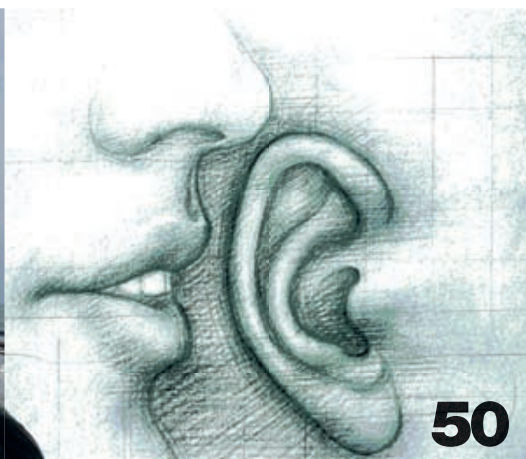
Læger og sygeplejersker fra udlandet har i flere år været faste kollegaer på hospitalsgangene. Og den nye sygeplejerske på afdelingen bliver i den nærmeste fremtid højst sandsynligt også én fra udlandet.

**20 Afrika lider under sygeplejerskeflugt**

Én sygeplejerske til 100 patienter på en vagt i Uganda, og lønnen er lav og ressourcerne ringe. Ikke noget at sige til, at mange føler sig fristet til at søge job i Vesten. Men det kommer til at gå hårdt ud over Ugandas befolkning.







## FAG

### 50 Indflydelse på egen behandling

Hver gang en psykiatrisk bruger henvises til et behandlingsforløb i distriktspsykiatrien, skal der planlægges og iværksættes et behandlings- og støttetilbud. Resultatet heraf dokumenteres i en behandlingsplan. Konklusionen er, at brugerne ønsker en mere eller mindre aktiv rolle i samarbejdet, men det kræver forudsigelighed og information fra behandler side.

### 56 Patienter bruger internettet aktivt

Internationale undersøgelser viser, at oplysninger hentet på internettet har indflydelse på de valg, patienter efterfølgende træffer. En undersøgelse afdækker brug og holdninger til internettet hos patienter med reumatoid artrit.

### 62 Center for kliniske retningslinjer under opbygning

Artiklen beskriver baggrund for etablering og organisering af det første danske clearinghouse i sygepleje. Initiativet til oprettelse af dette clearinghouse er taget af dasys' dokumentationsråd. Det danske navn for organisationen er "Center for kliniske retningslinjer – nationalt clearinghouse for sygepleje" og bliver placeret i tilknytning til Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet.

## I HVERT NUMMER

- 6 Eftertanker
- 7 Kort nyt
- 39 Dansk Sygeplejeråd mener
- 40 Debat
- 44 In memoriam
- 48 Fagtanker
- 48 Faglig information
- 54 Agenda
- 65 Anmeldelser
- 68 Testen
- 70 5 faglige minutter
- 71 Stillingsannoncer
- 84 Kurser/Møder/Meddelelser

# Hvad med etikken?

Det er som oftest den rene fryd, når man påstår, at noget vil ske, hvorefter det sker. "Hvad sagde vi?" – "Hvad sagde jeg?" – "Told you so!" Men fryden er jo noget begrænset, hvis man har malet Fanden på væggen, og han så rent faktisk indfinder sig.

Det er situationen for sygeplejerskerne og deres faglige organisation, som i rigtig mange år har gjort de danske politikere og sundhedsmyndigheder opmærksom på, at kapaciteten til sygeplejerskeuddannelsen skulle øges, og at der skulle ske forbedringer for såvel de studerende som de færdiguddannede. I modsat fald ville det danske sundhedsvæsen opleve en alvorlig mangel på sygeplejersker inden for en overskuelig årrække. Det er nu en realitet, og det er også en realitet, at det bliver værre endnu, når et stort antal aktive sygeplejersker i løbet af få år når efterløns- eller pensionsalderen. Problemerne belyses i en række temaartikler i dette nummer af *Sygeplejersken*.

Det er altid alvorligt for sundhedsvæsenet at mangle kvalificeret arbejdskraft. Men timingen er selvfølgelig ekstra uheldig, når samfundet forventer en positiv udvikling af samme sundhedsvæsens kapacitet, kvalitet og patientsikkerhed. Det lader de politiske erklæringer i både tale og skrift ingen i tvivl om.

Hvad gør man så, når man står med en akut mangel på bl.a. sygeplejerskearbejdskraft? Ja, man kan jo altid rette blikket mod udlandet og håbe, at der er hjælp at hente dér, når man nu ikke har været tilstrækkeligt forudseende selv. Desværre viser det sig, at der er mangel på sygeplejersker i rigtig mange lande omkring os. Der er faktisk lande, hvor manglen på sygeplejersker er betydeligt værre end i Danmark.

Måske er det af samme grund på sin plads at gøre sig etiske overvejelser, før man forsøger at kapre sygeplejersker udefra til afhjælpning af vores egen mangel på sygeplejerskearbejdskraft. Det har den internationale sygeplejerskeorganisation gjort opmærksom på i en årrække. Og desværre er de vilkår, som de danske arbejdsgivere tilbyder sygeplejersker, måske ikke engang så attraktive, at udenlandske sygeplejersker føler sig fristet.

Tænk dog! Eller måske rettere: Hvad sagde vi?

Problemerne kan reduceres, hvis man bruger sygeplejerskernes ressourcer til den direkte sygepleje og ikke alle mulige andre opgaver, som andre personalegrupper burde løse. Også dette aspekt er belyst i nærværende nummer af *Sygeplejersken*.

**"Måske er det på sin plads at gøre sig etiske overvejelser, før man forsøger at kapre sygeplejersker udefra til afhjælpning af vores egen mangel på sygeplejerskearbejdskraft."**



*Søren Palsbo*

Søren Palsbo, redaktør  
sp@dssr.dk

## REDAKTIONEN )))

Konstitueret chefredaktør  
Ansvarlig efter  
medieansvarsloven  
Kirsten Kenneth Larsen  
kkl@dssr.dk  
Tlf.: 4695 4005



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



Konstitueret redaktionssekretær  
Lotte Havemann (DJ)  
lha@dssr.dk  
Tlf.: 4695 4179



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



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



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



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



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





# Studerende mister selvtillid i praktikken



AF SINE MADSEN, JOURNALIST

**Knæk.** Sygeplejestuderende oplever, at de bliver presset ud i situationer, de ikke magter, og at de kliniske vejledere svigter dem.

Praktiktiden er den tid, man dygtiggør sig og opbygger sin faglige selvtillid, til den dag, man får sat nålen på uniformen.

Men sådan oplever de studerende langtfra virkeligheden på landets hospitaler. De bliver mødt af kliniske vejledere, der ikke har tid eller mangler forståelse for deres læringsbehov. Det skaber usikre studerende, der dumper til deres eksaminer eller dropper ud af studiet.

Sådan lyder de kritiske røster fra en gruppe studerende på CVU Lillebælt Sygeplejerskeuddannelsen i Odense, der har samlet omkring 25 eksemplarer fra deres medstuderende. I København og Århus kender sygeplejeskolerne også problemet. Og de Sygeplejestuderendes Landssammenslutning, SLS, er også bekendt med studieproblemerne.

Sygeplejestuderende *Anette Tofte Nielsen*, der er en af initiativtagerne til at samle historier ind fra sine medstuderende, så ikke noget til sin vejleder de første tre uger, fordi vejlederen enten arbejdede i nattevagt eller havde ferie.

"Ofte var der ikke noget at lave som studerende. Der gik desværre lang tid, inden jeg klagede til skolen. Jeg fik at vide, at det nok var bedst, at jeg gik semesteret om, men hvorfor skulle en dårlig vejledning være skyld i, at jeg måtte forlænge min uddannelse?" spørger *Anette Tofte Nielsen*, der trods alle odds bestod sin eksamen.

Sygeplejestuderende *Henriette Wulff Riedl* oplevede i praktikken, at den kliniske vejleder kraftigt opfordrede hende til udelukkende at arbejde i aftenvagter og hver 3. weekend arbejde i 12-timers vagter, som var 36 timer over tre dage, fordi vejlederen egen arbejdstid lå her.

"Det måtte jeg sige nej til, da jeg er mor til et lille barn, og min mand arbejder om aftenen," siger hun og påpeger, at studieordningen opfordrer sygeplejestuderende til at tage dagvagter og kun i begrænset omfang at arbejde aften, hvis der er en pædagogisk begrundelse for det.

**Dårlige vilkår for vejlederne**  
*Heidi Have Nielsen*, leder af Klinisk uddannelsesenhed for Odense Universitetshospital, ser kritikken som en mulighed for at komme i dialog med de studerende, så den kliniske del af uddannelsen forbedres. Hun kan



ARKIVFOTO: HEINE PEDERSEN

De sygeplejestuderende på dette foto er stadig i skolens trygge rammer, men praktikken kan gøre mange plejestuderende usikre, fordi de oplever dårlig vejledning. De kliniske vejledere har selv svære vilkår.

godt følge de studerendes frustration, men påpeger, at de kliniske vejledere har svære vilkår.

"De bliver jo også ramt af sygeplejerskemangelen, og deres tid til at fungere som kliniske vejledere bliver reduceret, fordi patientplejen er den primære opgave i klinikken," siger hun.

"På OUH tilstræber vi, at de kliniske vejledere er på arbejde, når de studerende også er. Desværre ligger en del af CVUs kurser og uddannelse til de kliniske vejledere ofte, når de studerende er ude i klinikken, og det er selvfølgelig meget uheldigt," siger hun og forklarer, at de forgæves har forsøgt at få det ændret.

"Det er ærgerligt, at der går nogle studerende rundt og ikke føler sig hørt og set under deres uddannelse," siger *Heidi Have Nielsen* og fortæller, at et

nyt evalueringsprojekt måske kan være løsningen på en del af problemerne. Projektet lægger op til en mere systematisk evaluering af den enkelte studerendes uddannelsesforløb, men også af det generelle læringsmiljø i afdelingen.

Rektor på CVU Lillebælt, *Lena Busch Nielsen*, opfordrer de studerende til at skrive en klage til skolen, hvis de ikke trives i praktikken.

"Så tager vi kontakt til praktikstedet og går ind i en dialog med de ansvarlige på afdelingen," siger hun og forklarer, at skolen har fokus på at støtte de studerende bl.a. gennem en ny kontaktlærerordning, hvor den studerende har en lærer tilknyttet under uddannelsen.

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



## Studerende møder den ulige sundhed

**Kursus.** "Vi uddanner os inden for et fag, der spænder bredt, og det skal vi også vise med vores arrangementer."

Sådan siger formanden for Sygeplejestuderendes Lands sammenslutning (SLS), *Kirsten Salling Rasmussen*, om temaet for de sygeplejestuderendes landskursus 2007: Social ulighed i sundhed. En ofte barsk virkelighed, som sygeplejestuderende også støder på under deres studium. Landskurset finder sted lørdag den 10. november på JCVU Sygeplejerskeuddannelsen i Århus og er åbent for alle SLS-medlemmer.

Programmet for de sygeplejestuderendes landskursus omfatter oplæg fra formanden for Rådet for Socialt Udsatte, *Preben Brandt*, Folketingets eneste sygeplejerske, *Birgitte Josefsen (V)* og amtskredsformand *Else Kayser*, DSR Århus. Endvidere arrangeres i alt seks forskellige workshopper, som bestyres af gadesygeplejerske *Gitte Wandschneider*, København, hendes kollega *Mette Christensen* fra Aalborg, psykiatrisk sygeplejerske *Ken Strøm Andersen*, sundhedsplejerske *Lone Langkjær*, forstander for E-huset *Inge Fjordside Weileby* og fængselsygeplejerske *Hanne Karlsen*.

(sp)

## Vidste du at ...

... du ikke må arbejde mere end seks dage mellem to fridage? Du kan dog aftale med din arbejdsgiver, at du arbejder syv dage mellem fridagene.

Kilde: DSRs kommenterede arbejdstidsaftale [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)

# Stofmisbrugere skal have mere morfin end andre

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

**Smertor.** *Patienter med misbrug har brug for langt mere smertestillende medicin end andre. Derfor har Smerteklinikken på Bispebjerg Hospital udviklet nye smertestandarder.*

Patienter med stofmisbrug, der havde voldsomme smerter og ikke følte sig ordentligt smertedækket. Det var dagligdag på Ortopædisk Afdeling M på Bispebjerg Hospital, indtil afdelingen for et år siden ændrede retningslinjerne for smertedækning af patienter med stofmisbrug. I dag er der udviklet nye smertestandarder. De betyder, at patienterne i forbindelse med behandling får langt højere doser smertestillende medicin end før. Nogle gange får patienten det dobbelte af normal dosis. Andre gange er der tale om en mangedobling af dosis.

"Stofmisbrugende patienter og kroniske smertepatienter skal have mere smertestillende medicin end andre for at få en passende effekt," siger overlæge *Nan Sonne* fra Smerteklinikken på Bispebjerg Hospital, der står bag udarbejdelsen af de nye smertestandarder. Socialsygeplejerske *Nina Brünés*, som det seneste år har været tilknyttet Afdeling M som socialsygeplejerske, mener, at den ændrede smertebehandling har haft uvurderlig betydning for både patienter og personale.

"Ikke blot har stofmisbrugere øget tolerans over for smertestillende midler, så de skal have langt mere morfin. Deres smertetærskel er også lavere. Da de fleste samtidig er i metadonbehandling, skal der meget høje doser til, før de føler sig tilstrækkeligt smertelindret. Tidligere var det et stort potentiale for konflikter, fordi patienter med stofmisbrug ikke var ordentligt smertedækket. I dag kan personalet komme patienterne i møde ved at tilbyde en ordentlig smertedækning," fortæller *Nina Brünés*.

De nye smertestandarder er tilgængelige for alle læger på Bispebjerg Hospital, men det er frivilligt, om de vil bruge dem.

"Vi har gjort os nogle foreløbige erfaringer, og vi laver nogle studier i marken af, om det her kan bruges til noget fornuftigt," siger *Nan Sonne*, der mener, at erfaringerne på et senere tidspunkt måske kan danne grundlag for nye retningslinjer for smertelindring af stofmisbrugere og kroniske smertepatienter. Hun fortsætter:

"Men det vigtige er naturligvis, at patientens morfikaforbrug ikke bliver forøget efterfølgende."

Læs også "Socialsygeplejerske tager brodden af konflikterne" side 24.



ARKIVFOTO: SØREN SVENDSEN

## Mød dit fagblad i Horsens

**Ud af huset.** Fra den 13.-15. november flytter fagbladet *Sygeplejersken* redaktionen fra København til Horsens. I de tre dage skal journalister og en fotograf rundt på hospitalerne og i kommunen for at se på det arbejde, sygeplejersker udfører. Artiklerne og reportagerne kan læses i årets sidste blad, *Sygeplejersken* nr. 25. Der vil være en stand på Regionshospitalet i Horsens ved kantinen, hvor man bl.a. kan få vejledning af bladets fagredaktører, hvis man selv vil skrive en faglig artikel. Redaktionen inviterer desuden til læsermøde på Regionshospitalet onsdag den 14. november fra kl. 14.30-15.30 i gæstekantinen. Find ud af mere om Horsens-besøget på [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk)

(sbk)



## Nye roller efter reformen

**Fælleskonferencer.** Hvilke roller og hvilke muligheder for indflydelse har sygeplejerskerne efter kommunalreformen? Det drøfter ca. 1.000 sygeplejersker på Dansk Sygeplejeråds to fælleskonferencer i november.

Målet med årets fælleskonferencer er, at tillidsrepræsentanter, sikkerhedsrepræsentanter og ledere i fællesskab kommer med bud på, hvad det er vigtigt at have fokus på i fremtidens sundhedsvæsen. Første gang i dagene 5.-6. november på Hotel Nyborg Strand. Fælleskonference nr. 2 med samme tema og adresse finder sted i dagene 28.-29. november.

Dansk Sygeplejeråd og Sundhedskartellet er kommet med et bud på syv konkrete fikspunkter for fremtidens sundhedsvæsen. Fælleskonferencerne søger at afspejle disse fikspunkter, som er:

1. Borgernes sundhed skal fremmes, og sygdomme skal forebygges.
2. Patienterne skal have ensartet høj kvalitet og patientsikkerhed.
3. Patientforløbene skal hænge bedre sammen.
4. Ressourcerne i sundhedsvæsenet skal anvendes bedre.
5. De sundhedsprofessionelles faglighed skal styrkes.
6. Der skal være et tilstrækkeligt antal sundhedsprofessionelle.
7. Sundhedsvæsenet skal tilbyde attraktive og udviklende arbejdspladser.

Ved fælleskonferencerne kommer Sundhedsstyrelsens direktør, *Jesper Fisker*, formand for sundhedsudvalget i Danske Regioner, *Orla Hav* (S), og Dansk Sygeplejeråds formandskab hver med deres bud på, hvilke muligheder og udfordringer de ser i fremtidens sundhedsvæsen.

(sp)

## Udenlandske læger skal helbrede Danmark

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST

### « TILBAGEBLIK

**Import.** Manglen på sundhedspersonale har fået den danske regering til at vende blikket mod udlandet. Men erfaringerne viser, at de udenlandske læger kun bliver kortvarigt i landet.

Beskæftigelsesminister *Claus Hjort Frederiksen* (V) skrev i Jyllands-Posten for nylig:

"Manglen på arbejdskraft er det største problem, vi står over for her og nu. Det er en trussel mod vores vækst og mod velfærd. Alene i starten af 2007 måtte danske virksomheder opgive at besætte 58.000 stillinger. Det er voldsomt."

Så voldsomt, at regeringen i starten af oktober trodsede alle tidligere tanker om indvandringsstop og lancerede en plan for rekruttering af udenlandske hænder.

Hvilke lande hænderne skal komme fra, vil hverken regeringen eller de danske regioner løfte sløret for endnu, men regeringen understreger i strategipapiret "Danmark – et godt sted at arbejde," at Polen, Sverige og Tyskland formodentlig er Danmarks indkøbskonkurrenter på det internationale marked for arbejdskraft. Da Danmark tidligere har trukket på sygeplejersker fra netop disse lande, må blikket rettes mod lande som eksempelvis Indien, hvor danske ar-

bejdsgivere allerede har hentet læger. Men erfaringerne er blandede. Det koster godt 1 mio. kr. at importere en udenlandsk læge til Danmark, og de bliver her kun i gennemsnitlig to år, skrev Berlingske Tidende i starten af oktober.

"Det er rasende dyrt. Dels skal vi betale rekrutteringsbureauer for deres indsats med at finde kandidaterne, og dels skal vi kaste rigtig mange ressourcer oveni til ekstra sprogundervisning og integration af familie og børn," siger *Ulla Clausen*, HR-chef på Sygehus Syd, som omfatter sygehusene i Næstved, Nykøbing, Nakskov og Fakse, til Berlingske Tidende.

Selvom det kan være dyrt for danske arbejdsgivere at lokke det kvalificerede og efterspurgte sundhedspersonale til Danmark, så er der også gode erfaringer rundt om i landet. F.eks. skrev Ugeskrift for Læger for nylig om, hvordan Region Nordjylland via fokus på det sociale og faglige fællesskab har evnet at fastholde de 35 ud af 40 polske speciallæger, der er kommet til regionen over de seneste år.

Uanset pris og omkostninger synes alle enige om, at manglen på hænder i sundhedsvæsenet skal løses ved at tiltrække udenlandsk arbejdskraft. Som beskæftigelsesministeren skrev i sit debatindlæg i Jyllands-Posten: "De udlændinge, der kommer hertil for at arbejde, er en kæmpe gevinst for landet. Dem skal vi holde på. Og vi skal samtidig arbejde for, at endnu flere kan komme hertil."



FOTO: MICHAEL BO RASMUSSEN

**Opgradering.** Som et af de første hospitaler i Danmark lader Hjørring Sygehus tre erfarne sygeplejersker fra Billeddiagnostisk afdeling foretage ultralydsscanninger og derefter stille diagnosen for patienter, der har problemer med nyrerne, galdeblæren og skjoldbruskkirtlen. Her er det sygeplejerske Janne Hornbech Larsen, der diagnosticerer patient Jette Hejlesen.

(kbc)

# Finske sygeplejersker siger kollektivt op

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST

**Lønkamp.** 12.800 finske sygeplejersker og andre sundhedsarbejdere sagde deres stillinger op den 15. oktober. De har sidste arbejdsdag den 19. november, hvis der ikke bliver aftalt store lønstigninger inden.

Finske sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle har taget et drastisk skridt efter sammenbrud i deres overenskomstforhandlinger.

12.800 sygeplejersker, fysioterapeuter, bioanalytikere, ambulanceførere m.fl. har sagt deres stillinger op.

Fagforeningen Tehy, der organiserer det uddannede personale i den finske social- og sundhedssektor, har rejst lønkrav på i alt 24 pct. over to et halvt år. Opsigelserne træder i kraft den 19. november, hvis der ikke er fundet en forhandlingsløsning inden.

"Vi havde en meget hård og vanskelig strejke i 1995, og vi fik meget lidt ud af den," forklarer *Marianne Falck*, som sidder i hovedbestyrelsen for Finlands Sjuksköterskeförbund og i repræsentantskabet for Tehy, som forhandler for sygeplejerskerne og de andre grupper.

"Da arbejdsgiverne afviste vores krav, lød det klart fra medlemmerne, at de ikke orkede endnu en strejke som i 1995. Så vi måtte finde andre midler."

Medlemmerne er klar til at gå hele vejen, siger *Marianne Falck*.

Det har været frivilligt at melde sig til masseopsigelserne, og medlemmer er blevet ved med at melde sig efter den frist, der var sat, så der nu står flere tusind klar med ekstra opsigelser.

Finske sundhedsarbejdere får ikke kun mindre i løn end andre offentligt ansatte, de får også mindre end tilsvarende grupper i andre vestlige lande. Samtidig bruger Finland mindre på sit sundhedsvæsen end andre nordiske lande. Og så er der den politiske baggrund, tilføjer *Marianne Falck*:

"Da vi havde rigsdagsvalg i marts, var alle partier optaget af personale-mangelen i sundhedsvæsenet og den manglende interesse for uddannelserne," siger hun.

"Det står også i den nuværende regerings program, at lønnen i sundhedsvæsenet skal korrigeres, så den bliver konkurrencedygtig."

Under en almindelig strejke ville Tehy være forpligtet til at stille med et nødberedskab. Det er ikke tilfældet, hvis opsigelserne når at træde i kraft. Så er medarbejderne der simpelthen ikke mere. Det lægger et stort pres på arbejdsgiverne, men giver også medlemmerne nogle tunge etiske overvejelser.

Under strejken i 1995 meldte en del finske sygeplejersker sig ud af fagforeningen, fordi de ikke fandt nødberedskabet forsvarligt. Men *Marianne Falck* oplever stor tilslutning til opsigelserne og er ikke bange for en tilsvarende splittelse.

"Siden vi tog beslutningen, har Tehy fået flere tusind nye medlemmer."

*Ved redaktionens slutning den 24. oktober var der udnævnt en forligsmand og aftalt mæglingsmøder, men ingen resultater i syne.*

"Før i tiden, når en person kom på hospitalet, turde han nærmest ikke stille spørgsmål til, hvad han fejlede. I dag møder vi patienter, som er meget opmærksomme på deres rettigheder og ved, hvad de kan forlange. Det er godt, at det er blevet sådan."

*Jane Madsen, oversygeplejerske. Randers Amtstavis den 20. oktober 2007.*



## Ny løn- og ansættelsesvejledning

De regionale og kommunale lønninger er blevet reguleret med virkning pr. 1. oktober 2007. Reguleringen er af en sådan størrelsesorden, at DSR har valgt ikke at udsende en ny løn- og ansættelsesvejledning til samtlige medlemmer. Vejledningen er i stedet lagt på DSRs hjemmeside [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)

Vejledningen er gældende indtil den 31. marts 2008. Når der med virkning pr. 1.4.2008 er indgået nye overenskomster, vil der blive udarbejdet en ny løn- og ansættelsesvejledning.

## Stemmeprocenten lidt højere end sidst

21 pct. af de stemmeberettigede sygeplejersker havde afgivet deres stemme, da stemmeprocenten blev opgjort knap halvvejs igennem valget (ved redaktionens slutning den 24. oktober). Valgdeltagelsen er dermed lidt højere end ved den tilsvarende måling ved amtsbestyrelsesvalgene i 2006. Her havde 20 pct. stemt. Den endelige stemmeprocent gøres op, når det samlede valgresultat foreligger den 8. november.

Tidligere opgørelser kan ses på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)

Sammenligningen med målingerne af valgdeltagelsen i 2006 skal tages med det forbehold, at der er forskelle, hvad angår hvilke valgkredse/amtskredse der har kampvalg og dermed gennemfører en valg-handling.

27 pct. af de stemmeberettigede til bestyrelsesvalget i Lederforeningen i Dansk Sygeplejeråd havde den 24. oktober afgivet deres stemme. Det er første gang, dette valg finder sted.

(sp)

## Rettelse til valgoplæg

**Hovedstaden valgkreds 3.** Ved en beklagelig korrekturfejls er de sidste to sætninger i *Mette Sofie Haulrichs* valgoplæg gentaget som de sidste to sætninger i valgoplægget fra *Lisbeth Torp Kastrup*. Begge kandidater stiller op til posten som kreds-næstformand og som kandidat til kredsbestyrelsen. Fejlen optræder kun i det trykte valgnummer af *Sygeplejersken* nr. 20A, 2007.

Redaktionen.

## Vidste du at ...

... pålagt arbejde på et fridøgn aflønnes som overarbejde plus evt. varslingsgodtgørelse?

Kilde: DSRs kommenterede arbejdstidsaftale [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)



# Bedre overblik over kliniske retningslinjer

**Clearinghouse.** Sygeplejersker får nu deres eget clearinghouse, som skal skabe overblik over de kliniske retningslinjer, der findes for sygepleje.

Patienter med let rødme efter stråleskader bliver behandlet med pudder uden metal ét sted i landet, mens man andre steder bruger Decubal, kamillepudder eller uparfumeret fugtighedscreme. Både lægers og sygeplejerskers praksis er forskellig fra sted til sted. Der mangler overblik, og dét skal et nyt nationalt center for kliniske retningslinjer råde bod på. I ud-

landet kaldes den slags centre for "clearinghouses." Det danske clearinghouse ejes af dasys, som er Dansk Sygeplejeråds paraplyorganisation for de faglige selskaber. Det bliver tilknyttet Afdeling for Sygeplejevicenskab på Aarhus Universitet.

Initiativet hilses velkomment af de klinikere og forskere, som i dag er involveret i at udarbejde eller vurdere kliniske vejledninger.

"Vi vil bruge det nationale clearinghouse til at få blåstemplet vores kliniske retningslinjer, og vi vil gerne samarbejde på tværs af landet," siger sygeple-

jerske og projektleder på Enhed for Perioperativ Sygepleje på Rigshospitalet, *Kirsten Rud*.

"Det er rigtig godt, hvis vi ikke alle sammen skal starte fra Adam og Eva, hver gang vi skal undersøge, hvad der findes af viden," siger afdelingssygeplejerske på urologisk afdeling på Regionshospitalet i Viborg, *Mette S. Jakobsen*.

Klinisk sygeplejespecialist, *Henriette Vind Thaisen*, har hidtil været med til at bestyre landets eneste lokale clearinghouse i det tidligere Århus Amt. Det lukker, når dasys åbner "Center for kliniske retningslinjer – nationalt

clearinghouse for sygeplejersker" den 1. januar 2008.

Hun siger:

"Det er bedre, at viden bliver samlet på et overordnet plan. Det er den måde, man har gjort det på i f.eks. England, New Zealand og i Australien."

(sbk)

Læs mere om idéen bag et clearinghouse på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) under "Faglige Selskaber" og "dasys" samt i artiklen "Center for kliniske retningslinjer under opbygning" side 62.

## Stemmer med sygeplejerskehjertet

**Folketingsvalg.** Tirsdag den 13. november skal der være valg til Folketinget. Har den politiske debat om sygeplejerskernes løn og vilkår, patienternes tarv og sygehusvæsenets fremtid betydning for, hvor på stemmesedlen blyanten stopper, når sygeplejersker træder ind bag forhængen? Tager sygeplejersker kitlen af eller på, inden de sætter krydset?

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST

### Jane Røndbjerg, sygeplejerske, Akutvisitationsafsnit på Vejle Sygehus

Hvad betyder din profession for dit kryds ved folketingsvalget den 13. november?

"Jeg vil til dels tænke som sygeplejerske, når jeg stemmer. Jeg vil holde øje med, om der er nogen, der kan byde ind med politiske forslag, som kan have betydning for min egen hverdag, men også for sundhedsvæsenet som helhed. Helt konkret synes jeg, at det er vigtigt, at diskussionen om vilkårene på de medicinske afdelinger fortsætter – det område trænger virkelig til et løft."



FOTO: THOMAS SØNDERGAARD

### Vicki Dyremose, masterstuderende og sygeplejerske på børneafdelingen, Viborg Sygehus

Hvad betyder din profession for dit kryds ved folketingsvalget den 13. november?

"Det betyder rigtig meget. Jeg ser jo i hverdagen, hvordan systemet fungerer, og der er mange ting, der kunne fungere meget bedre – f.eks. normeringen og tiden til patienterne. Derfor afhænger mit kryds i høj grad af mit sygeplejerskehjerte. Det vægter rigtig højt."



FOTO: KISSEN MØLLER HANSEN

### Susanne Tyrrell, hjemmesygeplejerske, Greve Kommune

Hvad betyder din profession for dit kryds ved valget den 13. november?

"Det har en betydning for mit valg. Det handler jo om det fag, som jeg hver dag skal udføre i hjemmeplejen, og der har det stor betydning, hvilken holdning politikerne har til ældreplejen. Jeg kunne godt tænke mig at høre nogle mere klare udmeldinger om, hvordan fremtiden skal se ud for den ældre befolkning. Ikke bare valgfæsk, men reelle visioner. Jeg vil ikke høre dem love en pose penge ud til ældreplejen – hellere løfter, der kan holdes, og som der er økonomi til at finansiere."



FOTO: SØREN SVENSEN

### Ea Bäck, sygeplejerske på mave- og tarmkirurgisk afdeling, Bispebjerg Hospital

Betyder din profession noget for dit kryds ved valget den 13. november?

"Både og. Jeg stemmer til folketingsvalget ud fra, hvad jeg mener, er rigtigt og vigtigt for mig. Men det er klart, at debatten om sygeplejerskers vilkår også vil påvirke mit valg. For mig hænger tingene sammen, og dét at give bedre vilkår for de ansatte vil også give bedre vilkår for patienterne. For mig er det afgørende, at vi har et godt og velfungerende offentligt sundhedsvæsen, hvor alle patienterne kan få lige og god behandling."



FOTO: HEINE PEDERSEN

# Arbejdsgiverne må revurdere deres verdensbillede

**OK 08** Sundhedskartellet og arbejdsgiverne i regioner og kommuner har en fælles interesse i at sikre rekruttering og fastholdelse af Sundhedskartellets medarbejdergrupper i fremtidens sundhedsvæsen. Begge parter har fokus på attraktive arbejdspladser, og de er enige om, at målet er et sundhedsvæsen i verdensklasse.

Derfor har begge parter en stærk interesse i at nå et forhandlingsresultat ved overenskomstforhandlingerne 2008.

Sundhedskartellets formand *Connie Kruckow* gjorde opmærksom på disse sammenfaldende interesser og udfordringer, da Sundhedskartellets forhandlingsudvalg mødtes med arbejdsgiverrepræsentanterne fra henholdsvis Danske Regioner og Kommunernes Landsforening for mundtligt at uddybe de udvekslede overenskomstkrav. Det skete fredag den 12. oktober.

Men *Connie Kruckow* gjorde det samtidig klart, at Sundhedskartellets forhandlere skal nå et resultat, som kartellets medlemmer kan acceptere. Det er nødvendigt at sætte alle kræfter ind på at sikre, at der er den fornødne økonomi til rådighed ved overenskomstbordet. De økonomiske ram-



FOTO: HEINE PEDERSEN

Sundhedskartellets forhandlingsudvalg undgik myldretiden fredag eftermiddag ved at sejle med havnetaxi fra Danske Regioner til Kommunernes Landsforening.

mer, der aftales med regeringen tidligere på året, er helt utilstrækkelige, fastslog hun.

Sundhedskartellets formand understregede, at arbejdsgiverne må revurdere deres verdensbillede, når de kommer med udmeldinger om, at de faglige organisatio-

ner skal slå koldt vand i blodet, aflyse lønfesten og erkende, at der ikke er tale om et lønefterslæb i forhold til det private arbejdsmarked.

(sp)

november	december	januar	februar	marts	april
	Forhandlinger og afklaring mellem parterne uden økonomi.	18.: De første forhandlinger med Danske Regioner (DR) om de udvekslede krav. 19.: De første forhandlinger med KL om de udvekslede krav. 21.: Politiske forhandlinger mellem Sundhedskartellet (SHK) og DR.	14.: Politiske forhandlinger mellem SHK og DR. 25.: Politiske forhandlinger mellem SHK og DR.	29.: Frist for afslutning af forhandlinger med DR og KL.	Medio marts: Urafstemningsmateriale udsendes samt afholdelse af urafstemning, evt. varsling og iværksættelse af konflikt.  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 evt. udsætte varslet konflikt i op til 2 x 14 dage.

## Energien gives videre

**Farvel.** Dansk Sygeplejeråds 15 amtskredse har inden for de seneste dage holdt deres sidste generalforsamling. Nordjyllands amtskreds som den sidste den 30. oktober. En uges tid senere, den 8. november, slutter valget til Dansk Sygeplejeråds fem nye kredsbestyrelser, og dermed er overgangen til en ny organisationsstruktur en realitet.

Afskeden med de mere end 30 år gamle amtskredse har sat sit præg på skriftlige og måske især mundtlige beretninger, og overgangen til den ny struktur har også været markeret på forskellig vis med medlemsar-

rangementer og arrangementer for nuværende og tidligere bestyrelsesmedlemmer.

Men er det rimeligt at bruge penge på særlige arrangementer, der markerer afskeden med de gamle amtskredse? Til det svarer amtskredsformand *Lisbeth Torp Kastrup*, Frederiksborg amtskreds:

"Amtsbestyrelsen har fundet, at det er afgørende, når vi står over for en ny æra, at vi afslutter den gamle på en god måde. Og så synes vi, det er vigtigt at afslutte amtskredsens historie sammen med medlemmerne og ikke kun amtsbestyrelsen.

Det kommer i høj grad til at betyde noget for medlemmerne, at vi går fra at være Frederiksborg amtskreds til Kreds Hovedstaden. Så på den måde synes jeg ikke, at vi flatter os med pengene."

Mange – hvis ikke alle – amtskredse betoner, at det engagement og den energi, som de lokale medlemmer har vist i amtskredsen, nu gives videre til Dansk Sygeplejeråds nye kredse for Hovedstaden, Sjælland, Syddanmark, Midtjylland og Nordjylland.

"Det handler ikke alene om at have energierne med sig ind i

det nye, men også om at have lokalkendskabet med. Såvel bestyrelsesmedlemmer som lokale medlemmer bringer viden med sig om, hvad der er godt her hos os, så vi kan få smeltet alle de gode ting sammen i de nye store kredse," siger Frederiksborg amtskredsformand. Amtskredsen har indbudt medlemmerne til et arrangement i Støberihallen i Hillerød mandag den 5. november i anledning af overgangen til den ny organisationsstruktur.

(sp)



# En verden af sygeplejerskemangel

**Globalisering.** Mens Danmark mangler 1.500 sygeplejersker, står de afrikanske lande syd for Sahara med et underskud på mere end en halv million sygeplejersker. Den globale sygeplejerskemangel rammer de fattigste hårdest, fastslår udviklingsorganisationerne.



AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST • FOTO: SØREN HOLM

De rige lande har ifølge Det Internationale Sygeplejeråd ICN i gennemsnit otte gange så mange sygeplejersker målt i forhold til indbyggerantal som verdens fattigste lande. Alligevel satser man nu på, at manglen på sygeplejersker i Danmark skal håndteres ved at rekruttere udenlandske sygeplejersker.

Et forslag, flere uafhængige udviklingsorganisationer finder problematisk – globalt set.

”Jeg kender ikke til nogen lande i verden, der har overskud af sundhedspersonale. Når man vælger at rekruttere i udlandet, så rammer man primært de fattigste områder,” siger formand for Læger Uden Grænser i Danmark, *Søren Brix Christensen*.

Han uddyber problematikken:

”Når man eksempelvis rekrutterer læger fra Indien, så tager man dem i første omgang fra storby-

erne, hvor stillingerne hurtigt bliver genbesat. Men de besættes af læger fra de fattige landdistrikter. Dermed skaber man en negativ dominoeffekt, hvor de fattigste bliver taberne, og de offentlige sundhedssystemer udsultes for det dygtige personale,” forklarer Søren Brix Christensen.

Han bakkes op af direktøren for et af Danmarks største rekrutteringsbureauer, Scandinavian Medhelp, der bevidst har fravalgt at rekruttere sundhedspersonale fra tredjeverdenslande til Danmark.

”Jeg synes ikke, at det er rigtigt, at vi som iland henter læger fra underbemandede ulande. Jeg har selv besøgt indiske hospitaler, fordi vi overvejede at rekruttere fra Indien, men forholdene var simpelthen så forfærdelige, og der var langt fra personale nok. Derfor tager vi et globalt, socialt ansvar ved »









Regeringen ønsker at tiltrække udenlandske sygeplejersker til Danmark. Flere udviklingsorganisationer frygter for de globale konsekvenser.

» ikke at formidle sundhedspersonale fra udviklingslande,” siger *Michael Gullitsø*, direktør i Scandinavian Medhelp.

#### Ikke rimeligt

Udviklingsorganisationen Care Danmark, der arbejder for at bekæmpe fattigdom i udviklingslandene, advarer mod at gå på personalehugst i de fattigste lande, ligesom Ibis problematiserer situationen.

”Det er ikke rimeligt, at den rige verden, bare fordi vi kan tilbyde bedre lønninger, fratager fattige ulande den ressource, som uddannede mennesker er,” siger *Vagn Berthelsen*, generalsekretær i Ibis, og tilføjer: ”På den ene side er det fair nok, at alle mennesker har mulighed for at søge arbejde der, hvor de kan få det. Men på den anden side er det problematisk, hvis man dræner fattige lande for personaleressourcer, som det er hundedyrt at uddanne.”

Den problematik fremføres også af Det Internationale Sygeplejeråd, ICN, i en rapport om global sygeplejerskemangel.

”Konsekvensen af sygeplejersker, der flytter til udlandet, er for nogle udviklingslande alvorlig. De mister knappe, og relativt dyrt uddannede, ressourcer, hvilket kvaliteten af plejen lider under,” konkluderer professor i

arbejdsmarkedsøkonomi *James Buchan* og sygeplejerske og ph.d. *Lynn Calman* i ICN-rapporten.

For at undgå denne effekt, mener Dansk Sygeplejeråd, at man skal hjælpe med at gøre det mere attraktivt for sygeplejerskerne at arbejde sundhedssektoren i den 3. verdens lande.

”Vi skal ikke medvirke til braindrain i ulandene. Derfor er det også vigtigt at støtte projekter, der styrker vilkårene i sundhedsvæsenet i de fattige lande, og som kan gøre det mere attraktivt at blive i hjemlandet og arbejde med faget,” siger *Grete Christensen*, 1.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd, og tilføjer: ”I Swaziland har vi støttet opbygningen af et sundhedscenter. Siden dette center er oprettet er antallet af sygeplejersker, der forlader Swaziland, dalet markant.”

For at minimere de negative, globale konsekvenser af vestens import af sundhedspersonale mener Ibis, at man skal tilbyde de fattige lande en kompensation. Tanken er, at regeringen giver et beløb pr. sygeplejerske, der hentes til Danmark, som svarer til de uddannelsesomkostninger hjemlandet har haft.

Læger Uden Grænser mener, at løsningen er dels at overveje, om Danmark har behov for at hente sundhedspersonale i udlandet, og dels at de, der tilbydes arbejde i Danmark, hentes i den private sundhedssektor i udlandet og ikke i den offentlige, der i forvejen er spændt hårdt nok for i de fleste lande.

*kbc@dsr.dk*

”Jeg kender ikke til nogen lande i verden, der har overskud af sundhedspersonale. Når man vælger at rekruttere i udlandet, så rammer man primært de fattigste områder.”

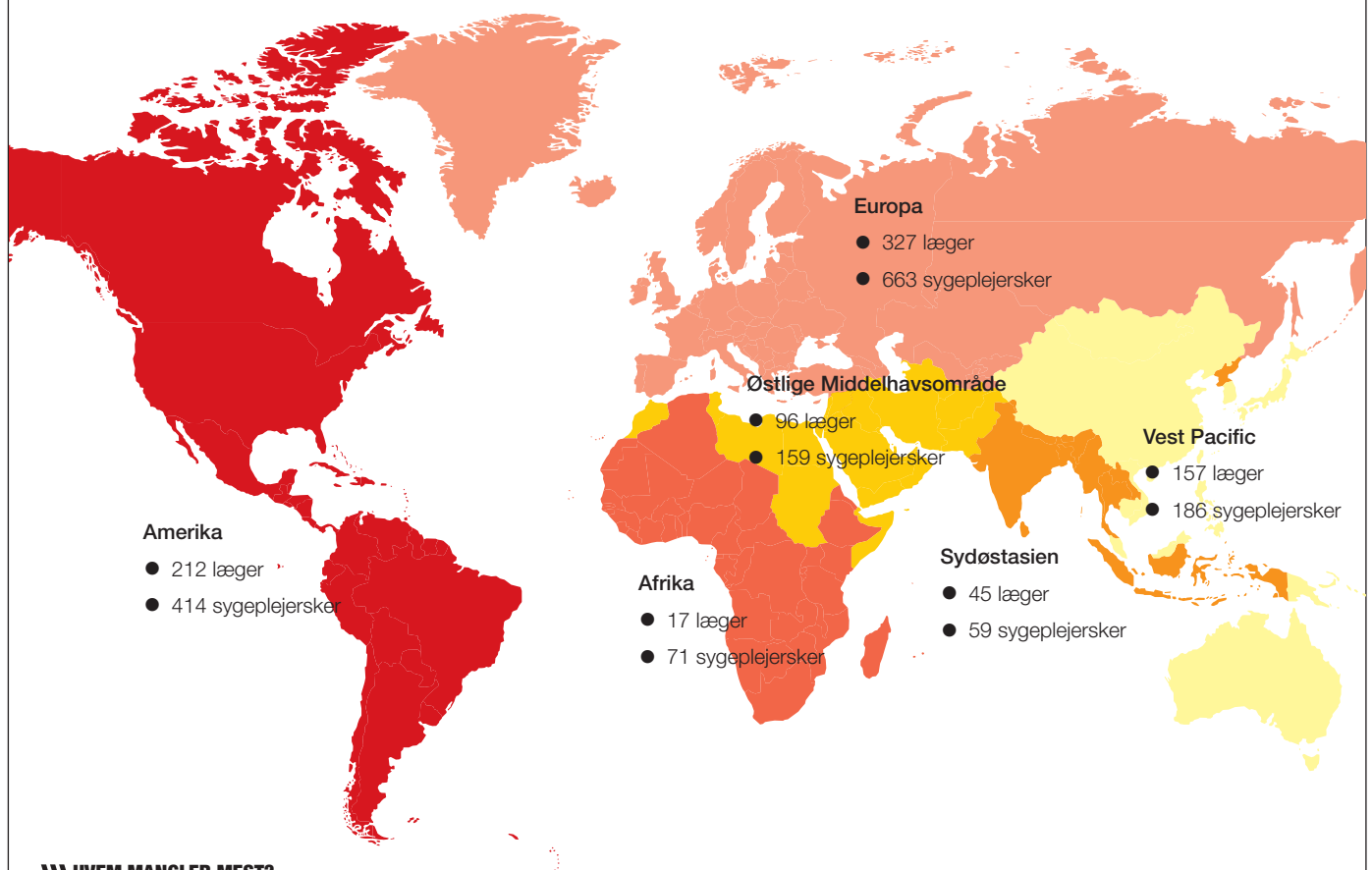
Formand for Læger Uden Grænser i Danmark, *Søren Brix Christensen*.

**Hvad mener du?** Hvordan tiltrækker vi sygeplejersker til Danmark? Og skal vi overhovedet tiltrække udenlandske sygeplejersker? Deltag i debatten ved at sende et læserbrev til *Sygeplejersken* eller debatterer med dine kollegaer online på [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk)

”Vi skal ikke medvirke til braindrain i ulandene. Derfor er det også vigtigt at støtte projekter, der styrker vilkårene i sundhedsvæsenet i de fattige lande, og som kan gøre det mere attraktivt at blive i hjemlandet og arbejde med faget.”

1.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd, *Grete Christensen*.

### Sundhedspersonale på verdensplan • Antal læger og sygeplejersker målt pr. 100.000 indbyggere



#### ))) HVEM MANGLER MEST?

Det Internationale Sygeplejeråd, ICN, vurderer, at der på verdensplan findes godt 12 millioner sygeplejersker. Men fordelingen af sygeplejerskerne er globalt set temmelig ujævn. Alene de afrikanske lande syd for Sahara mangler 600.000 sygeplejersker, mens Canada forventer at mangle 78.000 sygeplejersker i 2011, og Australien regner med et underskud på 40.000 i 2010. Sydøstasiatiske stater, USA og flertallet af landene i Europa melder også om mangel på sundhedspersonale – og særligt sygeplejersker, viser ICN-rapporten ”Den globale mangel på registrerede sygeplejersker” fra 2004.

Tal fra Verdenssundhedsorganisationen, WHO, giver et indblik i den geografisk skæve fordeling af sundhedspersonale.



# Sproget er den største hurdle

**Udenlandsk arbejdskraft.** Mens regeringen netop nu lægger planer for, hvordan Danmark kan tiltrække flere udenlandske sygeplejersker, har man på Hvidovre Hospital allerede dannet sig de første erfaringer med sygeplejersker fra lande som Filippinerne, Congo, Thailand og Iran.

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST • FOTO: HEINE PEDERSEN

Filippinske *Rachelle De Leon* på 31 år smiler. Hun smiler, mens hun deler medicin ud til patienterne. Hun smiler, da hun rækker hånden frem for at hilse, og hun smiler, mens hun fortæller om sit nye arbejde som sygeplejerske på afdelingen for neurorehabilitering på Hvidovre Hospital.

”Danskerne er ikke så lukkede eller specielle, som de har ry for at være. De er festlige og elsker at snakke. Mine danske kollegaer driller mig sommetider, og jeg spurgte en dag, hvorfor de altid driller mig. De svarede, at hvis ikke de også drillede mig, ville jeg jo føle mig udenfor. Så jeg føler mig meget velkommen her,” fortæller Rachelle De Leon, der kom til Danmark for fire år siden sammen med sin danskfødte mand og deres tre børn.

Hun blev uddannet sygeplejerske i 1999 på Filippinerne, hvor hun arbejdede nogle år, inden hun sammen med sin mand først boede to år i USA og siden flyttede til Danmark.

”Jeg var bange for at komme til Danmark, for jeg talte ikke sproget. Men min mand fortalte så mange gode ting om landet, så vi valgte at rejse hertil,” siger Rachelle.

## Dansk er det sværeste sprog

Rachelle taler både spansk, engelsk og filippinsk, og med intensivkurser og tre børn, der taler flydende dansk, derhjemme, kommer de danske gloser nu også let fra de smilende læber. Selv synes hun dog, at der er lang vej igen.

”Dansk er det sværeste sprog, jeg har lært. Men det er sjovt og spændende at lære et nyt sprog. Og jeg er glad for, at jeg har gode kollegaer, der hjælper mig, og en mentor her på afdelingen, der retter og guider. Hun er meget pædagogisk, tålmodig og åben – og så har hun et svar på alt,” siger Rachelle.

Og netop mentorordningen er ét af de tiltag, som Rachelles chef, ledende oversygeplejerske for afdelingen for neurorehabilitering *Inge Pietersen*, mener skal til, hvis samarbejdet med den nye medarbejder fra udlandet skal blive godt.

”Fagligheden har jeg ikke noget at udsette på. Men den allerstørste hurdle er sproget. Vi stiller i dag meget høje krav til



Sygeplejerske Rachelle De Leon fra Filippinerne er midt i sin prøveansættelse på Hvidovre Hospital, som hun håber fører til dansk autorisation og måske en fastansættelse. Hendes chef, ledende oversygeplejerske Inge Pietersen, har det samme håb. De er enige om, at det er det danske sprog, der er den største udfordring.

”Mange lande henter nu folk udefra, og dermed opstår der en stor global konkurrence om sundhedspersonalet. Jeg er ikke sikker på, at Danmark ligger specielt godt i den konkurrence.”

*Tor Eriksson, professor.*

dokumentation og kommunikation i hverdagen, og det kræver, at man kan dansk. Men jeg mener, at vi som arbejdsplads er forpligtede til at investere tid og kræfter i at gøre en ordentlig og helhjertet indsats for at oplære de udenlandske sygeplejersker,” siger Inge Pietersen.

#### Investering i medarbejdere

Hun har gennem de seneste 4-5 år ansat flere udenlandske sygeplejersker, og i dag udgør de en tredjedel af de 15 sygeplejersker, der arbejder på afsnit for apopleksi på Hvidovre Hospital.

De udenlandske sygeplejersker ansøger efter at have fået en midlertidig autorisation fra Sundhedsstyrelsen, og idet Inge Pietersen vælger at ansætte, forpligter hun sig til, at de første seks måneder er en prøveansættelse, med en efterfølgende evaluering af den udenlandske sygeplejerske.

I løbet af de seks måneder betaler arbejdspladsen fuld løn, men der stilles krav om en aktiv oplæringsproces – og det koster kræfter for både sygeplejersker og arbejdsplads, understreger Inge Pietersen.

”I det seks måneders prøveforløb forpligter vi os til at vejlede og oplære. Der er en klinisk vejleder eller en mentor nødvendig. Der er simpelthen nogen på afdelingen, der skal være dedikerede til det. Men heldigvis synes vi, det er en spændende og sjov udfordring her,” siger Inge Pietersen.

Rachelle er midt i sin prøveperiode. Hun håber, at der er fast arbejde til hende på afdelingen bagefter.

”Det her er en af de bedste arbejdspladser, som jeg har haft. Der er allerede sket meget på de tre måneder, jeg har været her, og jeg har lært meget,” siger Rachelle.

Og for Inge Pietersen er fastansættelse målet med prøveperioden.

”Jeg vil ikke lægge skjul på, at jeg ser det som en investering. Vi står jo i en mangelsituation, så det er en del af vores rekrutteringsstrategi. Hvis vi behandler dem godt, så kan jeg jo håbe, at de har lyst til at blive og arbejde her på afdelingen,” siger hun.

*kbc@dsr.dk*

## Din næste kollega er filippinsk

**Rekruttering.** Læger fra Indien er allerede ankommet til de danske sygehuse. Sygeplejersker fra Tyskland, Sverige og Norge har også gennem flere år været faste kollegaer på hospitalsgangene. Og den nye sygeplejerske på afdelingen bliver i den nærmeste fremtid højst sandsynligt én fra Thailand, Filippinerne eller Polen.

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST

I dag stammer langt de fleste udenlandske sygeplejersker i Danmark fra de nordiske lande, Tyskland, England og Polen, viser tal fra Sundhedsstyrelsen. Men ifølge regeringens nye plan for international rekruttering betyder den økonomiske vækst i de lande, at vi fremover skal konkurrere med netop dem om at tiltrække de fornødne hænder til de ledige stillinger.

De danske regioner, der i denne tid gør status, vil endnu ikke løfte sløret for, hvilke lande man regner med at forsøge at rekruttere fra, men meget tyder på, at rekrutteringsbureauerne vender blikket mod særligt Filippinerne og Thailand.

Sygeplejefaglig konsulent, *Randi Gjerding*, fra Sundhedsstyrelsen bekræfter, at der netop nu kommer mange henvendelser fra rekrutteringsbureauer, der gerne vil høre mere om reglerne for dansk sygeplejerskeautorisation til personale fra Thailand, Polen og Filippinerne. Hos hovedorganisationen for regionerne, Danske Regioner, har man også modtaget henvendelser fra bureauer, der gerne vil tilbyde danske hospitaler arbejdskraft fra Filippinerne.

Dansk Sygeplejeråd ser ikke nogen problemer i, hvis Danmark henter sygeplejersker fra Filippinerne. Det er ifølge 1.-næstformand *Grete Christensen* ét af de få lande i verden, der har et overskud af sygeplejersker, fordi landet har specialiseret sig i at uddanne et overskud og eksportere dem til andre dele af verden.

Diskussionen om rekruttering af udenlandske sygeplejersker er forstærket efter regeringen for nyligt præsenterede jobplan, der skal tiltrække udenlandske hænder til den danske industri og det danske sundhedsvæsen. Ét af initiativerne fra regeringen er en informationskampagne, der skal rettes mod udenlandsk sundhedspersonale over en fireårig periode. Hvilke lande kampagnen skal målrettes, vil Udenrigsministeriet ikke kommentere endnu.

Men de danske arbejdsgivere skal – handlingsplan eller ej – ikke regne med, at det bliver nemt at lokke den udenlandske arbejdskraft til Danmark, mener professor i nationaløkonomi, *Tor Eriksson*, fra Handelshøjskolen på Aarhus Universitet.

”Sundhedspersonale er en mangel alle steder. Der bliver ikke færre opgaver for sundhedssektoren fremover, tværtimod. Derfor skal mange lande nu hente folk udefra, og dermed opstår der en stor global konkurrence om sundhedspersonalet. Jeg er ikke sikker på, at Danmark ligger specielt godt i den konkurrence,” siger professor Tor Eriksson.

Han mener, at bl.a. den negative udlændingedebat, relativt lave lønninger til højtuddannede og tunge arbejdsgange i Udlændingsservice gør Danmark mindre attraktivt for det specialiserede personale.

*kbc@dsr.dk*



# Afrika lider under sygeplejerskeflugt

**Udlængsel.** I Uganda er det ikke ualmindeligt, at én sygeplejerske har ansvar for 100 patienter på en vagt. Med lav løn og ringe ressourcer i sundhedsvæsenet føler mange sig fristet til at søge job i vesten. Men det kommer til at gå hårdt ud over Ugandas befolkning.

TEKST OG FOTO: KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST

Sammensurret med plastik og strå stikker de spidse tagrygge op som tætpakkede sukkertoppe i flygtningelejren Pabbos i det nordlige Uganda. Der er tusindvis af dem, og i hver af hytterne sover hele familier på den bare jord. Størstedelen har været der i mere end 10 år, efter de enten frivilligt eller tvunget søgte ind i lejrene, da regeringens tropper og oprørshæren Lord's Resistance Armys kampe var på det højeste i Uganda.

I én af hytterne sidder *Bicenytina Lapobo*. En 70-årig dame, der kærligt gænger sine fem børnebørn ud af hytten i de beskidte gyder, da hun får besøg. Hendes fod er svulmet op og har skrammer. *Bicenytina Lapobo* ved ikke, hvad der er galt med den, for hun har ingen penge til at gå til flygtningelejrens sundhedsklinik. I stedet har hun smurt den med det, hun har – lidt vegetabilsk madolie, som hun synes hjælper på kløen. Men ellers er det op til Guds vilje, som hun siger, om foden eller for den sags skyld hendes syge barnebarn bliver rask igen.

## Ingen løn i et halvt år

*Bicenytina Lapobo* er blandt de 1,6 millioner ugandere, der er fordrevet fra deres hjem pga. borgerkrigen i det nordlige Uganda. Gennem det seneste år har der været våbenhvile, men regeringen har endnu ikke givet grønt lys for

genopbygningen af landsbyerne. De internt fordrevne ugandere er blandt dem i landet, der må tage til takke med det ringeste af det offentlige sundhedsvæsen.

I Pabbos-lejrens offentlige sundhedsklinik sidder mødre, børn og ældre i lange køer til indregistrering. Det foregår i et skur, der nødtørftigt er flikket sammen af et par brædder. Klinikken består af et par rum i et hus, der skal tage imod flygtningelejrens 40.000 beboere. Og sygdomme er der nok af. Uden myggenet eller ordentlige sanitære forhold er folk plaget af særligt malaria og diarré, men også hiv/aids er udbredt.

*Janet Acang* er social- og sundhedsassistent på den offentlige sundhedsklinik. Hun er 24 år og har arbejdet her i seks måneder. Hun får knap 175 kr. i løn om måneden, men hun har endnu ikke modtaget løn for sit arbejde, der dagligt kræver, at hun og klinikens 10 andre ansatte modtager 200 patienter.

## Ingen vil arbejde på landet

”Jeg kan ikke lide at arbejde her. Jeg vil gerne se mennesker uden for lejren. Og jeg får ingen penge, selv om jeg arbejder hver eneste dag. Jeg har klaget, men der sker ingenting,” fortæller *Janet Acang*.

Hun overvejer ligesom mange andre sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i

det nordlige Uganda at søge job i byerne eller tage til udlandet.

”Der er ekstrem mangel på sygeplejersker i yderdistrikterne. Særligt Norduganda er hårdt ramt. Det skyldes dårlige forhold. Der er ringe muligheder for at give børn skolegang, dårlig løn, manglende boliger og ringe sikkerhed. Det er enormt svært at tiltrække sygeplejerskerne, særligt da der ikke er økonomi til at tilbyde mere i løn,” forklarer *Claes Broms*, der er Danida-rådgiver for det ugandiske sundhedsministerium.

For at tiltrække flere sygeplejersker til Norduganda har Danida gennem en årrække støttet tre sygeplejerskeskoler netop i nord. Én af dem er *Lacor School of Nursing*, der årligt uddanner ca. 190 sygeplejersker. Men selv om uddannelsen færdiggøres i yderdistriktet, er det imidlertid ingen garanti for, at de studerende foretrækker at arbejde her efter endt uddannelse.

*Moses Jones Okello* er 3.-semester-studerende og 24 år. Han føler sig fristet af udlandet.

”Jeg vil gerne arbejde med mennesker, der har brug for hjælp. Men det har de alle steder. Hvis jeg får muligheden, vil jeg gerne til Danmark eller England, for jeg forestiller mig, at det vil være nemt at bruge min uddannelse i de lande. Der er folk venlige, og



Sygeplejestuderende i Norduganda drømmer om en fremtid med arbejde i vesten – gerne i Danmark.



Social- og sundhedsassistent *Janet Acang* arbejder på sundhedsklinikken i Pabbo Flygtningelejr. Hun har ikke fået løn i seks måneder og ønsker sig et job langt væk fra lejren.





70-årige Bicenytina Lapobo er en stolt kvinde, som for ti år siden blev drevet på flugt fra sit hjem af borgerkrigen i Uganda. Som 1,6 millioner andre ugandere fandt hun ly i en lejr for internt fordrevne flygtninge, hvor hun bor med sine børnebørn. Hendes fod er skrammet og giver hende smerter, men hun har ikke råd til at betale medicin, så hun søger ikke hjælp. "Det er op til Guds vilje, om foden bliver rask igen," siger hun.





### ))) FAKTA OM SYGEPLEJERSKER I UGANDA

En gennemsnitlig månedsløn for en nyuddannet sygeplejerske i Uganda svarer til 870 kr. Hvis det står til Nurses' Organisation of Uganda, skulle startlønnen hæves til 2.030 kr. om måneden.

En undersøgelse fra Ugandas sundhedsministerium viser, at 73 pct. af sundhedsvæsenet i Uganda oplevede at løbe tør for medicin månedligt i 2005/2006.

Ifølge Verdenssundhedsorganisationen WHO's seneste statistik har Danmark ca. 1.000 sygeplejersker per 100.000 indbyggere, mens Uganda bare har 55 sygeplejersker per 100.000 indbyggere.

» der er ingen aggressivitet eller krig,» siger han.

#### På arbejde hele døgnet

Der er ellers brug for ham i Uganda. De fleste klinikker og hospitaler uden for hovedstadsområdet er underbemandede. Dels fordi det er svært at tiltrække personale, dels fordi regeringens holder en stram og lav normering.

På Atar sundhedsklinik i nærheden af landsbyen Inomo skulle der egentlig være ansat otte sundhedsuddannede medarbejdere. Men netop nu er der ansat tre, der dagligt tilser de mellem 200-300 patienter, der vandrer til fra nær og fjern for at modtage den gratis (om end begrænsede) behandling her.

Klinikken består af bare to rum, og personalet bor i stråtekte, runde hytter ved siden af klinikken, der har døgnåbent, så de få ansatte er på vagt døgnet 24 timer. Vand er der intet af, så personalet må hente det ved en vandpost 4 km væk og bringe det tilbage til klinikken.

»Vi kan f.eks. ikke sy en flænge her. Der skal patienten ind på hospitalet i Apac 9 km væk. Har patienten ikke råd til selv at arrangere transport, er det ret usandsynligt, han eller hun kommer på hospitalet, for ambulancerne har som regel ingen benzin til at køre herud,» fortæller 27-årige Eunice Akello,

der er jordemor på klinikken og tjener 1.150 kr. om måneden.

Overbelastningen for de få tilbageblivende sygeplejersker, jordemødre og assistenter i Uganda er til at tage og føle på. En sygeplejerske på nattevagt på landets største hospital, Mulago Hospital i Kampala, må ifølge sygeplejerskeorganisationen ene mand/kvinde tilse 100 patienter på de overfyldte sale.

»Vi har et meget fjendtligt arbejdsmiljø – særligt i landområderne. De fleste veluddannede sygeplejersker vil hellere være i en by med faciliteter som vand og elektricitet, end hun vil være langt ude på landet, hvor der også er ringe transportmuligheder. Derfor er der mange, der strejker, når de bliver sendt i klinikkerne på landet,» fortæller Janet Obuni, der er formand for Nurses' Organisation of Uganda.

#### Migration er en ret

Hun understreger, at det er ordentlige ressourcer på klinikkerne, ordentlige tjenesteboliger, flere personaleressourcer og god løn, der skal til for at lokke sygeplejerskerne til yderområderne. Ellers tager de til udlandet, hvilket formanden egentlig godt kan forstå.

»Migration kan man ikke stoppe. Det er folks ret at flytte derhen, hvor de ønsker. Men vi så gerne, at regeringen håndterede det på

en mere systematisk måde, så vi var sikre på, at sygeplejerskerne føler sig velkomne til at vende hjem igen,» siger Janet Obuni.

Og netop muligheden for at vende tilbage med ny viden og erfaringer fra Vesten er motivationen for en anden sygeplejerskestuderende i nord, Alima Achola, der ikke lader sig lokke af penge alene.

»Hvis jeg fik mulighed for det, kunne jeg godt finde på at rejse til udlandet og arbejde. Men det skyldes ikke den høje løn. Jeg vil gerne have udfordringer og prøve at arbejde med den moderne teknik. Så ville jeg også kunne rådgive her i Uganda, når jeg kom tilbage,» siger 27-årige Alima Achola.

Chancen for at få de vestlige erfaringer tilbage til det afrikanske kontinent er lyspunktet i migrationen, mener Nurses' Organisation of Uganda.

»Uanset hvad vi synes om det, så rejser de. Så vi skal sikre os, at de føler sig velkomne til at vende hjem igen. Det vil være med til at forbedre vores sundhedsvæsen i Uganda,» siger formand Janet Obuni.

kbc@dsr.dk

Artiklen er blevet til efter research foretaget i forbindelse med deltagelse i udvekslingsprojektet Danmark-Uganda 2007 arrangeret af Mellempfolkeligt Samvirke.



Hytter så langt øjet rækker i Pabbo-flygtningelejren i Norduganda. Her lever tusindvis af mennesker i absolut fattigdom med adgang til den ringeste del af det offentlige sundhedsvæsen.



Landdistrikterne oplever en sand flugt blandt sygeplejersker. Regeringen i Uganda forsøger at udstationere sygeplejersker til yderområderne, men ofte fører det til strejke blandt de udsendte.



**Stofmisbrug.** Patienterne kunne ikke få smertestillende medicin nok, og deres møde med hospitalet gav ofte anledning til konflikter. Personalet oplevede i det hele taget patienterne med stofmisbrug som en krævende patientgruppe. Men meget har ændret sig, efter at socialsygeplejerske Nina Brünés blev tilknyttet ortopædkirurgisk afdeling på Bispebjerg Hospital. I dag er der kommet nye retningslinjer for medicinering, og kontrol er erstattet med åbenhed.



"Selvom stofmisbrugeres helbred er dårligt, opsøger de sjældent læge eller skadestue, fordi de ikke magter det og ikke føler sig velkomne," siger socialsygeplejerske Nina Brünés, der har arbejdet som gadesygeplejerske i København i syv år.

## SOCIALSYGEPLEJERSKE TAGER

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

"Han er slidt og ser hærgnet ud. Han har flere store sår på armen. Hans tænder er dårlige, og der mangler i hvert fald en fortand. Han er 28 år. Han fortæller om en rå barndom og om livet på gaden. Om fængsler og dårligt selskab. Om fogenen, der satte familien ud af deres lejlighed. Om vold og mobning. *Kims* mor har drukket. Kim er intellektuelt godt med, men ligner en med føtalt alkoholsyndrom."

Sådan beskriver socialsygeplejerske *Nina Brünés'* noter det triste livsforløb for en af de patienter med stofmisbrug, som hun mødte på Ortopædisk Afdeling M på Bispebjerg Hospital.

Afdelingen har næsten konstant to stofmisbrugere indlagt, der skal behandles for bylder. Det er svært for stofmisbrugerne at møde den

"De er tidsslugere, men man har bare ikke tiden. Det er ikke rart at føle, at man må afvise. Man kan ligesom mærke, at brodden bliver taget nu."

regelstyrede hospitalskultur. I mange år har konflikter mellem sygeplejersker og stofmisbrugere været en del af hverdagen på afdelingen. Stofmisbrugerne blev opfattet som opmærksomhedskrævende og utålmodige.

De kunne bringe en hel fest ind på afdelingen, når kammeraterne kom på besøg, og de havde ofte deres helt egen opfattelse af, hvordan en forbindelse skulle skiftes.

Udskrivelsen voldte ofte kvaler. Sygeple-

jerskerne følte det som dybt utilfredsstillende, når de blev tvunget til at udskrive patienter til gaden.

Det største problem var, at patienterne hele tiden pressede på for at få mere smertestillende medicin.

Personalet syntes ikke, de var gode nok til at takle problemerne og ville gerne gøre det bedre.

### Nye smertestandarder

Meget har ændret sig, efter at socialsygeplejerske Nina Brünés fra "Projekt Udenfor" for halvandet år siden blev tilknyttet afdelingen. Mest banebrydende er det, at der i samarbejde med Bispebjerg Hospitals smerteklinik er udviklet nye smertestandarder for pa-

tienter med misbrug. De får i dag en dosis, der er mange gange højere end tidligere. Resultaterne af projektet har været så po-

sitive, at Bispebjerg Hospital som det første i landet overvejer at fastansætte en socialsygeplejerske.

"Tidligere var det et stort potentiale for konflikter, at patienter med stofmisbrug ikke var ordentligt smertedækket. I dag kommer vi patienterne i møde og fortæller med det samme, at vi nok skal sørge for at give dem en medicinering, så de hele tiden er ordentligt smertedækket, og abstinenserne bliver lin-

dret," fortæller sygeplejerske *Anne Marie Elholm* fra afdeling M.

Patienterne er glade for de nye retningslinjer.

"En patient var fuldstændig overrumplet over, at han ved indlæggelsessamtalen havde fået at vide, at afdelingen nok skulle sørge for at lindre hans abstinenser. Han sagde, at han efter udskrivelsen ville tage ind til Istedgade og sige til alle, at de skulle skynde sig at få en byld og blive indlagt på afdeling M," fortæller Nina Brünés.

### Massiv mistillid

Nina Brünés har arbejdet som gadesygeplejerske i København i syv år og kender stofmisbrugernes massive mistillid til sundhedssystemet.

"Stofmisbrugere bliver i gennemsnit bare 41,2 år gamle, men selvom deres helbred er meget dårligt, opsøger de sjældent læge eller skadestue, fordi de ikke magter det og ikke føler sig velkomne. De lader sig ofte udskrive før tid og går rundt på gaden med f.eks. sår eller knoglebrud, der endnu ikke er helet, eller alvorlige lungebetændelser," siger Nina Brünés, der mener, at den regelbundne hospitalskultur er alt for dårlig til at komme stofmisbrugere og andre socialt udsatte patienter i møde.

"Stofmisbrugere føler sig i den grad anderledes end resten af samfundet, og de er på barrikaderne. De er bange for at blive dårligt behandlet, og de føler sig ofte forfordelt og diskrimineret, også selvom den følelse ikke

Sygeplejerske på afdeling M.





Sygeplejerske Anne Marie Elholm betragter det som en stor gevinst, at afdeling M på Bispebjerg Hospital har en socialsygeplejerske tilknyttet: "Vi er blevet bedre til at tale direkte med patienterne og stille spørgsmål," siger hun.

#### ]]] NÅR DU BEHANDLER EN PATIENT MED MISBRUG

- Vis tillid. Tro på, at det, patienten oplyser, er rigtigt. Det gælder f.eks. smerter og medicindosis.
- Vær ærlig. Sig fra, hvis patienten overskrider dine grænser. Spørg, hvis du er i tvivl.
- Hold altid, hvad du lover. Hvis du f.eks. lover at give medicin om et kvarter, så skal tidspunktet overholdes.
- Giv tydelig information.
- Lad patienter med stofmisbrug være private med deres misbrug.
- Vis det hensyn, at medpatienterne ikke skal kende til misbruget.
- Giv metadon som vanligt.
- Sørg for ordentlig smertebehandling.

Kilde: Socialsygeplejerske Nina Brünés.

## BRODDEN AF KONFLIKTERNE

altid er berettiget. De lever typisk i en "her og nu-kultur." Det betyder, at der kan opstå dramatiske scener, hvis afdelingen f.eks. ikke er i stand til at give et nøjagtigt tidspunkt for, hvornår patienten skal til operation," forklarer Nina Brünés.

### Forbud gav konflikter

Før socialsygeplejersken rykkede ind, fik stofmisbrugerne på afdeling M udleveret en pjece med bestemte regler, der skulle overholdes. De havde forbud mod at gå ind på medpatienternes stuer, og i modsætning til andre patienter måtte de ikke forlade afdelingen eller tage væk i weekenden.

En overtrædelse af reglerne betød, at de kunne blive smidt ud af afdelingen.

For en patient var konsekvensen af reglementet, at hun var interneret på afdelingen i samtlige ni måneder, hun var indlagt.

"Folderen var pinlig og nedladende i sit sprog, og vi besluttede at droppe den. Vi fik også diskuteret, om vi virkelig kan forhindre, at stofmisbrugerne går ud og tager stoffer et andet sted. Det kan vi ikke, selvom vi opstiller nok så mange regler. Derfor besluttede vi

at ophæve reglen om, at patienterne ikke må forlade afdelingen. Det har gjort samarbejdet med patienterne meget bedre," fortæller Anne Marie Elholm.

Undervejs i forløbet har Nina Brünés gjort meget ud af at tale med personalet om principperne i den skadesreducerende tankegang.

"Den skadesreducerende tankegang forholder sig ikke til, om det er rigtigt eller forkert at tage stoffer, men fokuserer på at mindske skaderne af misbruget. Jeg har f.eks. selv undervist patienterne i, hvordan de kan fixe mere hygiejnisk," siger Nina Brünés.

Hun opfordrer sygeplejersker til at gå i dialog med patienterne i stedet for at opstille regler og forbud.

"Det er vigtigt ikke at tvinge de her patienter til at modtage en bestemt behandling, men i stedet at lægge op til dialog. Tal til stofmisbrugere, som du ville tale til alle andre mennesker. De er særlige patienter med særlige behov. Men jo mere normalt og ligeværdigt kommunikationen foregår – jo mere kommer det godt tilbage," siger Nina Brünés og fortsætter:

"Hvis en patient virker skæv, så sig f.eks.:

"Jeg synes, du virker påvirket. Har du taget noget ved siden af? Er det, fordi du har ondt, eller er du bange?" Spørg af faglig interesse og ikke for at kontrollere."

Anne Marie Elholm fortæller, at hun har lært at tale mere direkte og åbent med de indlagte stofmisbrugere:

"Vi er blevet bedre til at tale direkte med patienterne og stille spørgsmål. Vi spørger f.eks. åbent om, hvilke stoffer patienten tager, og vi fortæller, at vi har brug for at vide det i forhold til medicineringen."

Generelt har socialsygeplejersken skabt mere ro på afdelingen:

"Patienter med misbrug har behov for at snakke, og det har vi ikke altid tid til. I dag kan vi henvise til Nina. Patienterne får dækket deres behov, og det giver en helt anden ro i afdelingen," fortæller Anne Marie Elholm. Også udskrivelserne er der kommet bedre styr på, fordi socialsygeplejersken har tiden og ekspertisen til at finde det rigtige tilbud.

Nina Brünés mener også, at andre udsatte grupper kan have brug for en sygeplejerske til at bygge bro mellem personalet og patienterne.

"Jeg kunne f.eks. godt forestille mig, at nogle af de mest udsatte indvandrere kunne have gavn af at have kontakt med en sygeplejerske, der har godt kendskab til begge kulturer."

bso@dssr.dk

### ]]] PROJEKT SOCIALSYGEPLEJERSKE

Projekt Socialsygeplejerske er et toårigt forsøgsprojekt på Ortopædkirurgisk Afdeling M på Bispebjerg Hospital. 25 stofmisbrugere – 18 mænd og syv kvinder deltog i projektets første år. De fleste var indlagt med bylder i lysken. 20 af patienterne var i metadonbehandling. Seks var hjemløse. Langt hovedparten af patienterne var enten på kontanthjælp eller førtidspension.

Rapporten "Projekt Socialsygeplejerske" kan downloades på [www.udenfor.dk](http://www.udenfor.dk)

"På et tidspunkt kom en sygeplejerske ind i kaffestuen og sagde: "Her er din metadon." Men det havde jeg egentlig ikke lyst til at dele med andre. Man går jo heller ikke ind til en patient og siger: "Her er din nervemedicin,"" siger Jette V. Jepsen. Hun ses her med en veninde foran De Hjemløses Hus i København.

**Ligeværd.** Som stofmisbruger har Jette V. Jepsen ofte følt sig mindre værd end de andre patienter på hospitalet. Derfor finder hun det positivt, at personalet på Afdeling M på Bispebjerg Hospital giver hende de samme rettigheder som alle andre indlagte.

# LÆGERNE ER

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: HEINE PEDERSEN

44-årige *Jette V. Jepsen* har været stofmisbruger i 20 år, og hun har oplevet så mange indlæggelser, at hun ikke selv har tal på det. Hendes helbred har skranted i mange år. Hun har haft flere blodpropper og har været ved at miste sit ben flere gange. Som 27-årig havde hun sit første vigtige møde med hospitalssystemet, da hun fik konstateret betændelse i hjerteklappen. Dengang gik kommunikationen med lægen meget dårligt, og Jette følte sig slet ikke ordentlig informeret om sin sygdom, og hvad hun selv kunne gøre for at forebygge en forværring af tilstanden.

"Jeg fik reelt ikke at vide, hvad jeg fejlede. Hvis jeg havde fået bedre information, tror

jeg, at mange af mine senere indlæggelser kunne have været undgået," siger Jette V. Jepsen over en kop kaffe i De Hjemløses Hus i København. Hun er en velplejet kvinde med venlige blå øjne og en rusten stemme. På trappen udenfor tager en veninde sig af hendes hvide slædehund.

Jette V. Jepsen har flere gange været indlagt på Afdeling M på Bispebjerg Hospital for at blive behandlet for bylder og stafylokokker, og hun betragter det som en stor forbedring, at socialsygeplejerske *Nina Brünés* er blevet knyttet til afdelingen.

"I dag føler jeg, at jeg har de samme rettigheder som alle andre patienter, og har jeg

problemer, kan jeg tale med Nina. Hun kan så tage problemerne op med personalet," siger Jette V. Jepsen, der især finder det positivt, at afdelingen har afskaffet de særlige regler for stofmisbrugere.

"Det føltes f.eks. meget nedværdigende, at jeg i en pjese kunne læse, at jeg skulle tage badekåbe på, når jeg gik uden for stuen. Som om jeg kunne finde på at gå halvnøgen rundt. Reglerne satte i det hele taget stofmisbrugere i bås, selvom vi er lige så forskellige som alle andre mennesker. Det var heller ikke spor sjovt at have forbud mod at forlade afdelingen, når man var indlagt en hel sommer," lyder det fra Jette V. Jepsen. Hun har bl.a. brugt







# ALT FOR RÅ

socialsygeplejersken til at formidle budskabet om, at hendes forbrug af metadon er en privat sag.

”På et tidspunkt kom en sygeplejerske ind i kaffestuen og sagde: ”Her er din metadon.” Men det havde jeg egentlig ikke lyst til at dele med andre. Man går jo heller ikke ind til en patient og siger: Her er din nervemedicin.”

Jette V. Jepsen beskriver generelt sit forhold til hospitalssystemet som anstrengt. Hun har ofte følt, at især lægerne talte ned til hende.

”Jeg har meget svært ved at ligge på sygehuset. Hvis jeg skal være helt ærlig, synes jeg, at lægerne er de værste. De kan være meget

rå i deres udtalelser. Jeg har f.eks. fået at vide, at ”du fortjener at miste dit ben.” De nægter også at give mig en ny hjerteklap. De synes nok ikke, jeg er værd at investere i. Hvis man får metadon, så er det, som om al sygdom er selvforskyldt,” siger Jette V. Jepsen, der understreger, at personalet på Bispebjerg Hospitals Afdeling M gør det godt.

”Måske skyldes det, at de har en socialsygeplejerske og får talt om stofmisbrugernes situation.”

Jette V. Jepsen understreger i det hele taget vigtigheden af, at sundhedspersonalet møder misbrugere med en åben og fordomsfri holdning.

”Jeg kender miljøet og ved, at misbrugere er lige så forskellige som andre mennesker. Men der er åbenbart nogle mennesker, som kun lever i ét slags miljø og kun kender én slags mennesker, og som er enormt fordomsfulde,” siger Jette V. Jepsen, der mener, at både stofmisbrugere og sundhedspersonalet har brug for, at der bliver ansat flere socialsygeplejersker:

”Egentlig er det utroligt, at man ikke har gjort det før.”

# Der skal fagligt perspektiv på opgaveløsningen

**Kerneopgaver.** Ikke-sygeplejerelevante arbejdsopgaver har stor betydning for sygeplejerskers arbejdsmiljø og fastholdelse. Tre amtsbestyrelsesmedlemmer kortlagde problemet.

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR • MODELFOOTO: SIMON KNUDSEN

Det begyndte med, at tre medlemmer af Hovedstadens amtsbestyrelse, *Yvonne Dilling*, Rigshospitalet, *Leif Nielsen*, Frederiksberg Hospital, og *Jørn Thomasen*, Bispebjerg Hospital, gerne ville have et præcist billede af, hvor mange arbejdsopgaver sygeplejersker påtager sig, som ikke har noget med den direkte sygepleje at gøre. Derfor gennemførte de en rundspørge i tillidsrepræsentantkollegierne ved tre hospitaler i hovedstadsområdet. Se opgaveliste på næste side. Resultaterne af undersøgelsen danner nu grundlaget for et politisk holdningspapir fra Hovedstadens amtskreds om brugen af sygeplejerskers arbejdsressourcer.

Yvonne Dilling: ”Man kan nok ikke sætte skarpe grænser for, hvad sygeplejersker skal udføre, og hvad de ikke skal udføre, når de arbejder tæt på patienten. Men når vi er i en situation, hvor vi mangler rigtig mange sygeplejersker, så må vi interessere os for, om vi bruger ressourcerne rigtigt.”

Leif Nielsen: ”Vi ønskede med undersøgelsen af sygeplejerskernes faktiske arbejdsopgaver at få gang i diskussionen om, hvad sygeplejersker skal bruge deres tid på. Tilsyneladende har andre faggrupper lettere ved at sige fra ud fra deres faglighed, end sygeplejersker har.

Vi har talt med tillidsrepræsentanter, som alle har hørt om kollegernes frustrationer over de opgaver, sygeplejersker påtager sig.”

Jørn Thomasen: ”Det er vigtigt, at man gør sig klart, hvad man løser af opgaver som sygeplejerske, og det afhænger naturligvis også af, hvilken arbejdsplads, man arbejder på. Det handler i første række om, at man varetager den totale pleje omkring patienterne. Måske er det rimeligt, at man tager en opvask efter fire mennesker, men er det rimeligt, at sygeplejersken skal fjerne indtørret afføring fra væggene?”

De tre initiativtagere til undersøgelsen konstaterer, at problemet med de flydende,

uløste arbejdsopgaver fylder meget på sygeplejerskernes arbejdspladser.

Leif Nielsen: ”Når jeg har snakket med sygeplejersker, har jeg tit hørt, at når der skæres ned på andre faggrupper, så havner opgaverne meget ofte hos sygeplejerskerne.”

Yvonne Dilling: ”Man skærer ned i beemandingen, men dermed forsvinder opgaverne jo ikke. Sygeplejerskerne vil gerne bruges, men ikke udnyttes. Fleksibiliteten er blevet overdrejet.”

## Det politiske ansvar

Om det videre arbejde med arbejdsressourcerne i Dansk Sygeplejeråds lokale kreds siger amtskredsformand *Vibeke Westh*:

”Vi har rejst problemstillingen med brugen af sygeplejerskernes arbejdsressourcer for at sikre fastholdelse og rekruttering til sygeplejefaget. Vi mener, at der skal et fagligt perspektiv på opgaveløsningen, og at det er et politisk ansvar at sikre, at der er den fornødne økonomi til stede. Sygeplejerskerne skal ikke være den sidste faggruppe, som mener, at vi bare kan klare det hele.

Vi risikerer, at sygeplejersker mister lysten til faget, og at vi dermed skaber mange dårlige rollemodeller. Vi risikerer også, at sygeplejens kerneområde bliver presset, og at der sker flere fejl. Det skal vi reagere på, og det forventer vi også, at ledelsen reagerer på.”

*sp@dsr.dk*

### »»» MERE TID TIL SYGEPLEJE

”En central nøgle til at fastholde sygeplejersker i faget og tiltrække nye – ud over bl.a. at ud-danne flere, give en højere løn og sikre et bedre arbejdsmiljø – er, at sygeplejersker anvender tiden på at løse de arbejdsopgaver, de er uddannet til (”kerneopgaver”).

Sygeplejersker oplever deres arbejdsplads som attraktiv, når de daglige udfordringer, herunder arbejdsopgaver, står mål med de erhvervede kompetencer. Og at der er tid til at koncentrere indsatsen om de sygeplejefaglige opgaver. Patientkontakten og omsorgen for patienterne er således omdrejningspunktet i sygeplejerskernes faglige identitet.”

Citat fra holdningspapiret om sygeplejerskers arbejdsopgaver fra Hovedstadens amtskreds.



## Hvem tørrer støv af?

En rundspørge til tillidsrepræsentantkollegerne på tre hospitaler i hovedstadsområdet i første halvår af 2007 gav følgende liste over opgaver, som udføres af sygeplejersker, men som opleves at være sygeplejefagligt irrelevante:

### Serviceopgaver

- Bestilling og opfyldning af varer.
- Tømning af tøjsække.
- Servering af mad til ”raske patienter” i spise-stuen.
- Servering af kaffe.
- Lægge uniformer på plads.
- Opfyldning af sterile varer.
- Tjekke sterile varer for udløbsdatoer.
- Tjekke og påfylde salt/afspændingsmiddel på opvaskemaskiner.
- Flytte apparatur, før der kan blive gjort rent.
- Tjekke holdbarhedsdatoer på madvarer.
- Tjekke batterier.
- Folde kasser, før portører tager dem med.
- Bringe blodprøver fra egen afdeling til klinisk kemisk afdeling.
- Sengekørsel og transport af patienter.
- Gå med journaler.

### Rengøringsopgaver

- Tørre hylde af.
- Oprydning af køkken, personalekøkken.
- Tørre afføring, urin og blod op, før rengøringspersonalet gør rent på stedet.
- Rengøring af udstyr, skabe og personalekøleskabe.
- Rengøring af rulleborde, tekniske apparater (bl.a. telemetri), tastatur, BT-apparat, vægpanel, tørre støv af, vaske sengebord i aften- og nattevagter ved stort patientflow.
- Tømme ting og sager i stuen forud for hovedrengøring og derefter sætte tingene på plads igen.
- Oprydning og opfyldning mellem og efter operationer.

### Tovholderopgaver

- Bestille medicin, undersøgelser, transport og blodprøver.

### Patientadministrationsopgaver

- Bookingopgaver.
- Lave indkaldelsesjournaler (natsygeplejersker).

### Dokumentationsopgaver

- Lægerne har anæstesiologisk database. Sygeplejersken bruger 10 minutter på at indtaste data. Det kunne sagtens udføres af en sekretær eller være en skånstilling.
- Registrere i Grønt System og samle papirer.

### Andre administrationsopgaver

- Telefonpasning i vagterne.
- Skrive diktatnotat til journal. En opgave, sekretærer normalt laver.
- Rydde op i journaler.



# ANSVARET FOR ULØSTE

**Opgavefordeling.** Det er et forvansket billede af virkeligheden, at sygeplejersker rager opgaver til sig og ikke vil afgive nogen. Udlicitering af andre faggruppers arbejde tvinger tværtimod sygeplejersker til at udføre opgaver, de ikke burde, siger Dansk Sygeplejeråds formand.

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR • MODEL FOTO: SIMON KNUDSEN

Når man mangler 1.500 sygeplejersker på landsplan, og der er bekymring for, om sygeplejerskerne er hos patienterne i tilstrækkeligt omfang, så må man i hvert fald sørge for, at sygeplejerskerne bruger tiden på relevante opgaver.

Konstateringen gøres af Dansk Sygeplejeråds formand, *Connie Kruckow*. Hun bruger en hel del energi på at skyde myter ned om, at sygeplejerskerne hele tiden vil have nye opgaver uden at lade andre overtage nogle af dem, de allerede har. Noget tyder på, at budskabet efterhånden er ved at trænge ind hos politikere, topembedsmænd og andre fagorganisationer.

Connie Kruckow slår fast, at ansvaret for, at de fornødne ressourcer til at løse opgaverne er til stede, ligger i sundhedsvæsenets overordnede ledelser og på politisk plan.

”Vi ser mange eksempler på, at man forsøger at skubbe ansvaret nedad, og det skal sygeplejerskerne ikke acceptere,” siger Connie Kruckow.

Manglen på sygeplejersker har øget mange arbejdspladser opmærksomhed på, hvad sygeplejerskerne rent faktisk bruger deres ressourcer på. En del af disse opgaver kunne og burde løses af andre faggrupper. Men det er ikke sikkert, at der er andre til at løse opgaverne.

Connie Kruckow:

”Mange opgaver ligger uløste, fordi man ved udlicitering af rengøring og på serviceområdet ikke har fået beskrevet opgaverne tilstrækkeligt i kontrakterne og dermed fået taget højde for, at ressourcerne svarer til opgaverne. Det er dyrt at spare, når man ved, at det går ud over patienterne, fordi det i stedet er sygeplejersker, der er nødt til at udføre serviceopgaverne.”

## Skal ikke løse restopgaver

Hvis sygeplejerskerne ikke selv sætter dagsordenen for, hvilke opgaver de skal løse, er der andre, der gør det, fastslår Dansk Sygeplejeråds formand:





# OPGAVER SKUBBES NEDAD



ARKIVFOTO: SØREN SVENDSEN

”Mit udgangspunkt har altid været, at sygeplejersker ikke skal løse de restopgaver, som bliver til overs, når man rationaliserer for andre faggrupper,” siger Connie Kruckow.

”Mit udgangspunkt har altid været, at sygeplejersker ikke skal løse de restopgaver, som bliver til overs, når man rationaliserer for andre faggrupper.”

Connie Kruckow medgiver, at det er svært at stå ude på en afdeling og holde fast i det synspunkt, når der er opkast på gulvet, eller der er beskidt på toiletet, og rengøringspersonalet er gået hjem eller er i gang med andre opgaver. Eller når det drejer sig om en journal, der skal findes, eller der skal afleveres blodprøver på laboratoriet, og der ikke lige er andre til at gøre det.

”Så løser sygeplejerskerne alligevel de uløste opgaver. Ikke fordi vi synes, det er sjovt, men fordi det er nødvendigt, for at patienterne ikke skal vente unødigt eller befinde sig dårligt på afdelingen. Det er så blevet vendt imod os som et udtryk for, at vi bare rager til os af opgaver. Men det er et forvansket billede af virkeligheden. Så kan der være nogen, som i tidens løb har haft en interesse i at fastholde dette billede,” siger Connie Kruckow.

Hun er glad for de seneste kortlægninger af, hvad sygeplejerskerne faktisk løser af opgaver, for så kan problemstillingerne gøres meget konkrete.

Men er der ikke engang imellem opgaver, som måske ikke direkte er sygeplejeopgaver, men som alligevel ligger naturligt i forlængelse af den direkte sygepleje? Vil det ikke være svært at lade være med at udføre disse opgaver?

Connie Kruckow:

”Det er klart. Vi skal heller ikke gøre området omkring patientens seng til Fredericia Banegård med et virvar af forskellige faggrupper. Det er ikke et spørgsmål om, at sygeplejerskerne ikke kan og ikke vil tage disse opgaver, når de er naturlige i en sammenhæng. Men når man står i en situation, hvor man mangler 1.500 sygeplejersker på landsplan, så er man i en situation, hvor det er nødvendigt at se på, hvad der er den mest fornuftige måde at fordele opgaverne på. Det

handler ikke om, at der er opgaver, som ikke er ”fine” nok, men om det er fornuftigt, at man skal have en tre et halvt års sygeplejerskeuddannelse for at løse opgaverne.”

Det er det, der er formandens ærinde: Sygeplejersker bør bruge deres tid på det, de er uddannet til.

”Vi ved, at det betyder noget for antallet af komplikationer for patienterne, det betyder noget for det antal dage, patienterne skal være indlagt, og det betyder noget for patienternes dødelighed, at der er det tilstrækkelige antal sygeplejersker, og at sygeplejerskerne bruger deres tid på sygepleje i tilstrækkeligt omfang. Hvis vi i forvejen er ved at nå et punkt, hvor man kan være bekymret for, om sygeplejerskerne er ved patienterne i et forsvarligt omfang, så må vi i hvert fald sørge for, at de bruger tiden på det rigtige!”

## Formelle barrierer skal væk

Sundhedskartellet og Dansk Sygeplejeråd har i sine input til kvalitetsreformen peget på, at man bliver nødt til at nytænke arbejdsdelingen mellem faggrupperne i sundhedsvæsenet, fortæller Connie Kruckow, der deltog i forberedelserne til kvalitetsreformen og trepartsforhandlingerne.

”Hvis vi bliver ved med at fordele opgaverne, som det er sket i nogle år – uden at tænke udvikling – så får vi ikke tilstrækkelig kvalitet for patienterne. Vi har også påpeget, at de autoriserede sundhedspersoner – deriblandt sygeplejerskerne – skal sikres det størst mulige selvstændige arbejdsfelt. Og så har vi foreslået, at der nedsættes en national ”task force,” som skal vurdere denne opgavefordeling. Det er det, der nu ligger i treparts-aftalen mellem regeringen og de faglige organisationer. Det er faktisk vores forslag, som nu indgår i regeringens kvalitetsudspil. Det er vi tilfredse med,” siger Connie Kruckow.

”Det er første skridt på vejen. Men herudover kræver det, at der er politikere, som har

mod og mandshjerte til også at flytte på nogle af de formelle barrierer.”

Connie Kruckow ser ikke noget problem i, at sygeplejerskerne flytter nogle af deres opgaver til andre faggrupper. Til gengæld er der nogle opgaver, som naturligt ligger i forlængelse af de traditionelle sygeplejeopgaver, men som hidtil har været lægeopgaver. Disse opgaver kan sygeplejersker godt overtage, men autorisationsloven for sygeplejersker er en formel barriere for det. Ifølge Sundhedsstyrelsen er dét at stikke en nål gennem huden at betragte som et operativt indgreb, som dermed hører ind under et lægefagligt ansvar.

”Hvis det ikke er det glade vanvid, så ved jeg ikke, hvad det er. Så er det da på tide at få ændret autorisationsloven for sygeplejerskerne. Tænk, at en sygeplejerske stadig formelt ikke kan foretage en injektion uden lægefaglig delegation. Eller give patienten to Panodiler uden lægelig ordination. Når man kan få hele registret af Panodiler og Kodimagnyler på tankstationen. Det er absurd og gør mig noget stram i masken,” siger Connie Kruckow.

Sygeplejerskernes formand fastslår, at udgangspunktet for en ny opgavefordeling omkring patienten må være, at det er fagligt forsvaret:

”Det handler om at være patienternes vagthund. Der er opgaver, som kan løses af andre end sygeplejersker, men det er ikke det samme som, at det er opgaver, der kan løses af hvem som helst. Så ville der ikke være nogen mening med, at vi har forskellige professioner i sundhedsvæsenet.”

sp@dssr.dk

Klinisk oversygeplejerske Anne Juutilainen og sygeplejerske Jannie Erichsen drøfter patientjournalen, der sikrer god indledende sygeplejevurdering og danner grundlag for god kvalitet i plejen. "Jeg oplever denne introduktion til sygeplejen meget positivt, for jeg har hørt om mange andre, der bare er blevet kastet ud i det," siger Jannie Erichsen. "Her sker introduktionen mere langsomt, men på en måde, der viser, at man har tillid til, at vi kan løse opgaverne," siger hun.



## NYT INTRODUKTIONSFORLØB HJÆLPER NYUDDANNEDE

**Undgår flugt.** Det er spild af dyrebare ressourcer, når nyuddannede sygeplejersker forlader et job, fordi introduktionen har været for dårlig. Det har man taget effektivt hånd om på Bispebjerg Hospital i København.

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR • FOTO: MORTEN NILSSON

"Vi har gjort, hvad vi burde have gjort for mange år siden, da sygeplejerskeuddannelsen blev et studium."

Sådan siger klinisk oversygeplejerske *Anne Juutilainen* på Bispebjerg Hospitals ortopædkirurgisk afdeling M. Hun er en af initiativtagerne til uddannelsesstillinger i afdelingen, hvor man i særlig grad tager sig af nyuddannede sygeplejerskers introduktion til hverdagens mange udfordringer på en ortopædkirurgisk afdeling.

Baggrunden for dette initiativ var velkendte erfaringer, hvor nyuddannede sygeplejersker blev skræmt væk ved mødet med dagligdagen, fordi introduktionen var utilstrækkelig. I dag har afdelingen etableret et 12-ugers praksisorienteret introduktionsforløb, der efterfølges af en uddannelsesperiode integreret i et sengeafsnit. Det samlede uddannelses- og introduktionsforløb er på 14 måneder.

De første fem sygeplejersker i de nye uddannelsesstillinger er ved at være færdige med den indledende introduktion. Der kan derfor ikke på nuværende tidspunkt gøres endelig status over, om investeringen i de nye uddannelsesstillinger har været en succes. Men allerede nu er det besluttet at oprette mindst ét tilsvarende uddannelsesforløb, når nye hold af nyuddannede sygeplejersker er færdige til februar. Det overvejes også at etablere uddannelsesforløb for mere erfarne sygeplejersker, der kommer fra andre arbejdsområder, eller som måske har været væk fra aktiv sygepleje i nogle år.

Oversygeplejerske Anne Juutilainen fortæller, at de nye uddannelsesstillinger i ortopædkirurgisk afdeling M tilgodeser behov for læring i klinisk praksis. Undervisningen er derfor meget handlingsorienteret. De nye sygeplejersker bliver i uddannelsesforløbet plejansvarlige for "faste" patienter.

De første fem sygeplejersker i uddannelsesstillingerne følges af en klinisk sygeplejespecialist, som er deres vejleder og ressourcepædagog. Men vejlederen udfordrer samtidig de unge sygeplejersker på deres faglige viden ved at få dem til at tænke over de konkrete sygeplejeopgaver og begrunde de beslutninger, de træffer. Der fokuseres ikke alene på, om opgaverne er udført, men desuden på, hvad der læres, hvordan det læres, og hvad det lærte kan bruges til.

### Mere attraktivt forløb

Uddannelsesstillingerne er kendetegnet ved, at fem sygeplejersker følges ad i uddannelsesforløbet i den særlige uddannelsesunit uden for normeringen. Der tilstræbes et særligt arbejdsmiljø, hvor der er fokus på læring i arbejdsfællesskabet. Uddannelsesperioden er inddelt i temaer med emner inden for den ortopædkirurgiske sygepleje. Der anvendes forskellige pædagogiske metoder, der er løbende kursusdage, faglig supervision og individuelle uddannelsessamtaler.

Tidsforbruget til henholdsvis klinisk arbejde og uddannelse er fordelt med 32 og fem timer i gennemsnit pr. uge. Efter de første 12 uger opløses den særlige uddannel-

sesunit, og sygeplejerskerne i uddannelsesstillingerne indgår i den samlede personalegruppe. Under hele forløbet afholdes ugentlige kursusdage. Kursisterne deltager desuden i gruppesupervision to timer hver 14. dag i hele uddannelsesforløbet.

"Vi har også tidligere haft en grundig introduktion af nye medarbejdere, men det har ikke altid været nok. Derfor måtte vi prøve at designe noget andet, som kunne gøre arbejdet mere attraktivt for nyuddannede sygeplejersker," siger Anne Juutilainen og fortsætter:

"Jeg plejer at sige, at sygeplejerskerne skal lidt op på tærerne under deres introduktion. Ikke så meget, at de mister balancen, men de skal heller ikke komme ned på hælene som et udtryk for, at de keder sig. Jeg tror, det er lykkedes meget godt."

Hun forestiller sig, at det også vil være nyttigt for arbejdspladsen jævnlige at interessere sig for, om de ansatte ønsker forandring på kort eller længere sigt:

"Vi har fem sengeafsnit og et ambulatorium, så vi har rigeligt med nye udfordringer at tilbyde sygeplejerskerne, hvis de senere ønsker at prøve noget nyt," fastslår den kliniske oversygeplejerske.

At det er meget vigtigt at fastholde nyanfaldte sygeplejersker, illustreres af, at der i øjeblikket er 19 ledige sygeplejerskestillinger på afdeling M på Bispebjerg Hospital.



Ægteparret Inge Reenberg og Jesper Holmelund på stranden ved Løkken i Nordjylland. Her cykler de ofte ud i weekenden.



**Udflytterne.** Inge Reenberg og hendes mand Jesper Holmelund er begge sygeplejersker årgang 1978. Han besluttede hurtigt, at han ville videre rent fagligt og gik i gang med lægestudiet. Hun var meget optaget af sit job som lærer på Hjørring Sygeplejeskole, da hun fik et tilbud, hun ikke kunne afslå. I dag er hun teaterleder i Hjørring.

# NYE HORIZONTER I NORDJYLLAND

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST  
FOTO: LARS HORN



Butiksdøren går op. Den ældre kvinde skal lige nå at have det nyeste jubilæumsskrift om Hjørring Teater inden lukketid. *Inge Reenberg* står bag skranken i Teaterbutikken. Det lille butikslokale med en disk og to skriveborde er tætpakket med bøger, brochurer og farvestrålende teaterplakater. Dagen inden har 450 unge og gamle været samlet i byens stelige teatersal klos op ad butikken for at overvære opførelsen af Jesus Christ Superstar i forbindelse med Hjørring Teaters 100-års-jubilæum. Forsiden på dagens udgave af lokalavisen viser et billede af begivenheden, og på side 3 i avisen er der et stort billede af Inge Reenberg på scenen.

Den 53-årige teaterleder lyser op i et stort

smil, når hun fortæller om sit arbejde og sin tilværelse i Vendsyssel.

”Lige nu kunne jeg slet ikke forestille mig noget andet job.”

Inge Reenberg taler hurtigt og med en smittende begejstring om teatrets næste projekter: Forestillingen ”Hvem er Bange for Virginia Woolf,” en Cuba-aften og en tur til operaen i København.

Inge Reenberg er uddannet sygeplejerske og arbejdede som sygeplejelærer på sygeplejeskolen i Hjørring, da hun i 1994 blev headhunted til et deltidsjob ved Hjørring Teater. Tre år senere overtog hun posten som leder af teatret. Hun booker forestillinger, styrer økonomien, har kontakt til pressen, turne-

## Afhopperne

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

De første interview blev bragt i nr. 18 og 20. Det næste og sidste interview bringes i nr. 24.



”Mit job har været en fantastisk indgangsvinkel til at lære et lokalsamfund at kende. Hvis jeg går 15 år tilbage, var de fleste af vores bekendte læger og sygeplejersker. Nu oplever vi folk, der laver mange forskellige ting.”

*Inge Reenberg, teaterleder og tidligere sygeplejerske.*

» rer rundt på skoler for at fortælle om teatret, står for markedsføring, indgår sponsoraftaler med erhvervslivet og meget mere. Umiddelbart en virkelighed langt fra hospitalsgangen og undervisningslokalet. Og dog.

”Som sygeplejerske skal du kommunikere med andre mennesker og være til stede i nuet. Det er kompetencer, jeg bruger hver eneste dag, og som jeg kan takke sygeplejen for,” fortæller Inge Reenberg.

I det rummelige køkken i parrets parcelhus i Hjørring står hendes mand praktiserende læge *Jesper Holmelund* og steger grøntsager og kødstrimler i en wok.

Også han er uddannet sygeplejerske og blev færdig i 1978. Samme år som Inge. Parret mødte hinanden ved et møde på Mols arrangeret af Dansk Sygeplejeråd.

”Det var dengang, sygeplejerskolerne var præget af venstreorienterede grupper som SAP (Socialistisk Arbejderparti), KAP (Kommunistisk Arbejderparti) og DKP (Danmarks Kommunistiske Parti). Vi var nogle studerende, der gerne ville ændre den gammeldags lærlinguddannelse uden at være partipolitiske. Vi dannede vores egen gruppe på tværs af skolerne med opbakning fra Dansk Sygeplejeråd og var med til at arrangere store landsdemonstrationer,” fortæller *Jesper Holmelund*, der i dag har praksis i Brønderslev.

### Moster Ella som rollemodel

For *Jesper Holmelund* faldt valget på sygeplejerskeuddannelsen ved en tilfældighed.

”Efter hf-eksamen fik jeg arbejde på et plejehjem. Det var sjovt, og jeg kunne godt lide jobbet. En oversygeplejerske foreslog mig at læse til sygeplejerske. Det råd fulgte jeg, fordi jeg ikke kunne finde ud af, hvad jeg ellers skulle lave. Jeg kom ind på Herlev Sygeplejeskole i 1974. Dengang var vi syv mænd på uddannelsen.”

For *Inge Reenberg* var det ønsket om en kort og overskuelig uddannelse med rejsemuligheder samt drømmen om at gøre en forskel, der gjorde udslaget.

”Og så havde jeg en moster *Ella*, der var hjemmesygeplejerske på Frederiksberg. Hun var en vældig sej dame, og hende kunne jeg godt se mig selv som. Det spillede også en

rolle, at jeg gerne ville kunne forsørge mig selv hurtigt,” fortæller *Inge Reenberg*.

Debuten som sygeplejerske faldt let for både *Jesper* og *Inge*.

*Inge* arbejdede bl.a. på en intensivafdeling, en gynækologisk og en psykiatrisk afdeling. Hun kunne godt lide at fordybe sig i faget og have kontakt med patienterne.

*Jesper* arbejdede på intensivafdeling, i hjemmeplejen og siden på Hvidovre Hospitals Brandsårsafdeling. Også han trivedes godt med de faglige udfordringer. Men han havde det svært med kulturen i sygeplejen.

”Der herskede sådan en konsensuskultur på afdelingen. Alle skulle være enige om alting,” siger *Jesper Holmelund* og fortsætter:

”Det var nemt at være sygeplejeelev. Men jeg havde svært ved at finde fodfæste som færdiguddannet. Jeg kunne ikke se mig selv blive gammel i det fag. Det var f.eks. træls, når en sygeplejerske sagde: ”Her på afdelingen plejer vi at gøre sådan ...” Dengang måtte sygeplejersker ikke lægge kateter på mandlige patienter, heller ikke selvom de kunne. Man lagde et fællesskabsbånd ned over faggruppen og sagde: ”Selvom du kan gøre det, så gør vi ikke det.” Det havde man bare at respektere, ellers trådte janteloven i kraft.”

*Jesper Holmelund* forholdt sig også kritisk til den humanistiske tilgang til sygeplejen, der efterhånden vandt indpas.

”Den udvikling med, at vi skulle læse *Kari Martinsen*, og sygeplejerskolerne begyndte at forske i omsorg, var slet ikke noget for mig. Jeg kunne ikke se, hvad vi skulle bruge det til. Og det skete efter min mening på bekostning af det faglige. F.eks. blev pensum i anatomi skåret ned.”

### Turnus i provinsen

*Jesper Holmelund* besluttede, at han ville udanne sig til læge og blev optaget på medicinstudiet i 1980. Mens de andre studerende tørstede efter at komme ud til patienterne, så længtes han efter teorien. Sideløbende med studierne var han natsygeplejerske på brandsårsafdelingen. *Inge* havde aftenarbejde på et plejehjem, og parret boede i et nyhvervet rækkehus i Allerød med deres tre små børn. Umiddelbart en cocktail, der kunne tage pu-

sten fra de fleste. Men *Jesper Holmelund* og *Inge Reenberg* husker det ikke som nogen hård tid.

”Jeg kan ikke forstå, at studerende venter med at få børn. Det er da ideelt at have små børn, mens man studerer og ikke er så bundet,” siger *Jesper Holmelund*.

Efter hans kones udsagn var han da også god til at lukke verden ude og gå ned i kælderen for at studere. I midten af 80'erne fik *Inge Reenberg* job som lærer på Sygeplejerskolen i Hillerød.

”Jeg har altid kunnet lide at kommunikere med andre mennesker, og det var lige mig at undervise.”

Da *Jesper Holmelund* skulle ud som turnuslæge, trak han et nummer, der betød, at han var nødt til at flytte fra hovedstadsområdet. Forinden havde familien været på ferie i Nordjylland og snakket om, at det kunne være et dejligt sted at bo. *Jesper Holmelund* fik tilbudt en stilling på Hjørring Sygehus, og beslutningen om at flytte til Vendsyssel blev truffet på en bakke med udsigt over sandbanken *Rubjerg Knude*, *Vesterhavet* og badebyen *Lønstrup*.

”I begyndelsen tog vi ofte til København i weekenderne. Men vi fandt ud af, at hvis vi skulle bo her, måtte vi også slå rødder,” fortæller *Inge Reenberg*.

De første par måneder var *Inge Reenberg* arbejdsløs, og hun brugte bl.a. tiden til at skabe kontakter i byen. Senere fik hun job på sygeplejerskolen i Hjørring. Hun var projektvejleder og underviste i psykiatri og sundhedsvæsenets historie.

”Jeg har altid syntes, det var udviklende at undervise. Det var en engagerende tid. Mine kolleger var alle sammen lærere, der brændte for deres job.”

*Inge Reenberg* arbejdede også frivilligt for Hjørring Teater. Hun var medlem af bestyrelsen og solgte billetter på sygeplejerskolen. Den daværende teaterleder *Gerner Johansen* var en karismatisk personlighed, og *Inge* blev meget fascineret af de spændende mennesker og miljøet omkring teatret. I 1994 tilbød *Gerner Johansen* hende et deltidsjob i Teaterbutikken. *Inge Reenberg* sagde sin tjenestemandstilling op.

### ))) BLÅ BOG: INGE REENBERG

Inge Reenberg er 53 og uddannet sygeplejerske fra sygeplejeskolen på Hvidovre Hospital. Har været forretningsfører for Hjørring Teater siden 1997. Tidligere sygeplejelærer i Hjørring og Hillerød.



### ))) BLÅ BOG: JESPER HOLMELUND

Jesper Holmelund er 52 år og uddannet fra sygeplejeskolen på Herlev Hospital. Praktiserende læge i Brønderslev, medlem af et udvalg under Region Nordjylland, der skal komme med forslag til uddannelse af konsultationssygeplejersker. Med i lægeenheden for Region Nord. Praksiskonulent i Brønderslev Kommune. Ansvarlig for [www.klinikpersonale.dk](http://www.klinikpersonale.dk), som er en kursusvirksomhed for bl.a. sygeplejersker med arbejde i lægepraksis.



”Jeg forlod ikke sygeplejen, fordi jeg manglede udfordringer. Der var bare noget andet, jeg også måtte prøve.”

I fire år var Inge Reenberg reelt i lære som teaterleder. Hun blev introduceret til arbejdsopgaverne og mødte egnens kulturpersonligheder.

Da Gerner Johansen døde i 1997, overtog Inge Reenberg ledelsen af teatret.

”Mit job har været en fantastisk indgangsvinkel til at lære et lokalsamfund at kende. Hvis jeg går 15 år tilbage, var de fleste af vores bekendte læger og sygeplejersker. Nu oplever vi folk, der laver mange forskellige ting. Der bor utroligt mange spændende mennesker i en by som Hjørring,” fortæller Inge Reenberg.

Hun er desuden med i en støtteforening for Kamillianergaardens Hospice i Aalborg. Parret er begge aktive i Rotary, og Inge Reenberg var den første kvindelige præsident for Rotary i Hjørring.

#### Sygeplejersker aflaster lægen

Mens Inge Reenberg bruger langt over 37 timer om ugen på teatret, lægger Jesper Holmelund mange kræfter i at udvikle en praksis, hvor sygeplejersker kan aflaste lægen. Han har ansat to sygeplejersker, der bl.a. foretager forebyggende besøg på plejehjem og tager de lettere konsultationer. Han deltager også i en arbejdsgruppe i Region Nordjylland, der skal komme med et forslag til en uddannelse af konsultationssygeplejersker.

”I Brønderslev mangler der tre læger. Min baggrund som sygeplejerske betyder, at jeg selvfølgelig har været meget opmærksom på, at sygeplejersker har nogle kompetencer, der kan bruges i praksis. I begyndelsen troede jeg, at praksissygeplejersken skulle komme fra hjemmeplejen. Men det har vist sig, at sygeplejersker med erfaring fra specialafdelinger har det overblik og den faglige kunnen, der skal til,” siger Jesper Holmelund.

Hans baggrund indebærer, at han er ekstra kritisk, når en sygeplejerske ikke gør det godt nok.

”Det er vigtigt, at f.eks. hjemmesygeplejersker måler blodtryk, tager puls, og foretager deres observationer, inden de ringer til lægen. Det gør forskellen på, om det er patientens kone, der ringer, eller det er sygeplejersken. Når det sker, at en sygeplejerske ringer og siger: ”Han har ondt” uden at komme med en nærmere observation, så tænker jeg: ”Det var dengang, det gik galt, fordi sygeplejerskeuddannelsen undsagde den naturvidenskabelige tænkning. Og så bliver jeg endnu mere opmærksom på, hvorfor jeg selv forlod sygeplejen.”

Lægen fra Brønderslev understreger samtidig, at han har fået meget med sig fra sygeplejen.

”Som sygeplejerske har jeg lært at kommunikere med patienterne, og som ung læge blev jeg nogle gange sat til at tale med de terminale patienter. Men da jeg gik fra at være sygeplejerske til at blive læge, skulle jeg lære

at tage ansvar. Det tog mig to år at aflære, at jeg som sygeplejerske hele tiden tænkte, at der er en anden, der tager ansvaret,” siger Jesper Holmelund og fortsætter:

”Jeg bliver da utrolig stolt, når sygeplejerskerne i min praksis siger til en patient: ”Tag du nu hjem. Nu har jeg undersøgt dig, og så konfererer jeg lige med Jesper.” Det myldrer med sosu-assistenten, hjælpere og uddannet personale. Hvis sygeplejersker virkelig skal markere sig og få mere i løn, så går vejen gennem mere ansvar.”

#### Impulskøb af missionshus

Den faglige del af interviewet er ved at være forbi. Inge Reenberg fortæller om lyset, havet og de store vidder, som for parret er en vigtig del af at bo i Nordjylland.

Hun har sin bestemte plads i Lønstrup. Her cykler hun ud for at kigge på udsigten over Vesterhavet. Så kan hun finde på at ringe til sin mand og sige:

”Jeg sidder her og ser ud over havet.”

Jesper Holmelund er vokset op i Virum nord for København.

”Men når jeg er på besøg i København og kommer til Nordjylland, så føler jeg, at jeg er kommet hjem. Her er en helt anden plads,” fortæller Jesper Holmelund.

For nylig købte parret et missionshus uden for Hjørring. Et impulskøb, som Inge Reenberg kalder det:

”Min datter og jeg tog ud og så det, og det lå helt fantastisk med naturen lige uden for døren. Vi vil renovere det, og så drømmer vi om at lave udstillinger og sælge kunsthåndværk. Det er vores måde at holde os unge på.”

”Det tog mig to år at aflære, at jeg som sygeplejerske hele tiden tænkte, at der er en anden, der tager ansvaret.”



## Sæt kryds ved sundhed

Valgkampen er i fuld gang. Befolkningen har sendt et klart signal om, at sundhed er et af de vigtigste temaer – og det er jeg enig i. Det stiller store krav til de politiske partier. Ikke kun i valgkampen, men også i høj grad efter valget, når der skal gennemføres konkrete forbedringer i sundhedsvæsenet.

For mig at se er tre emner afgørende:

Først og fremmest skal der være nok sygeplejersker. I dag mangler der mere end 1.500, og det har alvorlige konsekvenser for patienternes sundhed og sikkerhed. Derfor skal der satses massivt på at rekruttere flere til faget. Det kræver bl.a., at Folketinget sætter sig i spidsen for en national rekrutteringskampagne.

Det er helt afgørende, at sygeplejerskerne får en markant bedre løn, hvis det skal lykkes at få flere unge til at læse til sygeplejerske og fastholde de erfarne i faget. I dag har sygeplejerskerne et stort lønefterslæb i forhold til privatansatte med samme uddannelseslængde. Det lønefterslæb skal fjernes – og derfor skal Folketinget stille en ekstra pose penge til rådighed til de kommende overenskomstforhandlinger. Arbejdsmarkedets parter kan ikke fjerne sygeplejerskernes lønefterslæb ved forhandlingsbordet.

I bund og grund handler det om ligestilling. Det er ikke rimeligt, at sygeplejersker og andre kvindedefag bliver værdisat så lavt, som det er tilfældet i dag. Og selvfølgelig skal en sygeplejerske kunne se på sin lønseddel, at hun har taget en mellemlang videregående uddannelse. Uddannelse skal kunne betale sig. Derfor skal Folketingets partier sætte sig i spidsen for en langsigtet ligestillingsreform.

Et andet vigtigt valgkampemne er de nødlidende områder i sundhedsvæsenet. Der er sket gode ting i sundhedsvæsenet gennem de senere år, bl.a. flere og bedre sundhedstilbud til patienter med livstruende sygdomme.

Men der er stadig områder, der halter, fordi der ikke er ressourcer nok. F.eks. sundhedstilbuddene til de medicinske patienter og de psykiatriske patienter. Eller sundhedsfremme og forebyggelse, der stadig bliver prioriteret alt for lavt. Her er der noget, der skal forbedres.

For det tredje er der spørgsmålet om sygeplejerskernes arbejdsfelt. Vores fag er i konstant udvikling, og sygeplejerskerne bevæger sig løbende ind på nye arbejdsområder for at give bedre kvalitet til kræft-, hjerte-, diabetes-, lungepatienter osv. Det skal selvfølgelig afspejle sig i den måde, vores fag formelt bliver anerkendt på. Sygeplejerskerne skal have et større selvstændigt ansvar.

Det nye Folketing har masser af opgaver at tage fat på i sundhedsvæsenet. Derfor er det vigtigt, at flest mulige vælgere sætter kryds ved sundhed.

"Folketinget skal stille en ekstra pose penge til rådighed til de kommende overenskomstforhandlinger. Arbejdsmarkedets parter kan ikke fjerne sygeplejerskernes lønefterslæb ved forhandlingsbordet."



Connie Kruckow, formand

## Livet er en stor udvikling

Af Inge Riis Sørensen, visitator

*Kommentar til faglig information "Den psykiatriske patient deltager i behandlingsmødet" i Sygeplejersken nr. 20/2007.*

Min første tanke, da jeg læste artiklens overskrift, var: "... ja, selvfølgelig deltager patienten da, hvad ellers! Det er da patienten, det hele drejer sig om og som følge deraf den vigtigste person i behandlingsmødet. Hvis der ikke er en patient, er der jo ikke noget at holde møde om."

Jeg har svært ved at forholde mig anderledes tænkende til psykiatriske patienter, som der her lægges op til – at det mere er undtagelsen end regelen, at psykiatriske patienter deltager i behandlingsmøderne.

Jeg kommer uvilkårligt til at tænke tilbage til først i 80'erne, hvor min bedstemor ofte var indlagt på psykiatrisk afdeling med endogen depression, hvor patientsamtaler med læger, sygeplejersker mv. var en mangelvare. Hvad blev tiden brugt til? I hvert fald ikke til samtale/møder, hvor patienten deltog. Sådan er det forhåbentlig ikke mere i psykiatrien!

Jeg har læst Tom Andersens bog: "Re-

flekterende processer – Samtaler og samtaler om samtalerne" og bogen "Bevægelse, liv og forandring – I Adel Bülow-Hansens spor," som er skrevet af Berit Ianssen og Tom Andersen. Jeg har deltaget i kursus i forbindelse med min uddannelse til sygeplejefaglig vejleder, hvor emnet var reflekterende processer med Tom Andersen som underviser.

Tom Andersen er professor i social psykiatri ved Universitetet i Tromsø.

Jeg er meget optaget af hans tilgang til det enkelte menneske, der har behov for hjælp og støtte til at komme videre i livet. Livet er jo en stor udvikling, også for den psykiatriske patient.

En stor del af Tom Andersens opmærksomhed i et menneskes forandringsproces er rettet mod, hvordan kroppens akt indgår i processen. Hvordan forholdet mellem forståelse og forståelse (den hermeneutiske cirkel), forholdet mellem praksis (metode) og forståelse (teori) både i klinisk arbejde og forskning.

Et alternativt menneskesyn, hvor det menneskelige center sidder uden for personen (i samtalerne og sproget). Forholdet mellem indre og ydre dialog.

## ►►► 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)

Sproget (ord og kropslig aktivitet) er mindst lige så formativt som informativt, idet man tænker, som man lever, og når det at leve er at leve i forhold til andre (en etisk akt), er det at tænke principielt et etisk fænomen.

Jeg vil opfordre alle, der har med psykiatriske patienter at gøre, til at stifte bekendtskab med Tom Andersens teorier.

*Inge Riis Sørensen er visitator i Viborg Kommune.*

## 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 velkontrolleret 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



## Brud på presseetiske regler

Af Elisabeth Lippert, oversygeplejerske, og Bente Hansen, centerchefsygeplejerske

*Kommentar til artiklen "Udskrevet uden hjemmepleje" i Sygeplejersken nr. 18/2007.*

Artiklen handler om en ældre mandlig patient, der har fået fjernet den ene nyre på Rigshospitalet. Han fremfører i artiklen, at han stod uden hjemmepleje, da han blev udskrevet, selvom Rigshospitalet havde sagt til ham, at hjemmeplejen var blevet kontaktet. Ifølge patientens udsagn har hjemmeplejen slet ikke modtaget besked om hans udskrivelse.

Vi anerkender, at patienten har haft en oplevelse af at være behandlet dårligt, og vi har brugt artiklen til at overveje, hvordan vi kan lære af dette. Men vi står samtidig med et overskyggende indtryk af, at artiklen har svære brist i forhold til en sober, faglig og saglig formidling af en svær problematik.

Først og fremmest vil vi påpege, at med den faglige viden, som *Sygeplejerskens* læsere har, er det tydeligt for enhver, at det er Urologisk Klinik D på Rigshospitalet, der udsættes for patientens klage. Men afdelingens ledelse eller de i plejen involverede personer har på ingen måde haft mulighed for at kommentere den omtalte kritik. Dette er i klar strid med Pressenævnets regler for god presseskik.

Vi kan konstatere, at I ikke har undersøgt, om de givne oplysninger er korrekte. Ved at kontakte os havde vi med patientens skriftlige samtykke til at udtale os om den konkrete sag kunnet fremlægge dokumentation for, hvad Rigshospitalet har foretaget sig i forbindelse med patientens udskrivelse. Dette er ikke sket!

Havde I fra redaktionens side fulgt de presseetiske regler og således interesseret jer reelt for sagen, ville I have fået oplyst følgende:

Patienter, der får udført nefrektomi, bliver plejet efter evidensbaserede retningslinjer for accelererede forløb. Der tages selvfølgelig individuelle hensyn til forhold som fysisk formåen og tilstand i øvrigt. Det normale forløb for en nefrektomeret patient er udskrivelse efter 4-5 dage.

Med et skriftligt samtykke fra den pågældende patient til, at vi udtalte os om hans sag, havde vi kunnet bidrage med yderligere dokumentation.

Det er med beklagelse, at vi må konstatere, at vores eget fagblad *Sygeplejersken*

ikke forvalter sin journalistiske frihed i overensstemmelse med god presseskik.

Vi ønsker på baggrund af ovenstående en beklagelse fra redaktionen i bladet over, at vi ikke har fået fremlagt kritikken og fået mulighed for at besvare den i samme artikel, som kritikken er fremsat.

*Elisabeth Lippert og Bente Hansen  
arbejder på Rigshospitalet,  
Abdominalcentret, Urologisk Klinik D.*

## Svar

Af Kirsten Kenneth Larsen,  
konstitueret chefredaktør

*Kære Elisabeth Lippert og Bente Hansen!*

Tak for jeres kommentar. Jeg beklager, at I har følt jer dårligt behandlet af *Sygeplejerskens* redaktion. Jeg vil her prøve at forklare, hvad der ligger bag redaktionens valg i forhold til artiklen.

Hensigten med den pågældende artikel har på ingen måde været at kritisere Rigshospitalets Urologisk Klinik D. Det har heller ikke været sigtet at afdække konkrete fejl i det pågældende forløb, og det ville også være umuligt for en journalist at afgøre, hvor kommunikationsfejlen evt. er opstået.

Målet med temaet har været at påpege systemfejl, såsom at der ikke altid er den nødvendige sammenhæng mellem sygehus og hjemmepleje.

Den ældre mand er blot et eksempel herpå, og artiklen er et udtryk for hans oplevelse af situationen. Denne oplevelse kan man ikke tage fra ham, også selv om I har gjort alt det rigtige i forbindelse med mandens udskrivelse.

Vi er ikke i tvivl om, at *Sygeplejerskens* læsere er interesseret i de evidensbaserede retningslinjer for nefrektomi, men disse oplysninger har vi vurderet ikke hører hjemme i denne sammenhæng, der som udgangspunkt har at sætte fokus på samspillet – eller mere præcist, det manglende samspil – mellem sekundær og primær sektor.

Jeg er ked af jeres oplevelse, men understreger igen, at drivkraften bag artiklerne har været at bidrage til en diskussion af de grundlæggende problemer i sundhedsvæsenet og ikke at ramme nogen konkret.

## Kosmajor!

Af Edith Mark,  
formand for Sygeplejeetisk Råd

Jasmin stabler igen. Klodserne vælter ud over gulvet. Jasmin er fem år, hun har gylden hud og kulsorte øjne. Tiden står stille i det snævre rum. Far sidder i sengen. Han ryger. Mor er gået for at vaske tøj.

"Kosmajor!" råber Jasmin. Det er svært at sige klodsmajor ...

Børn og voksne bliver syge af de lange ophold i asylcentrene. Det er en kendt og omdiskuteret sag – uden at der dog er blevet væsentlige forbedringer.

Jeg mener, at det er pinligt. Og jeg mener, at vores moralske forpligtelser som sundhedsprofessionelle tilsidesættes, hvis vi lader dette fortsætte.

Nogle flygtninge kan ikke rejse hjem, selvom de er udvist. De har brug for trygge forhold og en meningsfuld tilværelse, mens de venter. Samtidig anføres af mange politikere, at de højtuddannede udlændinge er velkomne her til lands. De skal ligefrem have grøn card. Dem har vi brug for i vores egen udvikling af velstand og overflod.

Vi danskere vil nemlig ikke stå på venteliste.

Med den politik ender Danmark som "Klodsmajor."

*Edith Mark er formand for  
Sygeplejeetisk Råd  
www.sygeplejeetiskraad.dk*

## ]]]] HVAD MENER DU

www.sygeplejersken.dk

### Denne uges spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:

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

### Svar på spørgsmål stillet i Sygeplejersken nr. 20/2007:

Kender du de sikkerhedsforanstaltninger, der findes på din arbejdsplads?

Svar	antal	pct.
Ja	65	43,9
Nej	69	46,6
Ved ikke	14	9,5
<b>I alt</b>	<b>148</b>	<b>100</b>

**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 vel kontrolleret på både inhalationskortikosteroider og langtidsvirkende beta2-agonister. (Symbicort Mite er dog ikke hensigtsmæssig hos patienter med svær astma). Symbicort og Symbicort Forte er desuden indiceret til: 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 dog højst 8 inhalationer daglig. Unge (fra 12-17 år): 1-4 inhalationer daglig. B. Symbicort vedligeholdelses- og behovsbehandling: Symbicort tages regelmæssigt som vedligeholdelsesbehandling og efter behov ved symptomer. Dette bør specielt overvejes hos patienter med utilstrækkelig astmakontrol og hyppig behov for anfaldsmedicin eller tidligere astmaeksacerbationer, 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 1-4 inh. x 2 dgl. 12-17 år: 1-2 inh. x 2 dgl. Børn fra 6 år: 2 inh x 2 dgl. Astma vedligehold + behov: Voksne fra 18 år: sædvanligvis 2 inh dgl, dog højst 6 ad gangen og højst 12 dgl. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for budesonid, formoterol eller inhaleret laktose. **Advarsler og forsigtighedsregler:** Ved behandlingsophør bør dosis nedsættes gradvist. Pludselig og tilfældig forværring af astma eller KOL symptomer er potentielt livstruende og patienten bør øjeblikkelig tilses af en læge. Behandlingen med Symbicort bør ikke påbegyndes under en eksacerbation. Paradoks bronkospasme kan forekomme. Forsigtighed hos patienter hvor det antages, at tidligere brug af systemiske steroider har ført til nedsat binyrebarkfunktionen. Symbicort Turbuhaler bør administreres med forsigtighed hos patienter med thyrotoksikose, fæokromocytom, phaeochromocytoma, diabetes mellitus, ubehandlet hypokaliæmi, hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati, idio-patisk 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 hypokaliæmi. Der bør foretages ekstra kontrol af blodsukkeret hos diabetespatienter. Patienten bør skylle munden med vand efter inhalation. **Interaktion:** Substanser 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. 22. oktober 2007:** Symbicort Forte Turbuhaler vnr. 14185: 9+320 µg/dosis, 3 x 60 doser inhalationspulver kr. 1.797,80. Symbicort Forte Turbuhaler vnr. 11409: 9+320 µg/dosis, 60 doser inhalationspulver kr. 613,05. Symbicort Mite Turbuhaler vnr. 3325: 4,5 + 80 µg/dosis, 120 doser inhalationspulver kr. 534,90. Symbicort Turbuhaler vnr. 5241: 4,5+160 µg/dosis, 3 x 120 doser inhalationspulver kr. 1.770,95. Symbicort Turbuhaler vnr. 3310: 4,5+16 µg/dosis kr. 604,15. Med hensyn til dagsaktuelle priser henvises til medicinpriser.dk. **Udlevering:** B. AstraZeneca A/S, Roskildevej 22, 2620 Albertslund. Tlf. 43 66 64 62. **Forkortet produktinformation (det fuldstændige produktresumé kan rekvireres hos AstraZeneca A/S).** Med hensyn til dagsaktuelle priser henvises til medicinpriser.dk.

## Tøjsæler kan være et fint supplement

Af Susanne Ardahl, sygeplejelærer og næstformand i Sygeplejeetisk Råd



Er det uværdigt, når Asta på 93 år kæler med robotsælten Paro, eller den jævnaldrende Gerda kærtegner en demensdukke?

I en personalegruppe kan der være stor forskel på opfattelsen af sådanne tøjdyr/-dukker.

Nogle opfatter disse surrogater som en krænkelse af de ældres integritet og identitet. De frygter også, hvordan de pårørende vil reagere ved at se deres mor eller ægtefælle med et tøjdyr i favnen.

Andre mener, at tøjdyr/-dukker kan være med til at dække et alment behov for at yde omsorg. Et behov, som mennesker med demens har svært ved at få opfyldt, idet de selv primært er modtager af andres omsorg.

Når Asta og Gerda finder trøst, beroligelse og lindring i en verden, der for dem ofte virker uforståelig og angstprovokerende, så har de givet os svaret.

Robotsælten Paro er p.t. under afprøvelse på flere danske plejehjem, og vi, såvel plejepersonale som pårørende, tvinges hermed til at tage stilling til disse tilbud til mennesker med demens.

Jeg mener, at vi bliver nødt til at tænke i den andens perspektiv. Alt for ofte har jeg oplevet, at mennesker med demens fastholdes i en passiv rolle som omsorgsmottager. Som sygeplejersker kender vi selv til de værdier, der ligger i rollen som omsorgsgiver. Såfremt den ældres "omsorgsgen" ikke kan tilfredsstilles gennem den ægte vare som eksempelvis andre mennesker, levende kæledyr og planter, kan brugen af demensdukker eller tøjsæler være et fint supplement. Men selvfølgelig kan og skal denne form for mekanisk kærlighed ikke erstatte de menneskelige relationer.

*Susanne Ardahl er ansat som sygeplejelærer på Social- og Sundhedsuddannelsescentret i Brøndby og næstformand i Sygeplejeetisk Råd.*

## Etikken på gevaldig rutsjetur

Af Jytte Molbech, psykiatrisk sygeplejerske



Salget af fortrydelsespiller i Danmark er stærkt stigende. I 2007 regner man med, der vil blive solgt 92.000 pakninger.

Pillen, der forårsager den tidlige kemiske abort, indtages af flere og flere. Eller pænerne sagt: Kvinden spiser kort tid efter samleje og mistanke om uønsket graviditet et hormon, som forhindrer et befrugtet æg i at udvikle sig.

En nem måde at skille sig af med et evt. begyndende liv efter en ugenemtænkt aften.

Elsk i flæng og uden hjerne, snup en pille og skyl ud ...

Er det sådan, vi ønsker at forvalte vores seksualitet og respekten for liv?

Efter min mening er etikken i dette tilfælde ikke kun ude på en glidebane, men har taget sig en gevaldig rutsjetur.

En bedre mulighed ville være at bruge prævention eller helt at droppe tankeløs sex.

Eller forlanger jeg for meget i et land, hvor individuelle behov, total udlevelen af seksuelle drifter og underholdning kombineret med rigelig alkoholindtagelse er med til at sætte dagsordenen for mange?

*Jytte Molbech er ansat på Ungdomspsykiatrisk afdeling, Odense Universitetshospital.*

"Hvordan forestiller regeringen sig, at det offentlige hospitalsvæsen skal fortsætte i konkurrencen om sygeplejersker og speciallæger, når det ser ud til, at det offentlige har givet op på at følge med i lønudviklingen i det private sundhedsvæsen?"

*Mads Krasnik, overlæge, i Politiken den 23. oktober 2007.*



## Sex, sygeplejersker og uniformer

Af Kirsten Köneke, sygeplejerske

*Kommentar til artiklen "Slut med sexede sygeplejersker i reklamer" i Sygeplejersken nr. 21/2007.*

Da *Florence Nightingale* ville have det pæne borgerskabs ugifte døtre til at arbejde på hospitalerne, var hun nødt til at sikre dem seksuel urørlighed på linje med de nonner og diakonisser, der allerede udførte offentlig sygepleje. Derfor opstod den uniform med kappe og forklæde – og forskellige militærlignende distinktioner, de var jo indrulleret i en hær – som vi kender indtil omkring 1970.

Det var en bomuldsuniform, der var dyr at vaske og stryge – for ikke at tale om kappen, der også skulle stives. Det var begrundelsen for at afskaffe den, da de nye strygefri kunststoffer kom frem. Lige så væsentligt var kvindeoprøret – nu skulle det

være et erhverv, ikke et kald. For mange var det en befrielse at slippe for den gamle uniformsrolle og bare smutte i en kittel – at det nye stof var gennemsigtigt, og at man frøs, tænkte ingen på. Man var optaget af kvin-desolidaritet og ligestilling. Alle – på nær læger – blev proppet ned i den samme hvide kittel – nu skulle man ikke mere kunne se forskel på oversygeplejersken og rengøringsdamen.

Uniformen er stort set ikke blevet ændret siden – bortset fra at sygeplejersker gradvist har tilkæmpet sig retten til at gå i lange bukser.

Men det hænger også sammen med fagets status. Man har ikke ønsket at bruge penge på andet end den absolut billigste model – sygeplejerskerne var og er der jo. Man kan sammenligne med den nye Metro i København – et prestigeprojekt, hvor man ønskede at tiltrække metroguider og give dem status. Disse guider befinder sig me-

stendels under jorden – alligevel fik man designet praktiske og lækre både sommer- og vinteruniformer, inklusive overtøj – uniformer, enhver hjemmehjælp eller hjemmesygeplejerske, der cykler ude i al slags vejr, kun kan misunde dem.

Hvis JBS-reklamen kan sætte fokus på, at en uniformsreform for sundhedspersonale både inden for og uden for hospitalerne er hårdt tiltrængt, har den måske været god for noget? Måske burde sundhedsministeren, DSR og FOA overveje, om ikke bedre og tidssvarende uniformer kunne tiltrække flere af de hænder, der er så hårdt brug for?

Så ja – tiden er inde – op på barrikaderne for nye uniformer!

*Kirsten Köneke er efterlønsmodtager i Hovedstadens amtskreds.*

## Bliv værtsfamilie



**DIS** DANISH INSTITUTE FOR STUDY ABROAD  
Affiliated with the University of Copenhagen

### Få en oplevelse for livet og bliv rigtig god til engelsk

- Har du et ekstra værelse?
- Er der en i familien der taler engelsk?
- Har du max 1 times transporttid til København?

Tilmeld dig som værtsfamilie for en international studerende 20. jan. til 18. maj 2008.

Vi dækker udgifterne!

Ring til DIS på 33 11 01 44

Go to  
[www.dis.dk/familie](http://www.dis.dk/familie)

## Fleksible uddannelser



Massør . Fodplejer . Zoneterapeut  
Kosmetolog . Momsfritagelse . Anatomi  
Fysiologi . Sygdomslære . Psykologi...

[www.ucnord.dk](http://www.ucnord.dk)  
center for fjernundervisning




■ Reformerne er over os: Strukturreform, velfærdsreform, kvalitetsreform – ingen er uberørte. Vi lever i en tid, hvor omstilling og fornyelse er grundvilkår for de fleste organisationer, og hvor samarbejde mellem organisationer i forskellige sektorer bliver stadig mere vigtigt. Master of Public Management sætter ledere i stand til at gå i spidsen for innovation og forandring med udgangspunkt i en specifik strategisk situation.

■ Søg senest den 1. marts 2008.

■ Kontakt mastersekretariatet på Institut for Statskundskab, tlf. 6550 3327 eller e-mail: mpm@sam.sdu.dk  
Læs mere på [www.sdu.dk/mpm](http://www.sdu.dk/mpm)

## Kirsten Eskildsen

 Den 24. september tabte vores kollega *Kirsten Eskildsen* kampen mod kræften, 62 år gammel.

Hun sov stille ind i *Mogens'* arme i deres eget hjem, ganske som Kirsten havde ønsket det.

Kirsten var oprindeligt bankuddannet, men valgte i en sen alder at gå i gang med sygeplejerskeuddannelsen.

Fra 1982 og indtil sin død var hun ansat på kirurgisk mammae-endokrinafdeling P 240, Århus Sygehus.

Kirsten var i hele perioden dybt engageret i sit arbejde og ydede i forhold til de brystopererede kvinder en indsats ud over det sædvanlige – helt specielt var hun tovholder på vores samværsgruppe gennem de sidste år.

Skæbnen ville, at Kirsten selv blev opereret for brystkræft for 10 år siden, men det hindrede hende aldrig i at bevare den professionelle tilgang til patienten.

## Anette Christiansson

 Vi har mistet et fantastisk menneske. Sygeplejerske *Anette Christiansson* blev dræbt i en trafikulykke den 22. august 2007.

Anette blev uddannet fra Holbæk Sygeplejerskole. Jeg lærte Anette at kende på barselsgangen på Hvidovre, og senere fulgtes vi ad til ortopædkirurgisk ambulatorium på Glostrup Hospital.

Anette var et enestående menneske. Hun var en dygtig sygeplejerske, som satte fagligheden højt. Med sin intelligens, dømmekraft og store viden arbejdede hun målrettet med sygeplejen både i praksis, og når sygeplejen skulle udvikles, og resultater skulle på skrift. Anette evnede at favne hele patienten på hans/hendes præmisser. Når Anette påtog sig en arbejdsopgave som f.eks. sikkerhedsrepræsentant, kunne man være

Rigtig mange har nydt godt af den øgede forståelse og empati, som Kirsten udviste over for patienten i krise, men ingen patient fandt ud af, hvad hun selv havde været igennem.

Som kollega og ansat var Kirsten utrolig loyal og hjælpsom, man gik aldrig forgæves, når der var brug for hjælp.


Vi vil savne Kirsten, hendes personlighed, hendes sangstemme og hendes omsorg – vi lover, at vi vil synge din jule- og efterårssang og oprettholde vores serumglasur.

Vores tanker går til hele Kirstens familie, som nu skal undvære deres faste holdepunkt.

Æret være Kirstens minde.

*Rie Krowicki,  
afdelingssygeplejerske,  
Afdeling P 240, Århus Sygehus.*

## Nicoline Haugaard

 *Nicoline Haugaard (Nico)* døde den 14. august, 89 år gammel.

Nico var født og opvokset i Midtjylland, hvor hun også fik sin uddannelse. Fra den 1. september 1959 var hun, som jeg, ansat på sygeplejerskolen ved Kommunehospitalet, Nico som instruktør for sygeplejeelever på medicinske afdelinger. Den første tid var svær, da Nico var ramt af alvorlig sygdom og operation. Hendes glæde over arbejdet med eleverne var stor, så Nico flyttede med til Hvidovre Sygeplejerskole fra januar 1972.

Nicos betydning for skolens fortsatte udvikling var vidtrækkende. Hendes stille, milde, retskafne væsen gjorde hende stor som sygeplejerske og som sygeplejelærer. Hendes dygtighed, orden og loyalitet kom os alle til gode. Hendes stærke vilje til det gode og hendes rolige, kloge vurdering

såvel fagligt som alment måtte afkræve den største respekt.

I august 1981 gik Nico på pension efter 22 års ansættelse på skolen, og det skulle så vise sig, at hun fik 26 år som virksom pensionist, fuld af aktivitet og glæde over livet. Tiden blev fordelt mellem familie, venner, kirke og mange kursus- og højskoleophold. Hun var glad for sang og koncerter og søgte ny viden til det sidste.

Til slut, tror jeg, vi er mange over hele landet, der vil mindes Nico med stor tak for den tid, vi hver især har kendt hende – for mig blev det 48 år.

Æret være Nicos minde.

*Ruth Wang Hansen.*



# Nødvendig, sund og pengene værd

*Sygeplejersken* er enestående.

Det er nemlig det eneste fagblad i hele Europa, der har tilknyttet en læsernes redaktør – eller medieombudsmand, som funktionen også kaldes.

Det fremgår af journalist *Esben Ørbergs* netop udkomne rapport "Den indre vagthund," hvor han, der til daglig er informationschef i Dansk Journalistforbund, har undersøgt fænomenet medieombudsmænd på især danske og britiske medier. Rapporten er på 90 sider og udgivet af UPDATE, Center for journalistisk kompetenceudvikling – en selvstændig enhed ved Danmarks Journalisthøjskole.

Rapportens konklusion kan man glæde sig over på *Sygeplejerskens* redaktion, i Dansk Sygeplejeråd og blandt læserne. En læsernes redaktør er nemlig "både nødvendig, sund og pengene værd," skriver Esben Ørberg, som mener, at funktionen kan mindske antallet af fejl, forbedre det redaktionelle produkt og bygge bro mellem redaktionen og læserne.

Medieombudsmænd er især udbredte i Nordamerika, hvor den første af slagsen blev ansat for 40 år siden i Kentucky. Men selv om det efterhånden er en gammel idé, er der fortsat under 100 medieombudsmænd på verdensplan og kun tre i Danmark – nemlig på DR, Politiken og *Sygeplejersken*. Og inden længe også på TV 2, der som følge af forårets medieførlig er forpligtet til at ansætte én.

Rapporten indeholder et afsnit om ordningen på *Sygeplejersken*, hvor både bladets chefredaktør *Sigurd Nissen-Petersen* og jeg selv er interviewet. Her kan man læse om nogle af de sager, hvor jeg har kritiseret *Sygeplejerskens* redaktionelle indhold, men også – heldigvis – at chefredaktøren ikke er bange for kritik: "Så længe det er sagligt og fagligt velfunderet, har jeg ikke noget problem med, at jeg kritiseres," siger han i rapporten.

Og så refereres nogle af de diskussioner, vi havde i forbindelse med udformningen af min kontrakt – bl.a. om min adgang til at rejse enkeltsager og behandle klager fra kilderne til *Sygeplejerskens* artikler.

Medieombudsmanden m/k er oftest en erfaren journalist fra den pågældende redaktion, hvor hun eller han måske håber at fortsætte karrieren efter tiden som medieombudsmand og derfor kan mistænkes for at lægge en dæmper på kritikken. Heroverfor fremhæves, at *Sygeplejersken*-modellen kan give større uafhængighed, fordi læsernes redaktør kommer udefra og ansættes på en etårig kontrakt.

Men medieombudsmandsinstitutionen slipper ikke for kritik i rapporten – især fra en stribe danske chefredaktører, der ikke har indført en ombudsmand på deres redaktion. Det gælder især Berlingskes chefredaktør *Lisbeth Knudsen*, som mener, at en medieombudsmand kan skabe "usikkerhed og rod i ledelseshierarkiet" og blive en "sovepude for ledelsen."

Ikke mindre direkte er Ekstra Bladets chefredaktør *Bent Falbert*, som kalder medieombudsmændene i DR og på Politiken "grinagtige, fordi de prøver at få hykleriet til at se pænt ud." I stedet mener han, at han selv som chefredaktør er "en glimrende medieombudsmand." Hvis der endelig skal ansættes en ombudsmand, "skal vedkommendes uafhængighed være reel," siger Bent Falbert i rapporten: "Så bør de underlægge sig en helt udenforståendes kontrol, som ikke har gang på eller tilknytning til redaktionen."

Sådan som tilfældet er på *Sygeplejersken*, føler jeg trang til at tilføje.

Men da jeg ikke er helt uhildet i min vurdering af *Sygeplejerskens* ordning i forhold til andre mediers, er det nok bedst, at interesserede læsere selv – gratis – henter rapporten på: [www.update.dk/denindrevagthund](http://www.update.dk/denindrevagthund)



Niels Rohleder

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

"Sygeplejersken er enestående. Det er nemlig det eneste fagblad i hele Europa, der har tilknyttet en læsernes redaktør."



**RING ELLER SKRIV TIL  
LÆSERNES REDAKTØR:**

Niels Rohleder  
Højskolevej 11 A  
Vallekilde  
4534 Hørve  
Mobil: 6167 0662  
[niels@vallekilde.dk](mailto:niels@vallekilde.dk)



# SYGEPLEJERSKEN

>>> FAG

- Fagtanker >> 48
- Faglig information >> 48
- Agenda >> 54
- Anmeldelser >> 65
- Testen >> 68
- 5 faglige minutter >> 70

## Indflydelse på egen behandling

>> 50

**Patienter bruger internettet aktivt >> 56**

**Center for kliniske retningslinjer under opbygning >> 62**



## &gt;&gt;&gt; FAGTANKER

## Fra overset til set

Der er ikke noget nyt i, at patienter ønsker at blive set som mennesker og ikke som diagnoser, og i, at tryghed og tillid er nøglebegreber i pleje og behandling. Det nye i artiklen "Indflydelse på egen behandling" side 50 i dette nummer af *Sygeplejersken* er, at de pårørende omsider får stemme i de psykisk syges behandlingsforløb. Mange familier har gennem årene klaget over, at de som pårørende ikke blev set og ikke blev hørt, måske i misforstået respekt for tavshedspligten og for den sindslidende.

Artiklen beskriver, hvordan et metodeudviklingsprojekt i psykiatrien i Randers har ændret det psykiatriske personales forhold til pårørende. Familien inddrages nu fra den første kontakt, der er nærvær i samarbejdet, og det er givtigt for alle implicerede.

BESA-metoden, som den kaldes, er efter endt læsning nem at kopiere helt eller delvist for interesserede.

Et andet fund i projektet er, at langsomhed er et plus. Det strider umiddelbart imod tidsånden, men for sindslidende er det essentielt, at udfærdigelse af behandlingsplaner, målformulering m.m. kan foregå over tid, så tingene kan nå at bundfælde sig hos den enkelte bruger, som patienten kaldes i artiklen.



*Jette Bagh*

Jette Bagh  
sygeplejerske,  
fagredaktør.

# Projektarbejde giver skriftlig kompetence og udvikler sygeplejen

AF HANNE JUUL MIKKELSEN, SYGEPLEJERSKE, MHR

**Artiklen henvender sig til ledere og uddannelsesansvarlige sygeplejersker. Hovedbudskabet er, at projektarbejde både giver øvelse i skriftlig formidling og øger kvaliteten af sygeplejen. Artiklen er baseret på et projekt på intensiv afdeling på Århus Universitetshospital, Skejby.**

Når sygeplejersker videreuddanner sig inden for intensiv sygepleje, bliver de mødt med et krav om at aflevere en skriftlig opgave (1). Det volder sjældent problemer at finde et relevant emne inden for den intensive sygepleje. Langt sværere er det, når det kommer til at skulle formulere sig skriftligt. Her mangler øvelse. Det har jeg sat fokus på og fundet frem til en løsning, der både styrker øvelsen i det skriftlige og udvikler sygeplejen.

### *Sådan gør vi*

De seneste år har vi to gange om året afsat tre dage, hvor sygeplejerskerne skal udarbejde en projektrapport. Der er ca. syv kursister på et hold, og de får stillet computer til rådighed med internetadgang. Vi er to uddannelsesansvarlige sygeplejersker, som kan vejlede i processen. Sygeplejerskerne kan også få hjælp til litteratursøgning af statsbibliotekets bibliotekar på hospitalet. Først formulerer sygeplejerskerne problemet, og dernæst udarbejder de relevante undersøgelser. Projektet beskrives i en fem siders rapport. Efter to uger fremlægges projektet mundtligt for holdet, som fungerer som opponenter, og kolleger og ledere er inviteret med. Den sygeplejerske, der har udarbejdet projektet, får stillet uddybende spørgsmål, som hun kan bruge, hvis hun går videre med projektet i den afsluttende opgave på uddannelsen til intensiv sygeplejerske.

### **To eksempler på problemstillinger**

#### *Temperaturmåling vha. blærekateter*

En sygeplejerske har hørt og læst om, at det er mest korrekt at måle temperatur kontinuert ved hjælp af urinkateter. Hun undersøgte, hvordan central temperatur måles i afdelingen og udarbejder en opgørelse, som viser, at 80 pct. af målingerne er foretaget aksilært, på trods af at den evidensbaserede anbefaling er brug af rektal- eller oraltermometer ved non-invasiv måling. Forklaringen



er sandsynligvis, at rektal- eller oraltermometer sjældent kan anvendes hos en intensiv patient.

Sygeplejersken undersøger dernæst, hvilke katetre der kan anbefales, og udregner pris, så det fremgår, hvad det vil koste at indføre blærekatetrene. Projektet har medført, at katetrene nu bruges i afdelingen.

#### *Respiratoraftrapning foregår forskelligt*

En sygeplejerske undrer sig over, at aftrapning af respiratorbehandling hos langtidsindlagte patienter er svær og foregår så forskelligt. Hun udarbejder en spørgeskemaundersøgelse, hvor der både indgår erfarne og uerfarne sygeplejersker samt overlæger. Her får hun afdækket, hvilke faglige overvejelser

informanterne har i forbindelse med respiratoraftrapning, og hvilke problemstillinger de ser i aftrapningen. Projektet har været medvirkende til, at der efterfølgende er nedsat en tværfaglig gruppe, som arbejder med at optimere respiratoraftrapning.

#### **Det konkrete giver mening**

Det har givet god mening for sygeplejerskerne at arbejde med konkrete problemstillinger fra praksis og formulere sig skriftligt i projektrapporterne. De tilkendegiver, at det har stor betydning at have en vejleder til rådighed under hele forløbet, og at de øvrige kursisters sparring er inspirerende. Alt i alt har de følt sig bedre klædt på til at skrive opgave. Sideeffekten har været brugbare resul-

tater til afdelingens sygepleje og en øvelse i mundtlig formidling, når projekterne fremlægges for kolleger. Erfaringerne med metodevalg og skriftlig formidling sætter sit præg på sygeplejerskernes videre arbejde med udviklingsprojekter i afdelingen.

*Hanne Juul Mikkelsen er uddannelsesansvarlig sygeplejerske på anæstesiologisk – intensiv afdeling på Århus Universitetshospital, Skejby; hju@sks.aaa.dk*

#### **Litteratur**

1. Cirkulære om specialuddannelsen for sygeplejersker i intensiv sygepleje. Sundhedsstyrelsens cirkulære nr. 92 af 26. juni 1999.

## Resumé af akademisk afhandling

# Sygeplejerskens rolle i åndelig omsorg

AF TINA HOLMGAARD, SYGEPLEJERSKE

Projektet redegør for begreberne lidelse og omsorg ud fra sygeplejeteoretikerne *Kari Martinsen* og *Katie Eriksson* og begreberne ånd og menneskets eksistentielle livsvilkår ud fra de danske filosoffer *K.E. Løgstrup* og *Søren Kierkegaard*.

Projektet diskuterer bredt, hvilken rolle den enkelte sygeplejerske skal have i den åndelige omsorg hos døende. Projektet drager betragtninger fra Etisk Råd og Sygeplejeetisk Råd ind i diskussionen, empiriske undersø-

gelser omkring døende patienters behov for åndelig omsorg samt en undersøgelse af den terminale pleje på et plejehjem. Konklusionen er, at opfattelsen af begrebet åndelig omsorg stort set er ens i Etisk Råd og i de empiriske undersøgelser, der bliver bearbejdet i diskussionen. Derimod har sygeplejeteoretikerne forskellige opfattelser af sygeplejerskens rolle hos svært syge og lidende mennesker. Eriksson lægger bl.a. vægt på, at den lidende finder meningen med lidelsen, og

Martinsen lægger vægt på den enkelte sygeplejerskes faglige viden, praktiske færdigheder og etiske sindelag i udførelsen af omsorg hos den syge.

*Tina Holmggaard arbejder som områdeleder i ældreplejen i Lemvig Kommune. Projektrapporten kan købes ved henvendelse via e-mail til [tina.holmggaard@lemvig.dk](mailto:tina.holmggaard@lemvig.dk)*

# Indflydelse på egen behandling

AF JETTE CORTNUM, SYGEPLEJERSKE, SPECIALUDDANNET I PSYKIATRISK SYGEPLEJE OG MASTER I VOKSENUDDANNELSE

**Artiklen henviser sig til psykiatriske sygeplejersker. Hovedbudskabet er, at det at udarbejde behandlingsplaner for den psykiatriske patient er behandling i sig selv. Artiklen udspringer af en evaluering af et projekt i lokalpsykiatrien, Regionspsykiatrien i Randers.**

”Jeg føler ikke, at jeg bliver hørt. Jeg har ingen medindflydelse overhovedet. Ønsker man ikke den behandling, de først foreslår, er beskeden, at det var så det. Man er ikke åben for at prøve noget andet – kun de ved bedst.”

Sådan lød en kommentar fra en psykiatribruger i lokalpsykiatrien i en tilfredshedsundersøgelse, som det daværende Århus Amt gennemførte i 2001.

Derfor var et af målene i projekt ”Behandlingsplaner og Samarbejde” (BESA), som denne artikel omhandler, at udarbejde en metode, der gør det muligt for den psykiatriske bruger og evt. dennes pårørende at have indflydelse og medbestemmelse, når den psykiatriske behandling, støtte og pleje planlægges og justeres. Målet var, at den brugeroplevede kvalitet skulle være i centrum og at udvikle et første skridt i retning af at indføre en systematisk tilgang i behandlingspsykiatrien i Randers. Målet er på sigt, at metoden skal anvendes, uanset hvor brugeren møder psykiatrien – om det sker i lokalpsykiatrien, mobilteamet eller ved indlæggelse på psykiatrisk afdeling.

## Brugeren definerer problemet

Rammen for BESA-metoden er skabt ud fra et teoretisk og empirisk grundlag og kan illustreres ved hjælp af fire trin (se figur 1 på næste side).

BESA bygger for det første på teorien ”Sundhedsfremme i teori og praksis” (1). Her opfattes brugeren som ekspert på sit eget liv, mens behandleren er ekspert på et fagområde. Når behandlingen skal planlægges, må de to eksperter samarbejde for at løse et fælles problem. En anden af teoriens hovedteser er, at der skal gøres menneskearbejde før ekspertarbejde, hvor menneskearbejde er at lytte, skabe kontakt og tillid, og ekspertarbejde er den faglige viden, der skal til for at afhjælpe et psykiatrisk problem. Behandlerne udfører både menneske- og ekspertarbejde gennem hele processen, men vi opfatter det alligevel på den måde, at trin 1 og 2 hovedsagelig er menneskearbejde og trin 3 hovedsagelig ekspertarbejde.

For det andet bygger BESA på teorien om åbne samtaler (2) – eller på dansk: åben dialog. En væsentlig dimension fra denne teori er, at behandlerne ikke skal møde op med en bestemt dagsorden eller plan for, hvad der skal tales om i mødet med brugeren og de pårørende. Samtalen må altid tage udgangspunkt i det, som brugeren og de pårørende finder vigtigt at tale om. Denne dimension har særlig betydning i trin 2, hvor udgangspunktet er, at det er brugeren selv og ikke behandlerne, der definerer og afgrænser, hvad det er, han eller hun har brug for hjælp til i sit behandlingsforløb.

For det tredje bygger BESA på en rapport fra det tidligere Ringkjøbing Amt ”Eftersyn på Psykiatrien” (3). Heri understreger brugerne, at en god begyndelse er en

forudsætning for et godt forløb. De vil mødes som et unikt menneske og ikke en diagnose.

Endelig er BESA en tværfaglig arbejdsmetode. Tidligere var behandlingsplansarbejde i høj grad lægearbejde, hvor det med BESA er blevet en tværfaglig opgave. Det har betydet, at sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, ergoterapeuter og fysioterapeuter har fået en meget større andel i at udarbejde planen. De giver information, udarbejder problem- og mållisten sammen med patienten og har dermed også en stor del af pårørendekontakten.

Med dette grundlag sætter BESA-metoden fokus på begyndelsen af et patientforløb, og hele arbejdet med at udarbejde behandlingsplaner tager udgangspunkt i brugerens problem- og målliste, ikke i diagnosen.

## BESA-modellen trin for trin

### Det første møde

Målet for trin 1 er

- at afklare, om brugeren skal have tilbudt et behandlingsforløb
- at give informationer om psykiatrien, og hvad der kommer til at ske
- at have dialog om pårørendekontakt og samarbejde i forløbet.

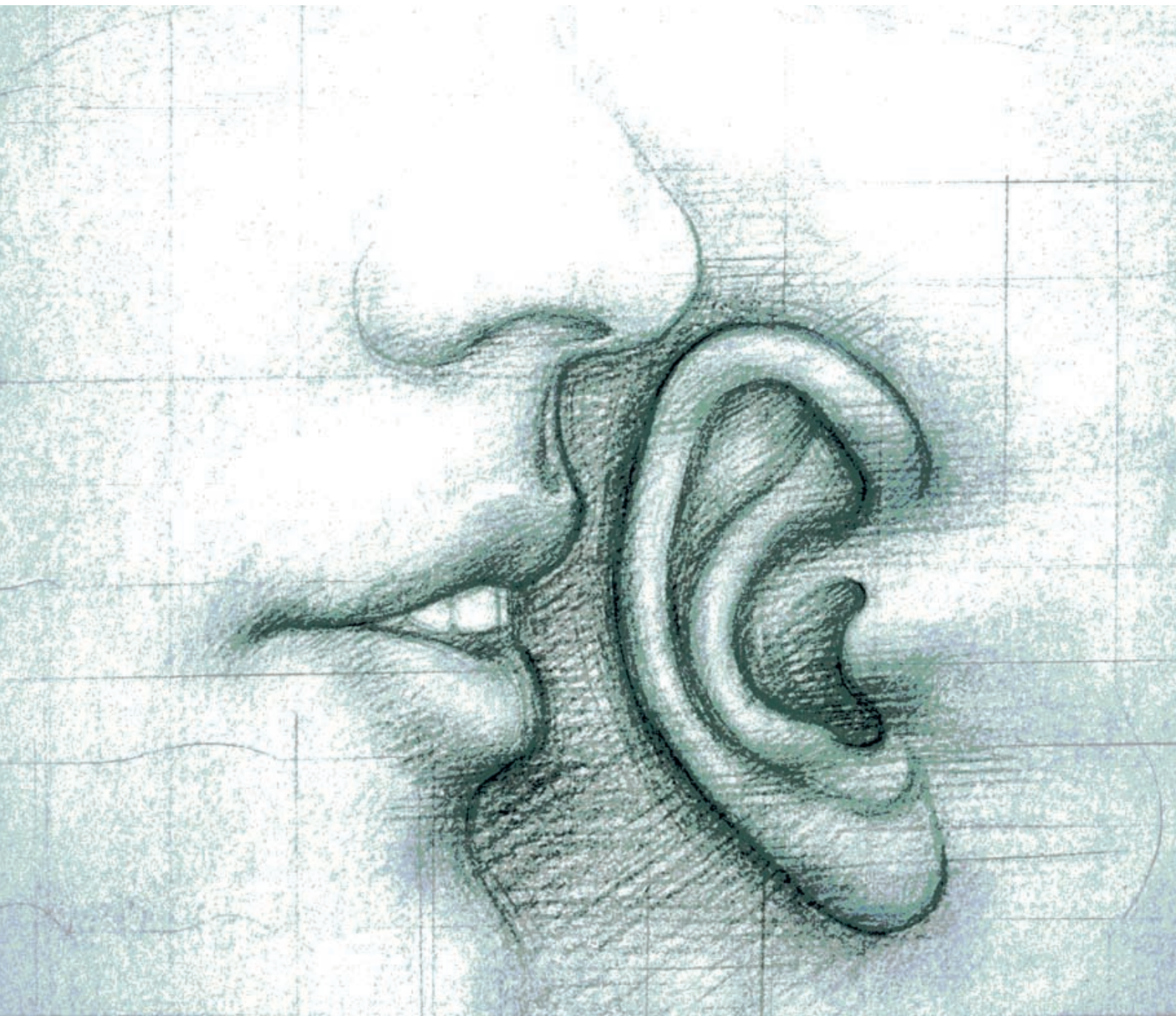
”Det har stor betydning, at der i metoden er indbygget en vis langsommelighed – brugerne kan nå at følge med i processen og gøre deres overvejelser undervejs.”

Mødet starter med, at behandlerne lytter til brugerens historie og vurderer, om det er relevant at tilbyde et behandlingsforløb, hvilket brugeren orienteres om. Dernæst informeres brugeren om, hvilke faggrupper der er ansat i psykiatrien, og at det første, der kommer til at ske, er, at der skal udarbejdes en behandlingsplan. Det vil foregå på den måde, at man i samarbejde med brugeren og meget gerne de pårørende skal afdække, hvilke problemområder der er, og hvad målet skal være for til sidst at nå frem til, hvordan behandlingen, støtten og plejen skal være. Behandlerne siger, at de har den faglige ekspertise, men understreger samtidig, at brugeren evt. sammen med de pårørende er den, der ved mest om sit liv, og hvilke problemstillinger der er opstået. Derfor er brugeren også ekspert – nemlig på sit eget liv.

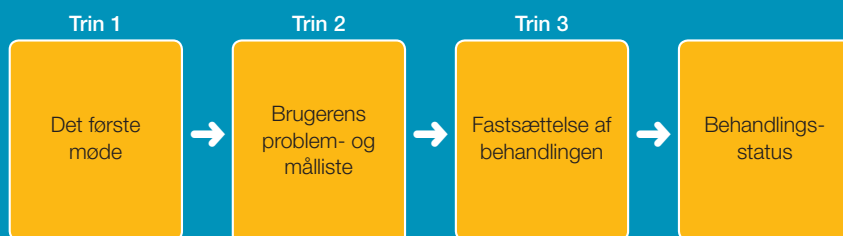
En udfyldt problem- og målliste udleveres til brugeren. Samtidig gives der information om, at

- det er disse lister, der skal arbejdes med ved den følgende samtale
- brugeren har mulighed for selv at arbejde med listerne som en slags forberedelse, men at det ikke er et krav. Behandlerne siger, at de ønsker at etablere kontakt med de pårørende, og at det gerne må ske i forbindelse med





» FIGUR 1. RAMMER FOR BESA-METODEN



Rammen for BESA-metoden er skabt ud fra et teoretisk og empirisk grundlag og kan illustreres ved hjælp af fire trin. Metoden bygger på teorien Sundhedsfremme i teori og praksis, hvor brugeren opfattes som ekspert på sit eget liv, mens behandleren er ekspert på et fagområde. Når behandlingen skal planlægges, må de to eksperter samarbejde for at løse et fælles problem. En anden af teoriens hovedteser er, at der skal gøres menneskearbejde før ekspertarbejde, hvor menneskearbejde er at lytte, skabe kontakt og tillid, og ekspertarbejde er den faglige viden, der skal til for at afhjælpe et psykiatrisk problem.



» udarbejdelsen af behandlingsplanen. Herefter har man en dialog om, hvordan brugeren forholder sig til det.

Der udleveres en velkomstpjece til brugeren og en særskilt til de pårørende.

#### *Problem- og målliste*

Målet for trin 2 er at nå frem til en problem- og målliste for brugeren.

Hvis brugeren har arbejdet med listerne, tages der udgangspunkt i dette. Brugeren og de evt. pårørende uddyber det skrevne, og behandlerne bruger deres fag-

lige viden til at spørge ind til evt. yderligere problemområder.

Hvis brugeren ikke har arbejdet med listerne, udarbejdes de i fællesskab. Og endelig er det sådan, at hvis brugeren grundet sin tilstand ikke er i stand til at deltage i udarbejdelsen, er det behandlernes ansvar at lave dem. Behandlerne har her ansvaret for, at der tages højde for problemer, som ubehandlet medfører omsorgssvigt af brugeren.

#### *Information om muligheder og plan*

Målet for trin 3 er at informere om behandlingsmuligheder, fastsætte behandlingen og en dato for behandlingsstatus. Behandlerne informerer om virkning, bivirkninger, fordele og ulemper ved de forskellige behandlingsmuligheder. Behandlingen fastsættes i dialog med brugeren.

#### *Den skriftlige behandlingsplan og behandlingsstatus*

Undervejs i processen – trin 1, 2 og 3 – er der udfyldt punkter i behandlingsplanen. Efter trin 3 kan planen færdiggøres og udleveres skriftlig til brugeren.

Herefter består det løbende arbejde i at få evalueret, hvor man er nået til, samt at afklare, om forløbet skal afsluttes, behandlingsplanen fornyes eller justeres. Det sker ved hjælp af behandlingsstatus. Forinden får brugeren udleveret et skema til forberedelse, og der tages aktivt stilling til, om de pårørende skal deltage.

### **Evalueringresultater**

Brugerne var i den udførte evaluering enige om, at tryghed og tillid er centrale elementer i det første møde med lokalpsykiatrien. De faktorer, der har betydning i den forbindelse, er følgende:

- at der på indkaldelsen står, hvad formålet med den første samtale er
- at behandleren viser forståelse og kan holde det, patienten fortæller, ud
- at behandleren møder og lytter til brugeren som et menneske og ikke en diagnose
- at der højst er to behandlere til stede, som præsenterer sig og fortæller om deres rolle
- at behandleren er en gennemgående person i behandlingen
- at behandleren informerer om, hvad der kommer til at ske
- at lokalpsykiatriens miljø er imødekommende
- at få skriftlig information.

En stor del af brugerne mødte op med udfyldte lister – det afgørende var, at de havde fået informationen, at de selv valgte konteksten, og at de havde tiden til det.

En mindre del af brugerne valgte, at de gerne ville have hjælp fra behandlerne til at udfylde listerne. Brugers aktivitet i den forbindelse har svinget fra at være

### **»»» BOKS 1. METODE I EVALUERINGEN**

Ud fra teori og empiri blev der opsat en ramme, bestående af tre trin og behandlingsstatus, som BESA-metoden skulle anvendes og udvikles i.

I projektperioden, som varede et år, var der 38 henviste brugere, som blev tilbudt et forløb i lokalpsykiatrien. Deraf deltog 34 brugere i projektet, to ønskede ikke at deltage, og to blev af behandlerne ikke fundet egnede, idet de skønnede, at det ville være for stor en belastning for brugeren.

Af de 34 deltagende brugere blev 24 interviewet 1-3 gange. I de 10 tilfælde, hvor det af forskellige grunde ikke lykkedes at gennemføre interview, blev der lavet forløbsanalyser, idet der bl.a. blev ført statistik over, om og hvordan de pårørende deltog.

Det var ikke planlagt, at de pårørende skulle interviewes, men da fem af de 24 interviewede brugere havde pårørende med til interviewene, faldt det helt naturligt at medtage deres kommentarer til forløbene også.

Alle disse interviews og analyser dannede den løbende evaluering, som udviklede og kvalificerede BESA-metoden med mange detaljer.

Behandlerne har i samtlige 34 patientforløb besvaret spørgeskemaer, dels som kontrol af, om metoden blev fulgt, dels for at se, om der var særlige vanskeligheder i at følge metoden.

Afslutningsvis blev der i projektperioden gennemført et enkeltinterview med overlægen og et fokusgruppeinterview med behandlere (en psykolog, to sygeplejersker og en ergoterapeut) fra teamet i lokalpsykiatrien, hvor metodeudviklingen foregik. Formålet var at vurdere tids- og ressourceforbruget samt den faglige kvalitet.

Evaluatør cand.mag. *Hans Knudsen*, Center for evaluering i Risskov, har været konsulent på metodeudviklingsdelen.

Til brug for at udarbejde interviewguides og spørgeskemaer og udvikle og beskrive resultaterne blev der anvendt programteori i den form, der bruges i Center for evaluering. Programteori går ud på at identificere fokuspunkter (f.eks. det enkelte trin), beskrive aktiviteter (handling), kortsigtede og langsigtede mål. Der kan læses mere om metoden i rapporten.

### **»»» BOKS 2. REGIONSPSYKIATRIEN I RANDERS**

Regionspsykiatrien i Randers består af tre kommuner: Randers, Norddjurs og Syddjurs – i alt dækker det et befolkningsgrundlag på ca. 170.000 borgere. Behandlingspsykiatrien er organiseret i to dele, Randers Nord og Randers Syd. Hver del indbefatter lokalpsykiatri, mobilteam og psykiatrisk afdeling.

”En anden af teoriens hovedteser er, at der skal gøres menneskearbejde før ekspertarbejde. Menneskearbejde er at lytte, skabe kontakt og tillid, og ekspertarbejde er den faglige viden, der skal til for at afhjælpe et psykiatrisk problem.”

aktiv med selv at skrive til at være den, der godkendte behandlerens forslag.

Brugerne var enige om, at det er en proces at udarbejde listerne, for nogen var det en lettelse at få sat ord på, og for andre var det en svær erkendelsesproces.

Brugerne kunne i varierende grad, afhængigt af deres tilstand, forholde sig aktivt til de behandlingsmuligheder, der blev stillet op. Ligeledes havde nogle brugere lettere ved at se sammenhængen mellem deres situation og behandlingen end andre. Flere brugere gav udtryk for, at de på dette tidspunkt i forløbet havde fået tillid til, at behandleren ville hjælpe dem. De sagde derfor ja tak til behandlingen – også selvom de ikke altid formåede at se sammenhængen.

Flere brugere fik sig en overraskelse ved at gøre status, idet det herved blev klart for dem, hvor meget bedre de havde fået det, også selvom de ikke umiddelbart kunne mærke det.

### En vis langsommelighed indbygget

Med evalueringen af BESA-metoden står det klart, at psykiatribrugere ønsker indflydelse på egen behandling, men i forskellige grader og former; fra et ønske om at være aktiv i alle forhold til at have indflydelse ved at kunne sige til eller fra over for behandlerens forslag. Samtidig har brugerne påpeget, at al aktivitet og initiativ fra deres side kræver forudsigelighed og information fra behandlerens side. Det skal ske såvel mundtligt som skriftligt, ligesom brugerens mulighed for at forberede sig er væsentlig.

Det har fået stor betydning at sætte aktiv fokus på pårørendekontakt og inddragelse. I projektperioden er der skabt stor viden om, hvordan der etableres kontakt til de pårørende, og hvilke faktorer der spiller ind. Hovedparten af brugerne har pårørende, der deltager, når behandlingsplanen udarbejdes, hvilket vil sige, at der etableres kontakt inden for de tre første samtaler. En mindre gruppe brugere ønsker ikke deres pårørende involveret i behandlingsplanlægningen, men i stedet lidt senere i forløbet. Endelig er der forløb, hvor de pårørende ikke er involveret, enten fordi det ikke kan lade sig gøre af forskellige grunde, eller fordi brugeren ikke ønsker det. Det aktive fokus på de pårørende har for nogle brugere bevirket, at de er begyndt at reflektere over, hvilken relation de har til deres pårørende.

Mange brugere har oplevet, at de gennem udarbejdelsen af behandlingsplanen har erkendt deres situation og har taget aktiv stilling til den. Her har det stor betydning, at der i metoden er indbygget en vis langsomhed – brugerne kan nå at følge med i processen og gøre deres overvejelser undervejs. Behandlerne oplever på deres side også den behandlende effekt, idet de oplever, at der med BESA er blevet en idé i at udarbejde behandlingsplaner.

### Processen vigtigere end resultatet

Brugerne ønsker, at tidsperspektivet i at udarbejde en behandlingsplan er ca. én måned i lokalpsykiatrien. Så har de selv mulighed for at følge med i processen, samtidig med at de har fornemmelsen af, at der sker noget.

Den skriftlige behandlingsplan gør, at brugeren ved, hvad han skal forholde sig til, og at han ikke behøver at huske det hele. Den giver overblik og er et fast holdpunkt. Det skal nævnes, at for mange brugere synes processen vigtigere end resultatet. Altså har arbejdet med at udarbejde behandlingsplanen haft større betydning end at have en skriftlig behandlingsplan.

### Pårørende på banen

Behandlerne har som udgangspunkt et ønske om at etablere et samarbejde med de pårørende allerede i forbindelse med udarbejdelsen af behandlingsplanen. Derfor er dialog om dette altid et fast punkt ved trin 1.

I forbindelse med udarbejdelsen af behandlingsplanen blev der i de fleste forløb skabt kontakt til de pårørende. Brugerne kunne se mange fordele ved at inddrage de pårørende:

- Det gav tryghed og en fornemmelse af ikke at være alene om sin situation.
- Det virkede naturligt at følge op på samtaleemner derhjemme – også de svære ting.
- De pårørende hjalp med at repetere informationer og aftaler.
- De pårørende supplerede med det, de ikke selv huskede.
- De pårørende vidste, hvordan de plejedes at være og gerne ville have det igen.

I de forløb, hvor der ikke blev etableret kontakt til de pårørende i forbindelse med behandlingsplanens udarbejdelse, deler brugerne sig i tre grupper:

1. Brugere, som ønsker de pårørende inddraget, men hvor det ikke kan lade sig gøre, fordi de pårørende er gamle, fysisk svage eller bor langt væk.
2. Brugere, som evt. senere i forløbet ønsker at inddrage de pårørende.
3. Brugere, som ikke ønsker de pårørende inddraget, da de ikke mener at kunne forvente noget positivt fra dem.

Behandlernes vurdering er, at BESA-metoden kræver mere tid i begyndelsen af et patientforløb, til gengæld spares der tid senere, idet forløbet bliver mere målrettet, journalnotaterne bliver kortere, og overblikket er godt.

Behandlerne oplever, at den faglige kvalitet i arbejdet med behandlingsplaner er steget betydeligt i projektperioden. Samarbejdet med de pårørende er blevet mere nærværende og har givet en ny og vigtig dimension i arbejdet. Der er nu blevet en idé i at udarbejde behandlingsplaner – det er god behandling i sig selv. ]

## Snop en bid mørk chokolade eller to

Ud over den gode nyhed om afdelingssygeplejerskers lave stressniveau i sidste nummer af *Sygeplejersken* er her endnu én til chokoladeelskere og andre, der vil forebygge forhøjet blodtryk, blodprop i hjertet og infektioner. Forskerne (og de er ikke alle finansieret af chokoladeproducenterne) er endelig nået til enighed. Bl.a. konkluderer ernæringseksperter *Arne Astrup*, at dokumentationen efterhånden er til stede for en række gode egenskaber for mørk chokolade med et højt kakaoindhold; højoktan chokolade med 70-85 pct. kakao er bedst.

Flere studier viser heldigvis, at man ikke øger vægten, og *Arne Astrup* og kolleger er netop kommet på sporet af den selvregulerende mekanisme i chokoladen, der bremser for et eventuelt overforbrug. Desuden er Schweiz det land, hvor man spiser mest mørk chokolade, og her er andelen af overvægtige personer lavere end i resten af verden. Også hos diabetikere er der ifølge diætistforeningen plads til den sunde mørke chokolade.

Men husk, mælkechokolade, hvid chokolade og chokolade med mælk eller flødeskum er der ingen sundhedsmæssige undskyldninger for at spise.

Kilder: Berlingske Tidende den 25. marts 2007, [www.diaetist.dk](http://www.diaetist.dk) > Kostpyramider > Sundt og usundt fedt

(er)

## MUS med følelser

Har du prøvet at sidde til en medarbejderudviklingssamtale og tænke, at spørgsmålene om dit arbejdsliv var personlige, grænsende til det private? Så er du ikke alene. Ifølge *Karen Lisa Salamon*, magister i antropologi og ph.d. i ledelse, er der penge i at kende medarbejderens personlighed og reaktionsmønstre. Begge dele kan bruges som styringsredskaber og har dermed betydning for medarbejderens værdi. Følelser og privat intimitet er blevet eftertragtede varer i det evaluerede liv. Vi fører regnskab og måler kvalitet som aldrig før. Tiden skal udnyttes maksimalt, og der er ikke plads til pjat, pjank og menneskeligt kaos.

Sådan håndterer du dit liv, undgår stress og får mest muligt ud af dine stærke sider. Staben af bøger om selvledelse, kompetenceudvikling, coaching og evaluering er, som efteråret skrider frem, ved at ramme loftet. Velkendte mantraer, som er lige så udvandede, som de er populære. *Salamon* går imod strømmen og slår til lyd for målefri zoner og almindeligt fjolleri og humor som værdifulde elementer i liv og arbejdsliv. "Selvmål – det evaluerede liv" af *Karen Lisa Salamon* er anmeldt i dette nummer af *Sygeplejersken* side 65.

(jb)

### Svar på Testen side 68

1: b. – 2: a. – 3: a. – 4: b. – 5: a.

Kilde: Primær publikation i *Clinical Evidence* 2006 – international evidens for behandling og pleje af fødselsdepressioner. Sammenfatning foretaget af *Louise Howard*. Oversat til norsk af *Runar Eggen* og *Ragnar Nesvåg*. Find oversættelsen ved at skrive "fødselsdepression" i søgefeltet på [www.helsebiblioteket.no](http://www.helsebiblioteket.no)

### >>> BESA er blevet god behandling

Som det fremgår, er BESA-metoden blevet en succes på mange måder. Brugere er meget tilfredse, og efterhånden som arbejdsmetoden er blevet implementeret i teamets kultur, i organiseringen af arbejdet og i hverdagen, er snakken om det ressourcekrævende forstummet – det er i stedet blevet god behandling. På den baggrund har afdelingsledelsen for Psykiatrisk Afdeling i Randers besluttet sig for, at metoden skal implementeres i hele organisationen.

*Jette Cortnum er ansat som projektsygeplejerske i Regionspsykiatrien i Randers; [jco@psykiatri.aaa.dk](mailto:jco@psykiatri.aaa.dk)*

*Rapporten "At udarbejde behandlingsplaner er god behandling" kan hentes på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) > BESA eller købes for 75 kr. ved henvendelse til forfatteren.*

### Litteratur

1. Jensen T, Johnsen T. Sundhedsfremme i teori og praksis. Sundhedsfremmeafdelingen, Ringkøbing Amt. 2000.
2. Seikkula J. Åpne samtaler. Tano Aschehoug, Norge. 2000.
3. Arnt Nielsen L. Eftersyn på psykiatrien. Ringkøbing Amt. Psykiatrien i Ringkøbing Amt. 2003.

### >>> ENGLISH ABSTRACT

Cortnum J. Patients' influence on their own treatment. *Sygeplejersken* 2007;(22):50-4.

Whenever a psychiatric patient is referred for treatment with district psychiatry services, treatment and supportive options should also be planned. The results are documented in a treatment schedule. The BESA method [name derived from Danish acronym for treatment schedules and collaboration] focuses on the treatment schedule, the processes leading up to its formulation and the involvement of close family. The conclusion is that users want a more or less active role in the collaboration, but that this demands predictability and the provision of information by the therapists involved. When close family are to be included, it is important for the therapist to show initiative in the form of a dialogue with the user and written information to the family. When BESA is used, both users and therapists experience the preparation of a treatment schedule as therapy in itself. It is extremely important for the method to have an element of built-in unhurriedness so as to give those involved to reflect in their own time during the process.

Key words: Psychiatry, treatment schedule, collaboration, district psychiatry, family.





# Patienter bruger internettet

AF LENE SIGAARD, JANNI L. LARSEN, LENE LAURIDSEN OG ANETTE S. ROMDAL, SYGEPLEJERSKER

**Artiklen henviser sig til sygeplejersker med interesse for internettet som forum for sundheds- og sygdomsinformation. Hovedbudskabet er, at der blandt patienter med leddegigt er et ønske om, at de hospitalsafdelinger, patienterne er tilknyttet, satser på at udbygge og udvikle deres hjemmesider og tænker i nye elektroniske kontaktmuligheder.**

Brugen og udviklingen af internettet som stedet, hvor der kan hentes oplysninger om sundhed og sygdom, er ekspanderet. Som sygeplejersker inden for reumatologien oplever vi i stigende grad, at også patienter med reumatoid artrit (RA) søger oplysninger om deres sygdom på nettet. En viden, vi konfronteres med i mødet med patienterne, hvorfor det er nødvendigt, at vi som professionelle kan imødegå og evt. korrigere patienternes viden fra nettet.

I denne artikel vil vi præsentere resultater fra vores undersøgelse om RA-patienters brug af internettet som kilde til information om deres sygdom og behandling.

## Internettet påvirker menneskers sundhedsvalg

I Danmark er der flere sundhedssider at vælge imellem, hvoraf alene Netdoktor ifølge Gallups Website Index i maj 2007 havde over 821.000 besøgende (1).

I USA er der lavet store undersøgelser om brugen af internettet som kilde til information om en lang række sygdomme. Af de amerikanere, som har adgang til internettet, søger 80 pct. specifikt på sundhedsoplysninger. Undersøgelserne viser endvidere, at de oplysninger, som patienterne finder på nettet, har indflydelse på de valg, de efterfølgende træffer. Således oplyser 53 pct., at de informationer, som de finder, har indflydelse på, hvordan de tager vare på sig selv eller andre. Den gruppe, som lader sig mest præge af de fundne informationer, er patienter, der har fået stillet en alvorlig diagnose. Derudover påvirker det folks valg i forhold til at søge læge/skifte læge i forhold til at ønske medicinændringer eller i forhold til den daglige livsførelse.

Endnu et interessant aspekt ved den amerikanske undersøgelse er, at det primært er kvinder, der bruger disse hjemmesider, enten i søgen efter oplysninger rettet mod dem selv eller i forhold til deres familie og venner (2).

Inden for det reumatologiske speciale er det i Europa særligt den tysksprogede hjemmeside Rheuma-online, der har gjort opmærksom på sig selv. Den har over

150.000 besøgende på månedsbasis. Rheuma-online blev oprettet i 1997 og indeholder alverdens oplysninger (Rheuma von A-Z) samt regelmæssige nyhedsbreve. I takt med succesen er siden udvidet til også at indeholde det såkaldte OMORA-program. Programmet er oprettet som en elektronisk monitorering af RA, hvor patienterne selv kan klikke ind på siden, taste deres symptomer ind og få en umiddelbar anvisning til videre undersøgelse og/eller behandling (3).

En dansk undersøgelse, som inkluderer 100 patienter, viste, at 51 pct. af patienter spurgt i almen lægepraksis brugte nettet til at søge oplysninger relateret til sundhed. Dertil viste undersøgelsen, at det særligt var oplysninger relateret til en specifik sygdom, patienterne søgte på, og at de generelt var tilfredse med den fundne information (4).

## Sygepleje på forkant

Der er ikke lavet undersøgelser om, hvor meget danske patienter med en reumatologisk diagnose bruger internettet som stedet, hvor de henter information om sygdom og behandling. Men vi, der arbejder inden for specialet, oplever i stigende grad, at patienterne søger og finder oplysninger på nettet, som vi efterfølgende bliver konfronteret med og dermed bliver nødt til at forholde os til.

Vi oplever også, at patienter bliver unødigt skræmt eller direkte misforstår de oplysninger, de finder. Enkelte gange har de fravalgt en behandling ud fra de fundne oplysninger. Denne erfaring underbygges af den amerikanske undersøgelse (2), hvor det beskrives, at patienter kan blive både forvirrede og frustrerede over det, de har læst på nettet. Hvis patienterne skal have tillid til sundhedsvæsenet, er det derfor afgørende, at de informationer, der hentes på nettet, ikke er misvisende eller direkte forkerte. Konsekvensen kunne være unødigt ængstelse eller direkte mistro.

Vi bliver derfor nødt til at være med til at præge udviklingen af informationer relateret til vores fagområ-



# aktivt

der og følge med i, hvad der er tilgængeligt af oplysninger, så patienterne kan få god supplerende information af de fagprofessionelle. Vi må være på forkant med det, vi efterfølgende kan blive konfronteret med.

Disse overvejelser fik os til at sætte en undersøgelse i gang blandt vores patienter på vores dengang fælles arbejdsplads.

## Formål, metode og materiale

Formålet med undersøgelsen var at undersøge RA-patienters brug af internettet som kilde til information om sygdom og behandling – herunder:

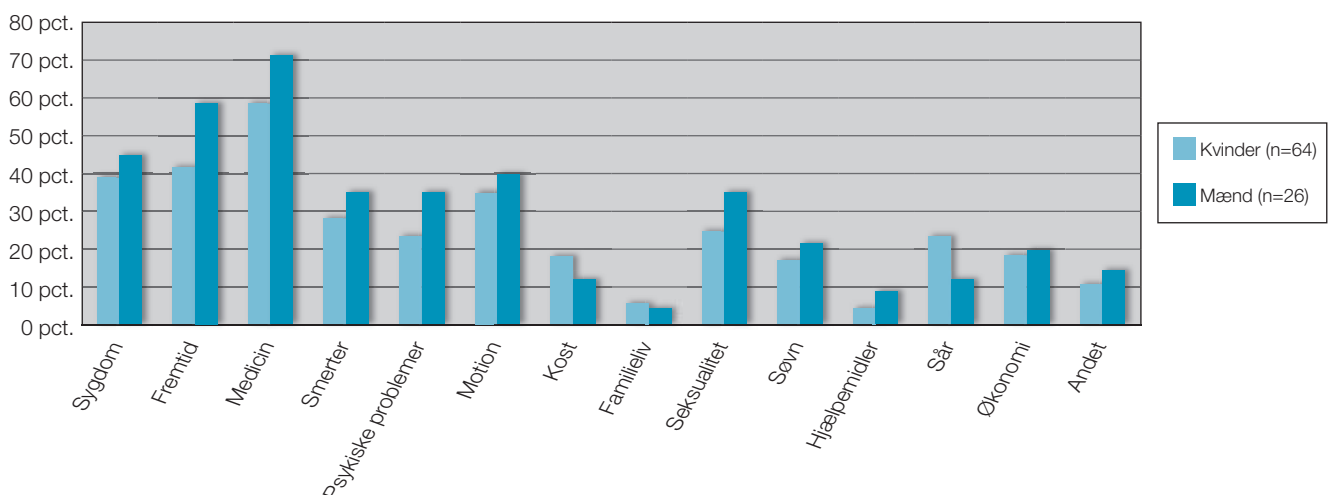
- Hvor mange patienter bruger regelmæssigt internettet til at hente informationer om emner relateret til deres sygdom?

”Et af de spændende perspektiver for sygeplejen fremover kunne være sygeplejekonsultationer i cyberspace.”

- Hvilke konkrete emner relateret til sygdommen søger patienterne viden om?
- Hvilke dansksprogede hjemmesider kender patienterne?
- Hvordan vurderer patienterne de enkelte hjemmesider?
- Hvor mange patienter ønsker mulighed for elektronisk kontakt med sundhedsprofessionelle?

I alt 150 (35 mænd, 115 kvinder) patienter besvarede spørgeskemaet, hvilket er en svarprocent på 100. Al-

FIGUR 1. EMNER, PATIENTER MED REUMATOID ARTRIT SØGER OPLYSNINGER OM PÅ INTERNETTET



»» dersspredningen ligger med en ratio fra 23-81 år med en medianværdi på 54 år. Sygdomsvarigheden for den samlede gruppe ligger med en ratio fra 1-40 år med en medianværdi på 11 år.

### Resultater

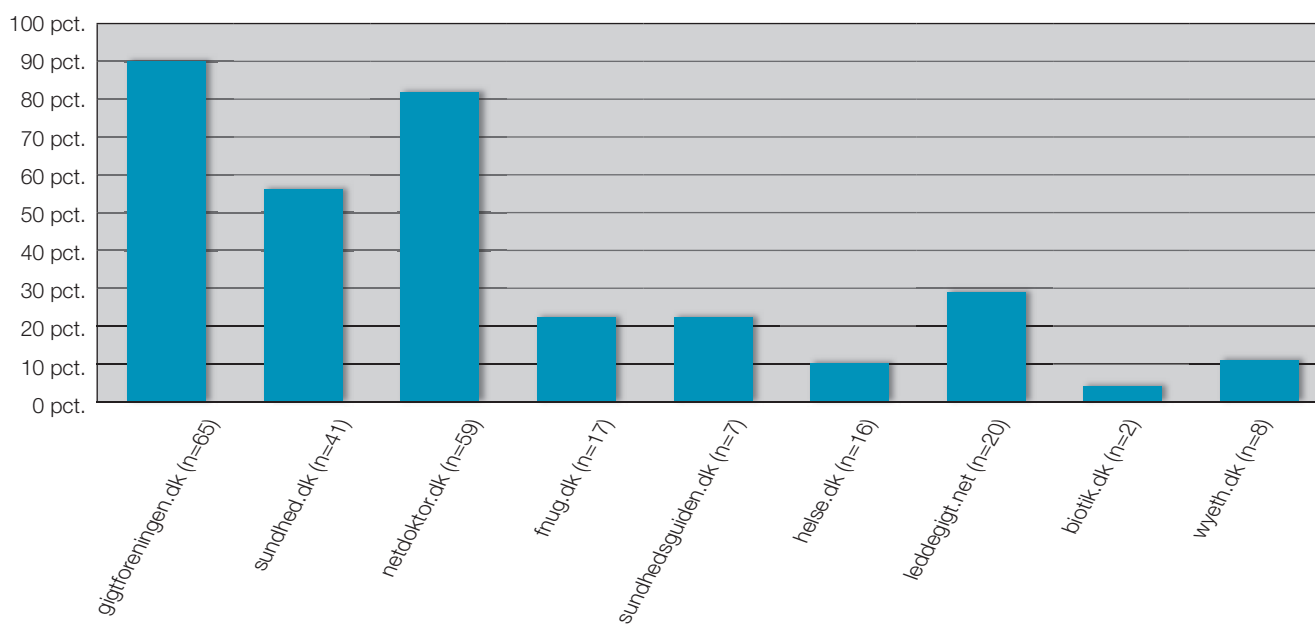
Gruppen af patienter, der søger oplysninger relateret til deres sygdom via internettet, udgør i alt 90 patienter (60 pct.): 26 mænd og 64 kvinder med en medianalder på 50

år (aldersratio 23-73) og med medianværdi på 10,5 års sygdom (varighedsratio 1-40). Mændene er signifikant hyppigere netbrugere end kvinderne ( $p < 0,05$ ).

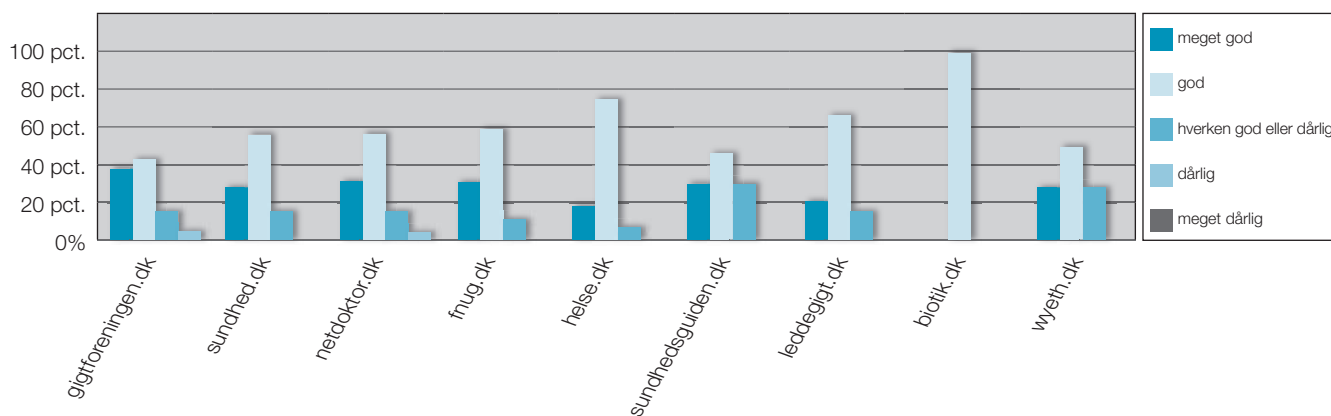
De syv mest søgte emner på nettet blandt de 90 aktive netbrugere er medicin, fremtid, sygdom, kost, smerter, seksualitet og motion (se figur 1 side 57).

Som det ses af figur 2 herunder, kender ca. 90 pct. af netbrugerne Gigtforeningens hjemmeside. Hvorimod siden [www.biotik.dk](http://www.biotik.dk) er kendt af relativt få patienter.

»»» FIGUR 2. KENDSKAB TIL DANSKSPROGEDE HJEMMESIDER OM REUMATOID ARTRIT



»»» FIGUR 3. VURDERING AF DANSKSPROGEDE HJEMMESIDER





”At patienter i så stor stil søger supplerende information om sygdom og behandling, er interessant set i det lys, at respondenterne i denne undersøgelse netop har deres faste gang i ambulatoriet og derfor har rig mulighed for at få svar på generelle såvel som specifikke spørgsmål.”

Ud fra kendskabet til de enkelte hjemmesider har patienterne vurderet deres oplevelse af kvalitet i indholdet (se figur 3 side 58).

Af de ca. 90 pct., som kender Gigtforeningens hjemmeside, vurderer over 80 pct. hjemmesiden som værende meget god/god. Ingen hjemmesider vurderes i kategorien meget dårlig.

79 pct. kvinder og 77 pct. mænd af samtlige 150 respondenter angiver, at det er meget vigtigt eller vigtigt, at hospitalet bruger ressourcer på at udbygge egen hjemmeside (se figur 4 side 60).

67 pct. kvinder og 59 pct. mænd af samtlige 150 respondenter angiver, at det er meget vigtigt/vigtigt, at hospitalet omfordeler ressourcerne og etablerer en mulighed for elektronisk kontakt med de forskellige faggrupper (se figur 5 side 60).

### Syv populære søgeemner

Resultaterne bekræfter vores erfaringer fra dagligdagen om, at patienter med RA i høj grad anvender nettet til at søge information om sygdom og relaterede emner.

Netop en sygdom som RA vil have indvirkning på patientens hele liv, og de emner, patienterne søger på, bekræfter dette. Motion, kost og seksualitet er generelt populære søgeemner, uanset kronisk sygdom eller ej (2), men for patienter med RA vil emnerne rumme individuelle behov for oplysning og rådgivning – afhængigt af sygdommens forløb og karakter. I forhold til seksuelle emner kan en fordel for RA-patienten være, at det er et emne, det er nemmere at læse om end at tale med de professionelle om?

En anden mulighed er, at de professionelle ikke tager emnet op i kontakten med patienterne?

Medicin og smerter er knyttet til RA og vil for mange patienters vedkommende være en stor del af hverdagen.

Måske søger patienterne efter den seneste viden eller råd om alternative medikamenter?

Hvad patienterne forventer at finde, når de søger på et ord som fremtid, er også uvist. Måske handler det om sygdommens prognose, eller det kan være et spørgsmål om den eksistentielle fremtid i form af, hvad sygdommen vil få af konsekvenser på fremtiden for patienten og dennes pårørende.

Undersøgelsen viser ikke forskel i emner, mænd og kvinder søger oplysning om (se figur 1 side 57).

En af sygeplejens opgaver er bl.a. at forebygge, at patienten opnår unødigt ængstelse og uro på grund af læsning af nogle mindre gode informationer.

Og med det informationsboom, der er, vil det være helt reelt og relevant, at patienterne forventer, at de professionelle er i stand til at anbefale de sider, hvor der kan hentes supplerende information.

### »»» METODE OG MATERIALE I UNDERSØGELSEN

I undersøgelsen har vi først afdækket tilgængelige hjemmesider på internettet om reumatologi, hvor målgruppen er patienter. Nogle hjemmesider er specifikt rettet mod at give oplysninger om RA og emner relateret hertil. Andre rummer en mere bred og almen information om gigtsygdomme i al almindelighed, og andre igen har fokus på generelle sygdoms- og sundhedsoplysninger. Nogle af hjemmesiderne er oprettet og sponsoreret af medicinalindustrien.

Dernæst er der udført en spørgeskemaundersøgelse over tre måneder blandt ambulante patienter med RA på Rigshospitalets Reumatologiske Klinik. Spørgeskemaet blev uddelt i vinteren 2004 til alle dansktalende RA-patienter ved den ambulante kontrol, hvor det også blev udfyldt og afleveret i en postkasse.

### Mandlige patienter ser anderledes på sygdom

I forhold til andre undersøgelser (2) er der i denne tale om, at der er signifikant flere mandlige netbrugere. Det kunne åbne for en diskussion om, hvorvidt man i hospitalssystemet i tilstrækkelig grad imødekommer de mandlige patienter. Mænd forholder sig anderledes til sygdom end kvinder. De har generelt svært ved at beskrive sig selv som syge. De forbinder sig modsat kvinder ikke med den passive, lidende rolle og har ikke brug for svaghed. De ønsker i større stil selv at klare symptomer og problemer og stå stærkt udadtil, og det betyder, at de ikke er vant til og har mindre lyst til at sætte ord på, hvad de føler og oplever (5). Netop ved at søge informationer på nettet eksponeres denne svaghed ikke, hvilket igen stiller store krav til, at de oplysninger, de henter på nettet, er valide og de rigtige.

Der er også det aspekt, at en lang række reumatologiske sygdomme primært rammer kvinder, og derfor er det indirekte kvinderne, der sætter dagsordenen i forhold til, hvad god pleje og information er – i hvert fald på en reumatologisk afdeling.

### Mangler skal afdækkes

At patienter i så stor stil søger supplerende information om sygdom og behandling, er interessant set i det lys, at respondenterne i denne undersøgelse netop har deres faste gang i ambulatoriet og derfor har rig mulighed for at få svar på generelle såvel som specifikke spørgsmål.

Om dette er en tendens, der peger hen mod den vidende og velforberedte patient, som ønsker at få bekræftet informationer givet i det behandlingsregi, han/hun besøger, eller om det skyldes, at man under besøget ikke har nået at drøfte netop det, der på det

» givne tidspunkt var mest vigtigt for patienten, er på baggrund af denne undersøgelse uvist, men absolut interessant og relevant at få afdækket.

Under alle omstændigheder er den vidende patient, den ressourcefulde patient eller ekspertpatienten blevet begreber, som vi i større stil må forholde os til. Ekspertpatienten – den gode rollemodel i forhold til, hvordan man takler hverdagen og symptomer ved kroniske sygdomme – er blevet et aktiv, som bl.a. bruges i patientuddannelsesprogrammer, hvor det netop er ekspertpatienter, der underviser andre patienter.

#### Hospitalets hjemmeside bør udbygges

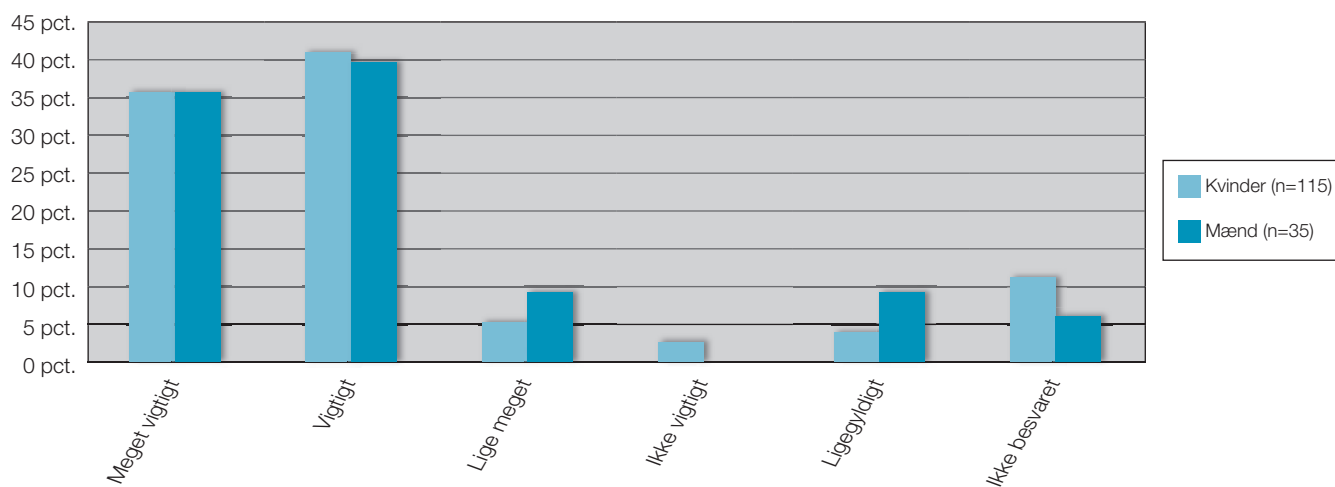
Selv om undersøgelsen peger på, at der blandt de aktive netbrugere med RA er stor tilfredshed med eksis-

terende hjemmesider, der indeholder generel information om RA, mener over 70 pct. af respondenterne, uanset om de aktuelt søger oplysninger på nettet eller ej, at hospitalets hjemmeside skal udbygges. Dertil mener langt over halvdelen, at der er behov for en netbrevkasse, hvor man kan få svar på spørgsmål fra professionelle.

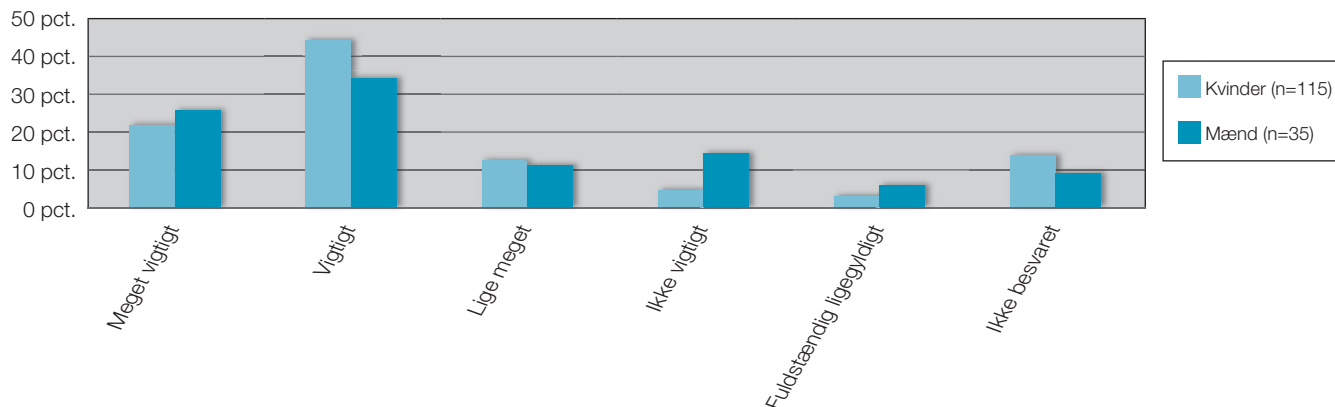
Dette tyder på, at der er behov for at supplere de eksisterende informationsmuligheder på nettet fra hospitalets side, ligesom en del af de patienter, der aktuelt ikke bruger nettet i forhold til deres sygdom, ville gøre det, hvis informationerne kom fra en anerkendt kilde, f.eks. det sted, hvor patienten er tilknyttet rent behandlingsmæssigt.

En udbygget hjemmeside med specifikke oplysninger

»»» FIGUR 4. VURDERING AF VIGTIGHEDEN AF AT UDBYGGE HOSPITALET HJEMMESIDE



»»» FIGUR 5. VURDERING AF VIGTIGHEDEN AF AT OMFORDELE RESSOURCER OG OPRETTE NETBREVKASSE



”Den direkte kontakt med patienten og ønsket om at forstå sin patient med alt, hvad det indeholder af menneskelig indsigt og viden, vil hverken en hjemmeside med informationer, en brevkasse eller sygeplejekonsultationer i cyberspace kunne erstatte.”

om sygdom, behandling og relevante emner vil således hurtigt kunne blive et krav fra patienterne i deres iver efter viden.

### Sygeplejekonsultationer i cyberspace

Information i forhold til sygdom og sundhed kan gives på mange måder og af mange forskellige afsendere – med hver deres hensigt – ligesom kvaliteten i informationerne er forskellig.

Og der gives ikke én type viden, der er den rigtige for alle patienter med RA. Dels er de forskellige steder i deres sygdoms- og livsforløb, og dels har de forskellige behov, også for viden.

Så den faglige udfordring på en hospitalsdrevet hjemmeside bliver klart at sondre mellem, hvilken information patienterne som minimum skal modtage – og på hvilken måde. Vores undersøgelse viser ikke, hvad patienterne konkret forventer af de professionelle på en hospitalsbaseret hjemmeside, hverken i en evt. personlig kontakt eller via en netbrevkasse. Svaret på dette kræver nye undersøgelser.

Selv om kvaliteten i informationerne på en hjemmeside er i top, er det fortsat envejtsformidling. En netbrevkasse, besvaret af professionelle inden for det reumatologiske speciale, åbner mulighed for en interaktiv dialog.

Patienten kan stille sit spørgsmål, når det dukker op, uden at være underlagt telefontider eller i værste fald et halvstresset personale, der måske ikke har tiden her og nu til at give et ordentligt svar. Så et af de spændende perspektiver for sygeplejen fremover, som vores undersøgelse peger på, er etableringen af sygeplejekonsultationer i cyberspace.

### Den direkte kontakt kan aldrig erstattes

Patienter med reumatoid artrit henter i forvejen mange oplysninger på internettet – både om selve sygdommen og behandlinger heraf, men også om emner, der mere generelt er knyttet til det menneskelige liv. Det er dog et ønske fra patienterne, at også de hospitalsafdelinger, patienterne er tilknyttet, bør satse på at udbygge og udvikle deres hjemmesider og tænke i nye elektroniske kontaktmuligheder.

Den direkte kontakt med patienten og ønsket om at forstå sin patient med alt, hvad det indeholder af menneskelig indsigt og viden, vil hverken en hjemmeside med informationer, en brevkasse eller sygeplejekonsultationer i cyberspace kunne erstatte. Men mediet kan formes, så det kan blive et positivt supplement i udviklingen af sundhedsinformatikken.

*Lene Sigaard er ansat som klinisk oversygeplejerske på Geriatrisk/reumatologisk afdeling, Glostrup Hospital; lensig01@glo.regionh.dk*

*Janni L. Larsen arbejder som projektsygeplejerske og Lene Lauridsen som sygeplejerske på Reumatologisk Klinik, Rigshospitalet.*

*Anette S. Romdal er ansat som afdelingssygeplejerske, Radioterapiklinikken, Rigshospitalet.*

*Der er udarbejdet et abstract og en poster, hvor undersøgelsens resultater præsenteres. Interesserede læsere kan kontakte Lene Sigaard vedr. denne.*

### Litteratur

1. www.fdim.dk
2. Fox S. Fallows D. Internet Health resources. Pew Internet & American Life Project, 2006, www.pewinternet.org
3. Langer HE. Rheumatology goes online. Abstract, Eular 2004. Kan findes via www.eular.org
4. Nielsen S. Eidner A. Dørup JG. Patienternes brug af Internettet i danske praksis. Ugeskrift for læger 167/23 – 6. juni 2005 p. 2515-2518.
5. Simonsen SS. Mænd, sundhed og sygdom: Ronkedorf-fænomenet. Klim, 2006.

### »» ENGLISH ABSTRACT

Sigaard L, Larsen JL, Lauridsen L, romdal AS. Patients make active use of the Internet. *Sygeplejersken* 2007;(22):56-61.

International studies show that information found on the Internet influences the choices subsequently made by patients. At the clinic we are also confronted to an increasing extent with information patients have found on the Internet. The purpose of this study is to examine rheumatoid arthritis (RA)-patients' use of, and attitude to, the Internet.

Method: 150 ambulant RA-patients (35 men, 115 women) completed a questionnaire about the way they use the Internet. Response percentage 100.

Result: 90 (60 %) (26 men, 64 women) use the Internet to search for information related to their illness. Men are significantly more regular users of the Internet than women ( $p < 0.05$ ).

The most frequently searched topics are: medicine, the future, illness, diet, sexuality and exercise.

Conclusion: More than half RA-patients search for information about illness, treatment and topics related to everyday life. Exactly what the patients need to know and what they expect in the way of information from health professionals requires a more in-depth, more qualitative study method.

Key words: IT, information, knowledge, Internet letter page, RA, arthritis,



# Center for kliniske retningslinjer under opbygning

AF VIBEKE KRØLL, SYGPLEJERSKE, MPH, INGE MADSEN, MASTER I SUNDHEDSINFORMATIK, OG PREBEN ULRICH PEDERSEN, SYGPLEJERSKE, PH.D.

**Artiklen henviser sig til dokumentationsansvarlige og sygeplejefaglige ledere, men er relevant for alle sygeplejersker. Hovedbudskabet er, at samarbejdet mellem praksis og et nyt nationalt center for kvalitetsvurdering af sygeplejefaglige kliniske retningslinjer udgør en af de største faglige udfordringer i dansk sygepleje nogensinde. Centret hedder "Center for kliniske retningslinjer - nationalt clearinghouse for sygepleje" og placeres i tilknytning til Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet.**

Artiklen beskriver baggrund og indhold ved etablering af et nationalt "clearinghouse" til vurdering af kliniske retningslinjer.

At klare en klinisk retningslinje betyder at sikre retningslinjens videnskabelige evidens, konsistens og relevans. Og et clearinghouse er en faglig organisation, hvor sygeplejersker kan indsende de kliniske retningslinjer, de udarbejder, og hvor det bliver vurderet, om kvaliteten er så god, at retningslinjen kan anvendes andre steder. Hvorved der spares mange kræfter på de enkelte hospitaler.

En klinisk retningslinje defineres som systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer (1). Kvaliteten af den kliniske retningslinje i sygepleje har derfor direkte betydning for den kvalitet, patienten tilbydes.

Internationalt er der allerede oprettet flere clearinghouses (2). Det danske clearinghouse er netop blevet døbt og kommer til at hedde: "Center for kliniske retningslinjer - nationalt clearinghouse for sygepleje."

## Længe savnet

I Danmark arbejdes der i disse år intenst med dokumentation af den sundhedsfaglige ydelse. I 2002 blev Klaringsrapport om dokumentation og kvalitetsudvikling udgivet (3). Klaringsrapporten blev i 2003 fulgt op af Retningslinier for føring og opbevaring af sygeplejelogbøger (4). Disse retningslinjer er igen fulgt op af Vejledning for sygeplejefaglige optegnelser, der udkom fra Sundhedsstyrelsen i 2005 (5).

Dansk Sygeplejeselskab (dasys) tog i forlængelse af dette initiativ til nedsættelse af et Nationalt dokumentationsråd for sygepleje (se mere herom på [www.dasys.dk](http://www.dasys.dk)). Rådet har sat særlig fokus på kvaliteten af de kliniske retningslinjer, fordi de sygeplejefaglige retningslinjer

- er af varierende kvalitet
- har begrænset evidens
- i for ringe grad publiceres
- har forskellige handlingsanvisninger i forhold til samme sygeplejefaglige problemfelt.

Udarbejdelse af en evidensbaseret klinisk retningslinje er et omfattende arbejde, der kræver faglig kompetence, systematik og metodekendskab. Det er derfor hensigtsmæssigt, at der iværksættes initiativer, der kan øge kvaliteten af de kliniske retningslinjer i sygepleje og samle kræfterne. Konkret vil det betyde, at kliniske retningslinjer som for eksempel håndhygiejne, kvalme, lejrning etc. udviklet på et sygehus kan kvalitetsvurderes og publiceres, så sygeplejersker på et andet sygehus i lan-

det kan benytte dem og dermed ikke selv behøver at bruge kræfter på at udarbejde retningslinjer inden for samme emne.

## Placering i universitært regi

Udenlandske erfaringer har vist, at det er hensigtsmæssigt, at et clearinghouse placeres i universitært regi. Derved skabes mulighed for en tæt kobling mellem forskning, uddannelse og klinisk praksis. Via dette kan der hentes potentiale for identifikation af nye forskningsområder inden for sygepleje.

Det har derfor været Dokumentationsrådets og dasys' ønske, at centret placeres i universitært regi. I slutningen af 2006 blev der derfor taget initiativ til et samarbejde med Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet. Primære interessenter forventes at være sygehusvæsenet, men det øvrige sundhedsvæsen forventes på sigt både at bidrage og drage nytte af centret.

## Kræfterne for evidensbaseret praksis samles

Det overordnede formål med centret er at samle kræfterne, så sygeplejen i højere grad baseres på evidensbaseret praksis, dvs. at kvaliteten af den sygepleje, patienterne modtager, øges.

Formålet med centret i Danmark er:

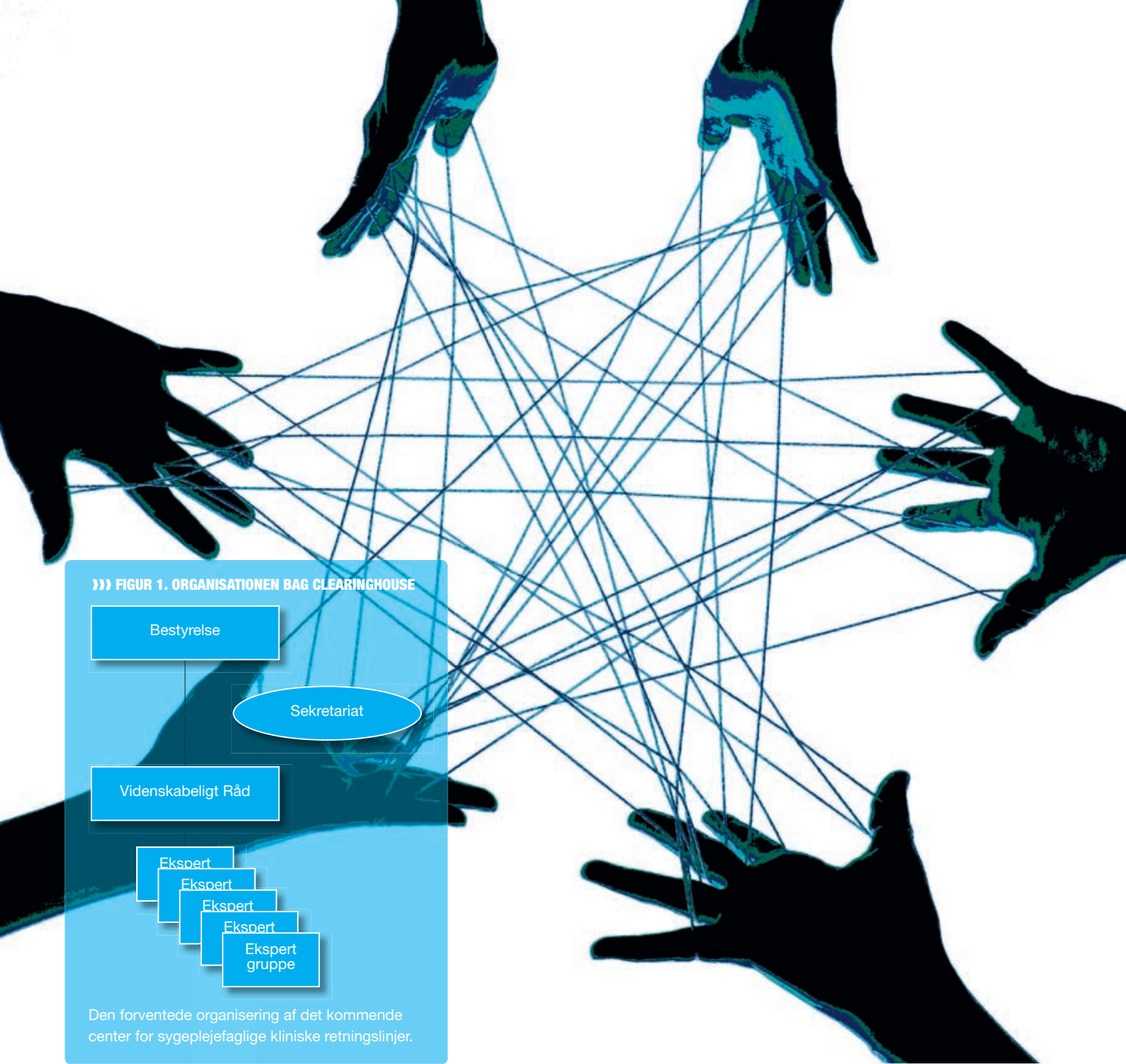
- at kvalitetsvurdere (fagligt og metodisk) kliniske retningslinjer inden for sygepleje
- at oprette og vedligeholde en base af godkendte sygeplejefaglige kliniske retningslinjer
- at indgå i et nationalt og internationalt samarbejde om udvikling af kliniske retningslinjer
- at udpege områder for en fremtidig forskningsindsats
- at iværksætte og indgå i forskningsaktiviteter på nationalt og internationalt niveau
- at iværksætte og indgå i undervisningsaktiviteter med henblik på at styrke kvaliteten og udviklingen af kliniske retningslinjer
- at formidle viden om eksisterende kliniske retningslinjer.

## Centret ejes af dasys

Organisationen af centret foreslås at se ud, som det fremgår af figur 1 på næste side. Den endelige organisation vil blive endeligt besluttet af den kommende bestyrelse.

### Bestyrelse

Centret ejes af dasys. Der nedsættes en bestyrelse bestående af syv medlemmer. Formanden for dasys er formand for bestyrelsen og det forventes, at bestyrelsen derudover består af medlemmer indstillet af Dokumen-



»» FIGUR 1. ORGANISATIONEN BAG CLEARINGHOUSE



Den forventede organisering af det kommende center for sygeplejefaglige kliniske retningslinjer.

ILLUSTRATION: CORBIS

tationsrådet, chefsygeplejerske-/sygeplejedirektørkredsen, uddannelsesinstitutioner, Sundhedsstyrelsen og Dansk Sygeplejeråd.

#### Videnskabeligt Råd

Der etableres et videnskabeligt råd, sammensat af repræsentanter for forskere og praktikere. Rådet består af ni medlemmer fra universiteter og personligt udpegede, alle med videnskabelig kompetence. Formanden skal være forskningspolitisk kyndig.

Det er formelt det Videnskabelige Råd, der indstiller de kliniske retningslinjer til godkendelse af bestyrelsen.

#### Sekretariat

Der oprettes et sekretariat, som tilknyttes Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus

Universitet. Der ansættes en daglig akademisk leder af dette sekretariat (på lektorniveau), og på længere sigt vil én eller flere personer blive tilknyttet. Alle ansættelser i centret er tidsbegrænsede, foreløbig i en periode på fem år.

#### Procedure for godkendelse af retningslinjer

Kliniske retningslinjer kan indsendes til bedømmelse, når den pågældende afdelingsledelse/ansvarlige for sygeplejen har signeret for denne. Denne formalitet er alene for at sikre ledelsesforankring. Skønner sekretariatet, at den kliniske retningslinje lever op til gældende

”Kvaliteten af de kliniske retningslinjer i sygepleje har direkte betydning for den kvalitet, patienten tilbydes.”

”Kliniske retningslinjer som f.eks. håndhygiejne, kvalme, lejring etc. udviklet på et sygehus kan kvalitetsvurderes og publiceres, så sygeplejersker på et andet sygehus i landet kan benytte dem og dermed ikke selv bruge kræfter på at udarbejde retningslinjer inden for samme emne.”

» standard, nedsættes en ekspertgruppe, som foretager bedømmelsen. Ved dannelse af ekspertgruppen sikres faglig indsigt i retningslinjens emne og indgående kendskab til den/de metoder og anbefalinger, der beskrives i retningslinjen. At være bedømmer for clearinghouse kan betragtes som meriterende.

Bedømmelse foretages ud fra AGREE-instrumentet (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation) (6), som er et universelt og internationalt redskab til at vurdere den metodologiske kvalitet af kliniske retningslinjer.

Når ekspertgruppen og det videnskabelige råd har ”godkendt” retningslinjen, indstilles til bestyrelsen, at den kliniske retningslinje opfylder kravene. Herefter offentliggøres retningslinjen på hjemmesiden, hvorfra den kan downloades.

Når en gruppe af sygeplejersker vil i gang med en given klinisk retningslinje, tjekkes først på hjemmesiden, om der allerede er udarbejdet en retningslinje inden for den kliniske problemstilling. Er der ikke det, meldes der til sekretariatet, at man vil gå i gang, hvorefter det vil fremgå af hjemmesiden, at der er ved at blive udarbejdet en retningslinje inden for et givent felt, ligesom deadline for færdiggørelse vil fremgå.

### Forventer snarlig åbning

Den endelige etablering af ”Center for kliniske retningslinjer – nationalt clearinghouse for sygepleje” er nært forestående. Planen er, at centret starter den 1. januar 2008. Samarbejdet med universitetet har været yderst konstruktivt, og rammerne er aftalt og lagt fast. Der er indgået en aftale med de danske hospitaler om medfinansiering af centret, ligesom Dokumentationsrådet har været i kontakt med DSR om evt. økonomisk støtte. Men i skrivende stund mangler endnu den helt endelige aftale med parterne.

I første omgang retter centrets aktiviteter sig mod det psykiatriske og somatiske sygehusvæsen. Men set i et patientforløbsperspektiv vil det være meget udbytterigt, at også kommunerne ville indgå som aktør i centret.

Dokumentationsrådet har netop afholdt den årlige dokumentationskonference med godt 300 deltagende sygeplejersker og sygeplejefaglige ledere (se [www.dasys.dk](http://www.dasys.dk)). Denne årlige dokumentationskonference vil fremover få en væsentlig rolle i forhold til udbredelse og drøftelse af udarbejdede kliniske retningslinjer, så implementering af dem i højere grad kan sikres.

Med placeringen af centret i universitært regi vil mulighederne for decideret uddannelse i at udarbejde kliniske retningslinjer være gode. Emnet skal således være en del af undervisningstilbuddet på både master- og kandidatuddannelse, ligesom det vil være muligt at etablere deciderede masterclasses i emnet. Herudover håber vi, at CVU’erne i Danmark vil inddrage emnet i diplomuddannelserne. Når centret er etableret, vil vi nærmere beskrive, hvordan danske sygeplejersker konkret skal forholde sig, når de vil indsende en klinisk retningslinje.

Der venter en utrolig faglig udfordring i dansk sygepleje – en udfordring, der på alle måder skal og vil gavne fremtidens patienter.

*Vibeke Krøll er chefsygeplejerske på  
Århus Universitetshospital Skejby.*

*Inge Madsen er ansat som*

*EPJ-implementeringsleder samme sted.*

*Preben Ulrich Pedersen er lektor ved afdelingen for  
Sygeplejevidenskab, Institut for folkesundhed,*

*Aarhus Universitet.*

*De tre forfattere er alle medlemmer af  
dasys’ dokumentationsråd.*

### >>> ENGLISH ABSTRACT

Krøll V, Madsen I, Ulrich Pedersen P. Centre for Clinical Guidelines under construction. *Sygeplejersken* 2007;(22):62-4.

This article describes the background for the establishment and organisation of Danish nursing’s first clearing house. The initiative for the clearing house came from the Danish Nursing Society, dasys’s, Documentation Council. To be called the ”Centre for Clinical Guidelines – National Clearing House for Nursing Science,” it will be housed at the Department of Nursing Science at Aarhus University.

The overall purpose of the Centre is to gather the resources necessary enable Nursing to be based to a higher degree on e-knowledge based practice, i.e. to improve the quality of the nursing care patients receive. The centre will facilitate sharing of Danish nursing knowledge and skills and to build a bridge between training, research and clinical practice.

Inauguration of the Centre is planned for 1 January 2008. The organisation will consist of a board, a scientific council and expert groups.

Key words: Clinical guidelines, clearing house, nursing.

### Litteratur

1. Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og definitioner. København: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, 2003.
2. Eksempler på internationale clearinghouses: National Guideline Clearinghouse, [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov) <link OK 210807hra> og The Joanna Briggs Institute, [www.joannabriggs.edu.au](http://www.joannabriggs.edu.au) <link OK 210807hra>
3. Laustsen S, Krøll V, Madsen I, Ottesen, B: Klaringsrapport om dokumentation og kvalitetsudvikling. København: Dansk Sygeplejeråd, 2002.
4. Retningslinjer for føring og opbevaring af sygeplejournals. København: DGMA og Dansk Sygeplejeråd, 2004.
5. Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
6. AGREE. Vurdering af kliniske vejledninger. AGREE-instrumentet. The AGREE Collaboration, september 2001 [www.agreecollaboration.org](http://www.agreecollaboration.org) <link OK 210807hra>



## Et højt fagligt niveau

Denne bog er anden udgave af en bog med samme titel fra 2000. Der er sket en ganske omfattende revision, og den nye udgave er desuden suppleret med helt nye, aktuelle emner. Bogens formål er at beskrive dokumentation og kvalitetsudvikling. Ordentlig dokumentation og fortløbende kvalitetsudvikling ses som forudsætninger for det gode patientforløb. Med bogen ønsker forfatterne at medvirke til at optimere sundhedsvæsenets ydelser til patienten.

Bogen er bygget op som en håndbog. Den fungerer fint som opslagsbog, og de enkelte kapitler giver selvstændig mening.

De 14 kapitler er skrevet af forskellige forfattere, der hver især har stor ekspertise inden for de områder, de beskriver, hvilket giver et højt fagligt niveau. På trods af de mange forfattere er det i høj grad lykkedes at redigere bogen, så den fremstår både sprogligt og indholdsmæssigt sammenhængende.

Bogen beskriver det historiske perspektiv, den forskningsmæssige baggrund samt den juridiske og etiske dimension af dokumentation i sygeplejen. Der er fine kapitler om evidensbaseret praksis og om vurdering af forskellige typer af publikationer. Kapitlet om elektronisk patientjournal er i denne udgave suppleret med en række illustrationer, der viser eksempler på skærmbilleder i den elektroniske journal.

Bogens sidste kapitler handler om kvalitetsudvikling og beskriver en række metoder til såvel kvalitetssikring som kvalitetskontrol. Bogen giver endvidere en grundig beskrivelse af kompetencebegrebet og arbejdet med kompetenceudvikling.

”Dokumentation og kvalitetsudvikling” er en yderst relevant bog.

Udviklingen i sundhedsvæsenet drejer sig mere end nogensinde om kvalitet i patientforløbet og i de enkelte sundhedsydelser. Fra politisk side stilles bl.a. krav om sammenhængende patientforløb med faste kontaktpersoner og om dokumentation og kontrol af den opnåede kvalitet. Patienterne ønsker høj kvalitet, kontinuitet, sikkerhed, ordentlig information og fleksibel planlægning.

Bogen giver masser af faktuel viden og også inspiration til at komme videre med arbejdet i klinisk praksis. Enkelte kapitler kunne dog med fordel suppleres med flere eksempler fra den kliniske hverdag. Det kunne være eksempler på konkrete ændringer som følge af kvalitetsudviklingsprojekter. Et andet område, der har betydning for kvalitet i den kliniske praksis, er patientsikkerhed. Dette er kun meget kort beskrevet i bogen. Der findes mange eksempler på rapportering af utilsigtede hændelser, der fører til øget kvalitet.

”Dokumentation og kvalitetsudvikling” er en del af serien ”Lærebog for sygeplejestuderende.” Bogen er læseværdig for såvel sygeplejestuderende som færdiguddannede sygeplejersker, ligesom en række kapitler også kan anbefales til andre faggrupper inden for sundhedsprofessionerne.

*Af Birgitte Goldschmidt Mertz, kvalitetskoordinator, ansat på Finsencentret, Rigshospitalet.*



Ingrid Egerod (red.)

Lærebog for  
sygeplejestuderende  
Dokumentation og  
kvalitetssikring

2. udgave 2007

Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck  
205 sider – 299 kr.

ISBN: 978-87-17-03954-4

## Evaluering af fuglesang og venlighed

Antropologen *Karen Lisa Salamon* har sat luppen på den danske hverdag, hvor hun har iagttaget managementbølgens indtog med krav om, at livet skal leves effektivt og ansvarligt. Den systematiske managementtænkning, som holdt sit indtog i begyndelsen af forrige århundrede og betød en øget effektivisering i industrisamfundet, ser hun nu udfoldet i alt lige fra sygepleje, folkeskole, politik til familielivet. Hvem kender ikke til familiekalenderen, der styrer familiens mange aktiviteter effektivt, til skridttællere, pulsmålere, eksplosionen i antallet af coaches og de områder, der søges effektiviseret og strømlinet. Der er i dag en forventning om, at det enkelte menneske udviser fleksibilitet, ansvarlighed, selvkontrol og sætter sig nogle mål og udnytter tiden optimalt. Alt gøres op i bløde og hårde værdier.

Bogens titel – Selvmål – indikerer, at der er en fare ved denne effektivisering af ressourcerne i både virksomheder, familielivet og i den offentlige sektor, idet de værdier, der ikke kan måles, kvantificeres og sættes på formel, risikerer at blive glemt. Hun nævner bl.a. den effektivisering, som hjemmehjælperens arbejdstid har undergået, hvor tid til en kop kaffe ikke betragtes som effektivt udnyttet og derfor lades ude af betragtning, når der skal sættes tid af. Stress og udbrændthed ses som et resultat af denne udvikling.

Karen Lisa Salamon efterlyser mere menneskeligt kaos

i privatlivet og på arbejdspladsen. Plads til aktiviteter og tid, som ikke er planlagt med et bestemt formål. Plads til legen, det sjove, pjattede og ustrukturerede.

Hun mener, at hvis vi accepterer, at markedsøkonomien er styrende, så må konsekvensen være, at der skal udvikles metoder, så man kan måle og evaluere venlighed, et klap på kinden og fuglesang. Eller også må vi afvise konstant effektivisering og selvevaluering og i stedet give plads til menneskeligt kaos og leg.

Interessant er det også, at man for nogle årtier siden talte om fritidssamfundets indtog med livsformer, som skulle gøre op med industrisamfundets tidsrytmer og sætte den enkelte fri til at dyrke hobbyer, ferieliv og kultur. Det ændrede arbejdsbehov i samfundet ser ud til at have aflyst denne dagsorden.

Karen Lisa Salamon leverer en kritisk samfundsanalyse med denne debatbog. Det er en analyse, der berører os alle. Man nikker genkendende til det meste og får lyst til at reagere imod de tendenser, hun liner op.

Det er en lille og letlæselig bog, der med fordel kan medbringes på sommerferien, inden man sammen med familien og kollegerne evaluerer sine daglige prioriteter.

*Af Anne klinte, sygeplejerske og cand.scient.soc., ansat i PsykoVision.*



Karen Lisa Salamon

Selvmål – det evaluerede liv

Gyldendal 2007


168 sider – 149 kr.

ISBN 978-87-02-05716-4

## Balancen på autoritetsbommen er en vanskelig sag



Thorkil Molly-Søholm,  
Andreas Granhof Juhl,  
Jakob Nørlem, Jacob Storch,  
Asbjørn Molly-Søholm  
**Lederen som teamcoach**  
Børsens Forlag 2007  
112 sider – 199 kr.  
ISBN 978-87-7664-244-0

 Hvad er et team? Hvad er en teamcoach? Hvad er en teamchef?

I denne bog præsenterer forfatterne en del definitioner og beskrivelser af team og de mekanismer, der skaber udvikling og bevægelse i processer. Fokus er rettet mod lederen som teamcoach og ikke som traditionel chef, der kan træffe alle beslutninger. Teamcoachens fornemste opgave er at få en samling individer til at gå i samme retning og få de mange fagfolk til at spille sammen lige så elegant og smukt, som når et orkester yder sit ypperste. Bogen giver mange praktiske bud på, hvilke teknikker en leder kan bruge, når hun er teamcoach. Ligeledes beskrives forskellen mellem at være teamchef og teamcoach.

At balancere på autoritetsbommen er en vanskelig sag. Det kan være meget svært at holde balancen mellem at være teamchef og teamcoach. Teamcoachen uddelegerer medledelse til teamet uden at abdicere fra sin egen chefposition. Man skal kunne håndtere begge ledelsespositioner simultant. Team betyder på ingen måde en overflødiggørelse af lederrollen. Blot en ændring i lederrollen. Til denne balanceøvelse præsenteres en række teknikker, bl.a. den anerkendende tilgang (Appreciative Inquiry), hvor man systematisk lærer af succeser i organisationen og med fordel kan anvende visuelle symboler til at strukturere planlægning, projektstart, idéudvikling og prioritering. Hertil giver forfat-

terne en række praktiske eksempler, og beskriver cases fra arbejdspladser. Forfatterne gør det klart, at traditionel coaching drives af meget få ledere. Fordi en leder indkalder medarbejdere/team til coachingsamtaler én til to gange om året, er det langt fra det samme som at indtænke coaching som en overordnet, sammenhængende ledelsesmodel.

Bogen kan inspirere og bringe diverse appetitvækkere til spændende processer, hvis man i afdelingen skal give ressourcepersonerne lidt sus og gejst til at springe på de mange forberedende processer, som den kommende akkreditering kræver eller til udarbejdelse af handleplaner efter kerneårsagsanalyser. Enhver opgave kan blive levende, hvis processen drives professionelt.

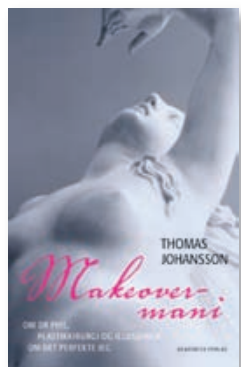
Er man ikke interesseret i begrebet team, kan man læse bogen med blikket rettet mod kommunikationsteknikker eller få lidt krydderi til, hvordan man gør processer interessante.

Bogen er kort og kan give inspiration. Teoretisk skyts og analytiske pointer må man hente i andre bøger, der vejer lidt mere end denne.


Af Gitte Lindermann, cand.scient.pol. og sygeplejerske.

Gitte Lindermann er specialkonsulent i Region Hovedstaden og ekstern lektor på Institut for Statskundskab, Københavns Universitet.

## Dokumenteret undren uden løsninger



Thomas Johansson  
**Makeovermani**  
– om Dr. Phil, plastikkirurgi og  
illusionen om det perfekte jeg  
Akademisk Forlag 2007  
211 sider – 249 kr.  
ISBN 978-87-500-3916-7

 Forfatteren undrer sig over det moderne menneskes jagt på at leve et perfekt liv og have et perfekt udseende. I flere tv-programmer ser forfatteren tendensen, især er han fascineret af *Dr. Phil's* tv-program, hvor mennesker med alvorlige psykosociale problemer får løst det hele på en halv times udsendelse. *Dr. Phil's* måde at håndtere psykiske problemer på er i stærk kontrast til *Freuds* psykoanalyser, hvor mennesker var i behandling flere gange ugentlig over mange år.

For at forstå hvad der er sket inden for psykoterapiområdet, beskriver forfatteren den historiske udvikling fra Freud til i dag. Tendensen er, at psykoterapiforløbene er blevet kortere og sprogligt enklere. Psykoanalysen var tidligere forbeholdt de rige, nu går alle i terapi, også mennesker med almindelige, eksistentielle problemer. Dette afspejler sig også i vores sprog, hvor afgørende livsbegivenheder har fået psykologiske titler, nu taler alle om kriser, mestring, coping og coaching.

På det legemlige område kræver det moderne menneske en perfekt krop, og mange er villige til at få foretaget plastikkirurgiske indgreb for at få det rigtige udseende, disse indgreb er fordoblet i USA inden for de sidste seks år.

Industrien, der beskæftiger sig med slankekur, er stor, der tjenes mange penge på, hvad forfatteren mener mest er fup. Selv BMI-udregningen finder han ingen

evidens for. Alligevel er vi alle optaget af at veje det rigtige. I fitnesskulturen træner mange ud over, hvad der er sundt for at få en krop, som ser perfekt ud.

For at forstå denne stræben efter det perfekte ser forfatteren på, hvem det moderne menneske er. Det moderne menneske er fri af traditioner og skal skabe sig selv, det er et grænseløst menneske. Denne ydre frigørelse fører ikke automatisk til en indre frigørelse. Nutidens mennesker kan ikke holde uvisheden ud. De har brug for en forklaring. Selvhjælpsindustrien tilbyder forklaringer og løsninger i hobetal. Som forfatteren skriver: Nogle drikker alkohol, andre sætter sig med en bog af *Dr. Phil* eller *Deepak Chopra*. Den terapeutiske kultur og illusionen om at skabe det perfekte jeg i den perfekte krop har frit spillerum.

Forfatteren kommer ikke med nogen løsninger, vi får hans dokumenterede undren, og han har samlet mange spændende data både fra psykologien, socialpsykologien, sociologien og psykoterapien. Han mener, det er væsentligt, at alle behandlere, alternative som etablerede, tænker over, hvad de gør, at de overvejer, hvilken filosofi der ligger bag deres handlinger, og prøver at se deres egen ageren i en samfundsmæssig kontekst.

Bogen er let at læse og meget tankevækkende.

Af Berit Fekkes, psykoterapeut MPF og sygeplejerske.

## Ufed bog

”Man kan håbe, at enkelte i sundhedssystemet kunne få lyst til at læse bogen for at få en smule viden om, hvad det vil sige at være overvægtig, samt hvilke begrænsninger og muligheder en drastisk løsning som fedmekirurgi giver,” lyder det i bogen.

*Katja Karlsen*, du er hermed taget på ordet.

De overvægtiges kamp med stramme diæter, hypnose, livsstilsophold, indtag af medicin, fokus på psyken og motionens betydning beskrives. Forfatteren postulerer, at samfund, medier og slankeindustri har negativ betydning for det at være overvægtig, for overvægtige ved godt, hvad der skal til for at tabe sig, alt er prøvet. Alligevel oplever de overvægtige den ene fiasko efter den anden i deres forsøg på at reducere og fastholde en lav vægt, men nu findes løsningen på problemet: Fedmeoperationer. Overvægtige beretter om deres liv som overvægtige før og efter operationen illustreret ved før og nu-billeder. Fælles for de overvægtiges oplevelser 6-12 måneder efter operationen er vægttab.

I bogen omtales de overvægtige som ”man.” Det kan give indtryk af, at alle overvægtige er i samme båd. Derved kan de overvægtige føle sig stigmatiserede, fordi forfatteren ikke redegør for sin egen position i forhold til overvægt og for sine kilder. På den anden side kan overvægtige læsere genkende det beskrevne.

Mange spørgsmål rejser sig. F.eks. får vi ikke meget at vide om, hvordan fremtiden er for de fedmeopererede set i lyset af kampene med diæt og motion før operationen. Kampen, der stadig er nødvendige efter operationen, hvis vægten skal holdes. Som sygeplejerske må jeg spørge: Har de fedmeopererede ikke fået endnu et problem at bekæmpe, en opereret krop?

Forfatteren skriver, at fedmeoperationer er en drastisk beslutning for de overvægtige. I et sygeplejersperspektiv kunne muligheder, begrænsninger og komplikationer med fordel have været uddybet, for at sygeplejersker kunne tage initiativ til forebyggende og sundhedsfremmende indsatser.

Jeg savner mere viden om fedmeoperationer, fordi ventelister viser, at flere overvægtige påtænker en operation, og fordi operationerne i bogen primært beskrives positivt.

”Det er ikke let at være overvægtig, det føles som en konstant kamp. En kamp for accept fra samfundets side,” hedder det i bogen. Samfundets tilbud om fedmeoperationer kan netop forstås som en accept af, at de overvægtige har et problem, sundhedsvæsenet er nødt til at reagere på pga. øgede udgifter til følgesygdomme. Prisen for samfundets accept er, at de overvægtige lader sig operere. En drastisk løsning, der kan vise sig at være en kamp for livet, fordi fedmeoperationer er et nyt tilbud til de overvægtige, og begrænsninger og konsekvenser endnu ikke er kendt.

Bogen kan modtages positivt af de overvægtige, fordi de kan finde fællesskabsfølelse og information om overvægtsproblematikker og fedmeoperationer.

Sygeplejefagligt er det en bog, der ikke bidrager med mere viden om, hvad det vil sige at være overvægtig. Ej heller uddyber forfatteren de fysiske og psykiske muligheder og begrænsninger ved fedmeoperationer, som personalet i sundhedsvæsenet indledningsvis stilles i udsigt.

*Af Helen Frost, adjunkt, cand.cur.  
ansat på CVU Syd,  
Videncenter for Sundhed.*



Katja Karlsen

**Sulten efter livet**

Forlaget mellemgaard 2007

192 sider – 220 kr.

ISBN 978-87-919-3329-5

# DLS

## Er du leder i sundhedssektoren?

### Eller vil du gerne være det?

### Så er DLS noget for dig

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

DLS udbydes i hele Danmark.

I januar 2008 starter vi hold i:

Gentofte  
Herlev  
Næstved  
Odense  
Århus

Der er tilmeldingsfrist 1. december 2007.

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

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

**CEUS**  
Handelshøjskoleafdeling





**Temaet er fødselsdepressioner, test dig selv eller din kollega.**

**1** *Hvor ofte opstår en depression hos moderen den første måned efter en fødsel?*  
 a. Lige så ofte som hos kvinder generelt.  
 b. Tre gange så ofte som for kvinder, der ikke er gravide.

**4** *Hvilke af følgende medikamenter er dokumenteret virksomme ved fødselsdepression?*  
 a. Østrogen.  
 b. De antidepressive midler fluoksetin og paroksetin.

**3** *Hvad er prognosen for fødselsdepression?*  
 a. Hos de fleste går fødselsdepressionen over af sig selv i løbet af 3-6 måneder, men hver fjerde deprimerede moder har fortsat symptomer efter et år.  
 b. Fødselsdepressionen går ofte over i en mere varig depression.

**2** *Hvilke af følgende er risikofaktorer for at udvikle en fødselsdepression?*  
 a. Hvilken som helst psykisk lidelse tidligere i livet, herunder en aktuel belastende begivenhed og problemer i ægteskabet.  
 b. Man kender ikke risikofaktorerne.

**5** *Hvilke følger kan fødselsdepressionen få for barnet?*  
 a. Svækket kognitiv og emotionel udvikling, nedsat sandsynlighed for sikker tilknytning, dårligere samspil mellem mor og barn.  
 b. Der er ingen følger for barnet.

Se svarene på TESTEN side 54



# Informationsmøder

Velkommen til mere viden om spændende jobs og store oplevelser

Grønlands Sundhedsvæsen inviterer til en række **informationsmøder** for dig, der overvejer - eller måske bare gerne vil høre lidt mere om - hvad det vil sige at bo og arbejde i **Grønland** i en kortere eller længere periode.

Vil du give dig selv og din familie en **storslået** oplevelse, som varer hele **livet**? Så kan du bruge din faglige baggrund som billet. Kom og hør mere, og mød bl.a. Chefsygeplejerske Ella Skifte (Kystledelsen), Forstander Inuuti Fleischer (Aasiaat) og Afdelingsleder Lise Egede (Kystledelsen), som kan fortælle om job- og **karrieremuligheder**. Om faglige og personlige **udfordringer**. Om livet i Grønland. Om netværk. Om alt muligt på og omkring et sygehus i Grønland. Vi byder - udover det faglige - også på lidt mundgodt i form af lækre grønlandske specialiteter.

**20. NOVEMBER I KØBENHAVN:** Kl. 15.30-18.00  
 Nordatlantens Brygge, Strandgade 91, øverste etage.


**21. NOVEMBER I ODENSE:** Kl. 15-17  
 Det Grønlandske Hus, Hunderupvej 61, Odense C

**22. NOVEMBER I ÅRHUS:** Kl. 15.30-18.00  
 Det Grønlandske Hus, Dalgas Avenue 52, Århus C

Tilmelding senest mandag den 12. november til Per Jørgensen, tlf. 32 83 38 47 eller på email: [pjghsdk@gh.gu](mailto:pjghsdk@gh.gu)



## Et stærkt dokument, der kan mindske brug af tvang

 Kom patienten i bælte, fordi du, med din attitude eller det, du sagde, blev mistolket af patienten? Sådan sat lidt på spidsen.

Andet bind af fem om relationer i psykiatrien har empatien som sit omdrejningspunkt. Den teoretiske forståelse og kontekst for empatiens væsen og baggrund gennemgås i denne bog. Det er et stærkt dokument, eller sagt på en anden måde, grundigheden, hvormed empati er forklaret, tåler ikke mange sammenligninger. Bogen samler de teoretiske overvejelser fra andre forfattere og *Thorgaards* egne erfaringer.

Empatiens grundvilkår handler om behandlerens evner. Der er ting, der teoretisk kan og skal læres. Men det er i virkeligheden den tid, man er sammen med patienten, de medfødte og lærte evner til empati skal folde sig ud. Det kræver ressourcer fra behandleren, men i lige så høj grad fra kollegaer, der velvilligt skal stille spørgsmål til behandlerens rolle og empathiske indlevelsessevne.

Dette bind forklarer empatien som behandlerens/kontaktpersonens mentale berøring af patienten, der muliggør indlevelse i selv den mest psykotiske patients virkelighed og hermed en begyndende forståelse af symptomerne og ikke mindst baggrunden for dem.

Afsnittet om overføring og modoverføring er særligt væsentligt, da det tydeliggøres, hvilke mekanismer der er på spil i den mellem menneskelige relation. Det er således her, kontaktpersonen med sine følelser, selvindsig, erfaring og viden giver sig selv i relationen med det psykisk syge medmenneske.

En af de beskrevne metoder er relationsdiagnosen. Den er, anvendt rigtigt, et særdeles stærkt redskab, der bl.a. afdækker patientens evne til kontakt med personalet. I det arbejde analyseres relationen, der er betinget af empati. Analysen giver nogle svar på, hvordan patienten hjælpes, og der sættes mål for den videre behandling. Det betyder, at kontaktpersonen i relationen har værktøjer til at hjælpe og vejlede patienten til bedring af sin sindslidelse. Men for at kunne anvende relationsdiagnosen effektivt skal empatien trænes, og kontaktpersonen superviseres. Supervisionen skal bl.a. bruges til at se indad i og erkende egne begrænsninger og muligheder.

Det er spændende og svært stof. Som uerfaren vil man tænke, at det er ren fiktion, hvis der ikke i bogen var eksempler på, hvordan man har hjulpet patienter ud fra de teoretiske overvejelser og velbeskrevne metoder. Den erfarne tænker, at det er opløftende at læse, for det er netop sådan, praktisk psykiatri skal udføres, hvad enten det er på den akutte afdeling, den åbne afdeling eller i den psykoanalytiske klinik.

Jeg er ikke i tvivl om, at tvangen i psykiatrien kan mindskes betydeligt, hvis de beskrevne metoder implementeres i de psykiatriske afdelinger. Men det kræver altså viden og enighed om, at metoderne anvendes konsekvent.

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



Lars Thorgaard

**Empatiens bevarelse i relationsbehandlingen i psykiatrien**

Bind 2 af 5

PsykiInfo

2. udgave 2007

328 sider – 299 kr.

(alle 5 bind – 1.099 kr.)

ISBN 978-82-93023-33-4

psykoterapeutisk  
institut århus

Grundlagt af Christine Byriel  
psykoterapeut MPF

Psykoterapeutisk uddannelse

- 2-årig grunduddannelse
- 3. og 4. års overbygning
- Assertion, supervision, klinik

Telefon 7021 3140  
www.piaa.dk

### Perfektion i sigte! Optikservice

Alle gængse fabrikater



OBS! Nu også HD Scoper

### Prøv et uovertruffet servicekoncept med lynhurtig ekspedition

Reparation eller byt til nyt efter tilbud  
Step by step reparations status & grafik

- Arthroskopi
- Otolaryngologi
- Cystoskopi
- Spinal kirurgi
- Laparoskopi
- M.fl.

Kontakt os venligst for mere  
information ☎ 7026 0004

Anæstesi, intensiv & kirurgi  
Flere end 20.000 artikler



### Uddannelse til Ernæringsterapeut

Ny opstart  
september 2008.

Se mere på vores  
hjemmeside  
www.cetcenter.dk

Center for Ernæring & Terapi  
Hejrevej 39  
2400 København NV  
Tlf.: 38 33 10 99



5 FAGLIGE MINUTTER SKRIVES PÅ SKIFT AF FIRE SYGEPLEJERSKER:



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



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



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



Birgitte Harild,  
sygeplejerske,  
leder af visitations-  
afdelingen i Frede-  
riksværk/Hundested  
Kommune.

## Kartoflerne på Samsø er sundere end befolkningen

Når det gælder rygning, er min karakterstyrke som et knækket sugerør. Undskyldningen denne gang var en 50-års-fødselsdag, hvor den sjoveste (og rygende) del af selskabet var samlet på altanen. De kortvarige følger af altanhyggen i form af en feberhægende forkølelse viste sig søndag eftermiddag. De langsigtede følger af rygningen fortrænger jeg som oftest, men det kan jo ikke blive ved.

Måske er løsningen et ophold på en ø, f.eks. Samsø? Havluft, friskfangede fisk, hjemmedyrkede økologiske kartofler og asparges samt timelange gåture må da være motiverende. Og de gæve, sunde øboere, der lever i overensstemmelse med den skønne natur, kan utvivlsomt vise vejen.

At nogle danske småøer er truet på grund af affolkning, ved jeg, men intet i min vildeste fantasi har rokket ved den overbevisning, at et ø-liv er et sundt liv. Des større var chokket, da jeg forleden dag stødte på Region Midtjyllands store sundhedsundersøgelse fra 2006 "Hvordan har du det?"

Beboerne på Samsø og øvrige småøer i Region Midtjylland har det rigtig skidt. Sammenlignet med regionens 18 andre kommuner får øerne dumpekarakter i forhold til selvvurderet helbred samt antallet af 1) dagligrygere, 2) mænd og kvinder med mindst en ud af tre risikable former for alkoholforbrug, 3) svært og moderat overvægtige og 4) antallet af personer, der dyrker idræt eller får anden motion i fritiden. Det gennemsnitlige antal af kroniske sygdomme pr. indbygger er da også det højeste i regionen.

Det kan dårligt blive værre, og som alle andre steder er der blandt øboerne en klar social ulighed i sundhedstilstanden, bl.a. betinget af en høj arbejdsløshed (selvom den er dalende). Der kunne derfor være rig grund for en afprøvning af de nys udsendte "Ønskekort – dialog om sundhed" fra Sundhedsstyrelsen, der er specifikt rettet mod kommunerne og deres udsatte grupper. Medarbejdere i ydelses- og jobcentre, aktiveringstilbud mv. forventes at bruge materialet og at varetage en del af den konkrete sundhedsvejledning.

Med ønskekortene skal man selv definere mål og midler og derved tage ejerskab i forhold til at ændre sine vaner. Til dette bruges tre farvestrålende kort med påskrifterne "det kan jeg godt lide," det vil jeg gerne opnå," og "det vil jeg gerne ændre" samt en bunke tomme hvide kort, hvor man løbende kan nedskrive forhindringer/erfaringer i kampen mod målet. Enkeltvis eller i gruppe forsøger man så at nå i mål. Gerne via en samarbejdsaftale, der følger med materialet, hvor man med sin underskrift angiver de ting, man selv vil gøre for at hjælpe sundheden på vej.

Selvom jeg hverken er på kontanthjælp eller førtidspension, var det vel muligt at få adgang til eksperimentet sammen med alle arbejdsløse rygere på Samsø, når de samles, og kortene skal lægges på bordet? I givet fald ville jeg fluks tage et tomt kort og skrive, at de kommunale forvaltninger ikke skal blande sig i min sundhedstilstand, når jeg kommer for at søge arbejde eller hæve min kontanthjælp. Sådanne gamle DDR-metoder øger ikke min motivation for rygestop, og når jeg bliver motiveret og søger den evt. nødvendige støtte, vil jeg ikke tales ned til via et overpædagogisk kortspil, hvor afsenderen åbenbart mener, at jeg er mere eller mindre sinke, fordi jeg tilhører en defineret udsat gruppe.

Så ved nærmere eftertanke skal Samsø ikke udsættes for et sådant eksperiment. Øboerne finder vel deres egen lokale vej, efterhånden som deres sociale og økonomiske omstændigheder for en god sundhed bedres. Selv bliver jeg hjemme og ser frem til nyopgravede Samsøkartofler næste sommer. Forhåbentligt røgfri.

er@dsr.dk

**"I givet fald ville jeg fluks tage et tomt kort og skrive, at de kommunale forvaltninger ikke skal blande sig i min sundhedstilstand, når jeg kommer for at søge arbejde eller hæve min kontanthjælp."**