

SYGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR. 19 » 21. SEPTEMBER 2007 » 107. ÅRGANG

KORT NYT
Hvide faner
for velfærd

Skru ned for
forventningerne
til OK 08

 Connie
skal mere
på banen

FAG
Tegn på,
at døden
nærmer sig

Undgå vold og skældsord

Flere og flere sygeplejersker risikerer at blive udsat for et verbalt eller fysisk overfald. Vi tegner et billede af de aggressive patienter og ikke mindst, hvordan de bedst kan håndteres.





28



30

ARTIKLER

28 Specialist i at visitere demente borgere

I Københavns Kommune er flere af visitatorerne specialister på hver deres fagområde. Derfor kommer kollegerne til Hanne Hein, hvis de har spørgsmål i forbindelse med demente borgere.

30 Sov godt

Hver femte dansker lider jævnligt af søvnløshed. En stor del af problemerne kan afhjælpes med gode vaner frem for sløvende sovemedicin.

32 Coaching vinder indpas i sygeplejen

Den spørgende tilgang til ledere, medarbejdere, patienter og pårørende vinder indpas i sygeplejen, og kommuner og sygehuse tilbyder i stigende grad coaching til ledende medarbejdere som støtte i deres lederrolle.

TEMA: AGGRESSIVE PATIENTER SIDE 18-27

18 "Dumme kælling"

Aggressive patienter og pårørende udgør en stadig større udfordring på landets sygehuse. Danskerne er blevet et forvænt og utålmodigt folkefærd, og det må sygeplejerskerne forholde sig til. Fagbladet Sygeplejersken tegner et billede af de aggressive og voldelige patienter og pårørende, og ikke mindst hvordan du og din arbejdsplads kan håndtere dem bedst.

20 Offer for en voldsmand

På en travl dag i foråret på skadestuen blev sygeplejerske Ulla Olesen offer for et overfald.

22 Kom den aggressive patient i møde

Med øvelse og kendskab til de rigtige værktøjer kan du som sygeplejerske være med til at forhindre, at en konflikt eskaleres.

25 Konfliktrappen

– sammenhæng mellem sprog og konflikt

26 Før en ulykke rammer

I en tid, hvor landets skadestuer melder om et stigende antal aggressive og voldelige patienter, har de undgået voldsepisoder på skadestuen på Regionshospitalet Holstebro.

27 Tag hånd om alle hændelser

Ikke en eneste trussel eller voldsepisode er for lille til at blive analyseret eller registreret. Det sikrer fokus på problemet, siger arbejdsskadekonsulenter i Dansk Sygeplejeråd.



FAG

48 Tegn på at døden nærmer sig

Døden kom alt for ofte bag på personalet på plejehjemmet Holmegårdsparken i Charlottenlund, og døden nåede sjældent at blive ordentligt og værdigt planlagt. Derfor blev et større undervisningsprojekt omkring en værdig livsafslutning sat i gang for samtlige 300 medarbejdere. Et af resultaterne af projektet blev, at medarbejderne sammen opstillede alle de almene og specifikke symptomer, der fortæller, at beboeren er uafvendeligt døende.

52 Kollegial coaching – fra venindesnak til faglig udvikling

Kollegial coaching er et redskab for afdelingssygeplejersker, der ønsker at udvikle en mere professionel tilgang til egen ledelse. Coaching er en samtaleform, hvor en person hjælper og inspirerer en anden person til at reflektere over og lære af sine erfaringer.

56 Sønderjysk sygehusvæsen

Fra fattiggård til moderne sygehus

Grænselandets sygehushistorie er karakteriseret af et omfattende sygehusbyggeri, der fandt sted i slutningen af 1900-tallet, af stagnation i udviklingen på grund af verdenskrig fra 1914 til 1918 og af ny opblomstring efter Sønderjyllands genforening med kongeriget i 1920.

I HVERT NUMMER

- 7 Kort nyt
- 37 Dansk Sygeplejeråd mener
- 38 Debat
- 42 In memoriam
- 44 Fagtanker
- 44 Faglig information
- 45 Resuméer
- 55 Agenda
- 60 Testen
- 61 Anmeldelser
- 64 5 faglige minutter
- 65 Stillingsannoncer
- 77 Kurser/Møder/Meddelelser

”Opfør dig ordentligt!”

Danskerne er blevet et folkefærd med kort lunte. Vi forvandler os til rasende rovdyr, når vi er trafikanter. Vi er stærkt utålmodige med vores medmennesker, hvad enten de ekspederer os på et posthus, eller de er kassedamer. For slet ikke at tale om andre kunder! Når togkontrolløren beder os om at vise gyldig billet, risikerer han eller hun at blive svinet til verbalt, eller det der er værre, hvad enten vi har ”glemt” at købe billet eller ej. Politifolk, ambulancepersonale og brandmænd arbejder teoretisk set for at beskytte personer og materielle værdier, men derfor kan de godt blive overfaldet med grovheder, kasteskyts eller de bare næver. Og så er der læger, sygeplejersker og andet sundhedspersonale, som teoretisk set også arbejder for at hjælpe deres medmennesker. De går heller ikke fri, sådan som det også fremgår af artikler i dette nummer af *Sygeplejersken*.

Hvad er det for noget?

Jeg er helt klar over, at man er meget gammel, når man har hørt formaning ”Opfør dig ordentligt!” så mange gange, at den dukker op som en indbygget del af ens samvittighed. Hvad er forresten ”ordentligt?” Handler det om, at man ikke må pille næse, bøve eller prutte højlydt? Handler det om, at man ikke taler til andre mennesker på en uforskammet måde? Eller handler det i al almindelighed om at tage hensyn til andre? Det handler om det hele.

Der er mennesker, som er så syge, at de angriber andre mennesker verbalt eller fysisk – også mennesker, der vil hjælpe dem. Det er naturligvis altid meget ubehageligt for dem, det går ud over, men det er ikke altid uventet, og det betyder, at man kan tage sine forholdsregler. Men der er noget helt galt, når sundhedsprofessionelle og andre skal uddannes i at forebygge vold fra frøken, fru og hr. Hvemsomhelst Dansker. Når frustration, irritation og vrede bliver til vold mod sagesløse medmennesker, må det være et udtryk for, at det er alt for længe siden, at forældre eller andre har sagt: ”Opfør dig ordentligt!” Der er faktisk mange tegn på, at det er alt for sjældent, at generationerne taler sammen og lytter til hinanden anno 2007. Og jeg mener ansigt til ansigt, ikke over mobilen, e-mail og sms.

Dagens kortluntede danskere har et voldsomt underskud af social opdragelse. Det er ikke let at ændre adfærden hos voksne praktiserende egoister. Derfor skal man begynde den sociale opdragelse tidligt. Her bliver rigtig rart at være, hvis det for alvor slår igennem. Opfør dig ordentligt!

Søren Palsbo

Søren Palsbo, redaktør
sp@dssr.dk

”Vi forvandler os til rasende rovdyr, når vi er trafikanter. Vi er stærkt utålmodige med vores medmennesker.”



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



Danskerne lunte er blevet kortere



AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST



AF SINE MADSEN, JOURNALIST

Autoritetsforfald. Aggressive patienter og pårørende udgør en stadigt større udfordring på landets sygehuse. Danskerne er blevet et forværet og utålmodigt folkefærd, og det må sygeplejerskerne forholde sig til.

Risikoen for, at sygeplejersker bliver udsat for et verbalt eller fysisk overfald, mens de passer deres job, er stigende. Sygeplejersken har foretaget en rundringning til landets skadestuer, og tendensen er klar. Flere og flere såkaldt almindelige mennesker har en tendens til at blive aggressive i mødet med det danske sundhedsvæsen, også selvom de hverken er påvirket af alkohol eller stoffer. Det oplever bl.a. Joan Mortensen, der er oversygeplejerske på skadestuen på Amager Hospital.

"Problemet er størst, når det er rigtig varmt. Her kommer flere folk til skade, ventetiden bliver endnu længere, og folks tålmodighed og lunte bliver kortere."

Det billede kan afdelingssygeplejerske på skadestuen på Odense Universitetshospital, Laila Bohr, genkende.

"Aggressivitet og vold opstår især dér, hvor der er lang ventetid. Folk er mindre autoritetstro end tidligere. Vi oplever problemer med både patienter og pårørende," siger Laila Bohr.

Men også mange andre dele af sygehusvæsenet mærker tendensen, fortæller udviklingskonsulent på Sct. Hans Hospital Birgitte Bækgaard Brasch, der jævnligt underviser personale fra hospitaler i Region Hovedstaden i at tackle patienter og pårø-

rende med aggressiv adfærd. Kursisterne kommer fra så forskellige steder som skadestuer, børneafdelinger, neurologiske og geriatriske afdelinger og opvågningsafsnit.

"Gennem kursisterne får jeg det indtryk, at problemet med aggressive patienter og pårørende er et stigende problem på mange forskellige somatiske afdelinger. Danskerne tolerancetærskel er generelt blevet lavere, og på sygehuse er folks tolerancetærskel nok endnu lavere, da man som patient eller pårørende ofte er sårbar og utryg," siger Birgitte Bækgaard Brasch.

Autoriteter for fald

Ifølge sociolog Michael Hviid Jacobsen fra Aalborg Universitet kan udviklingen i den voksende aggressivitet og vold mod offentligt ansatte bl.a. forklares med, at de fleste autoriteter står for fald i disse år. Vi har i almindelighed mistet tidligere tiders nærmest automatiske respekt for systemet.

"I dag er mange danskere forvænte og utålmodige, og det er en sprængfarlig cocktail. Vi bliver opdraget til, at nærmest alt drejer sig om os og vores personlige behov, og når tingene så ikke flasker sig, som vi vil – når behandlingen eller serviceringen f.eks. tager længere tid, eller vi får parkeringsbøder – så opstår der frustrationer, modstand, irritation og til tider vold. Kombinerer man det med, at danskerne i mange år er blevet forkælet af det offentlige system, kan de længere ventetider, frygt for fejlbehandlinger og stressede medarbejdere være med til at stresser og provokere borgerne. Og her bliver frontarbejderne som f.eks. sygeplejerskerne de synlige fjender i et uoverskueligt system, som borgeren finder uretfærdigt og umenneskeligt. Det er lettere at slå på en en-



MODELFOTO: SØREN SVENDSEN

keltperson end at vinde over et helt system," siger Michael Hviid Jacobsen.

Ifølge sociologen skal løsningen på problemet som udgangspunkt findes i forhold til den voldelige borger, men han mener også, at mange offentligt ansatte mangler redskaber til at håndtere danskernes stigende aggressivitet.

"Derfor kunne man med rette ønske, at offentligt ansatte bliver uddannet til at "tale situationer ned" og håndtere voldelige borgere, så de ansatte ikke medvirker til at skærpe situationer eller fremprovokere dem."

I takt med at danskernes lunte er blevet kortere, kan sygeplejerskerne altså omvendt blive nødt til at forlænge deres tålmodighed og ikke mindst tage de forholdsregler, de kan, bl.a. ved at indføre krise- og voldspolitikker, som flertallet af landets skadestuer og mange sygehusafdelinger da også allerede har.

cso@dsr.dk
sma@dsr.dk

Læs temaet om de aggressive patienter og pårørende i dette nummer af Sygeplejersken på side 18-27.

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



PRODUKTINFORMATION FOR ANNOUNCE SIDE 2

Forkortet Produktresumé.

Gardasil Human Papillomavirusvaccine [type 6, 11, 16, 18] (rekombinant, adsorberet). Gardasil er en quadrivalent vaccine, der består af højt oprensede viruslignende partikler (VLP'er) af kapsidprotein L1 fra HPV-typerne 6, 11, 16 og 18. VLP'erne indeholder ikke virus-DNA. De kan ikke inficere celler, reproducere sig eller forårsage sygdom. De fire typer indeholdt i vaccinen er 6 (20 mikrogram), 11 (40 mikrogram), 16 (40 mikrogram) og 18 (20 mikrogram).

Indikation: Gardasil er en vaccine til forebyggelse af high-grade cervikal dysplasi (CIN 2/3), cancer i livmoderhalsen, high-grade dysplastiske læsioner i vulva (VIN 2/3) og udvendige kønsvorter (condyloma acuminata), der er kausalt relateret til human papillomavirus af typerne 6, 11, 16 og 18. Indikationen er baseret på påvisningen af effekt hos voksne kvinder i alderen fra 16 til 26 år og på påvisningen af Gardasils immunogenicitet hos 9 til 15-årige børn og unge. Gardasil anbefales ikke til børn under 9 år.

Dosering og indgivelsesmåde: Den primære vaccinationsserie består af 3 separate 0,5 ml doser, der bliver indgivet i henhold til følgende plan: 0, 2, 6 måneder. Hvis det ikke er muligt at følge den givne tidsplan, skal den anden dosis indgives mindst en måned efter den først dosis, og den tredje dosis skal indgives mindst 3 måneder efter den anden dosis. Alle tre doser skal gives inden for en periode på 1 år. Vaccinen skal gives som intramuskulær injektion.

Kontraindikationer: Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller de anvendte hjælpestoffer. Indgivelse af Gardasil skal udsættes hos personer, der lider af akut sygdom med feber.

Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen: Som med alle injicerbare vacciner skal relevant medicinsk behandling være umiddelbart tilgængelig for det tilfælde, at der opstår anafylaktiske reaktioner efter indgivelse af vaccinen. Gardasil bør gives med forsigtighed til personer med thrombocytopenia eller koagulationsforstyrrelser, da der kan opstå blødning efter intramuskulær administration. Der findes ikke data vedrørende brug af Gardasil hos personer med svækket immunforsvar. Som med andre vacciner vil vaccination med Gardasil ikke nødvendigvis yde beskyttelse til alle vaccinemodtagere.

Graviditet og amning: Der er ikke tilstrækkeligt med data til at anbefale brug af Gardasil under graviditet. Vaccination bør derfor udsættes til graviditeten er afsluttet. Gardasil kan gives til ammende mødre.

Bivirkninger: Meget almindelige: pyreksi, og på injektionsstedet: erythem, smerte, hævelse. Almindelige: blødning og kløe på injektionsstedet. Meget sjældent er bronchospasme blevet rapporteret.

Pakning og pris (ESP) 28. 8 2007: 1 dosispakning indeholdende 0,5 ml suspension i en forfyldt sprøjte med kanyleafskærmningsanordning og to kanyler. Opbevares i køleskab (2°C - 8°C). (Vnr. 058397) kr. 1.154,90. Se dagsaktuel pris på www.medicinpriser.dk. Udlevering A.

Indehaver af markedsføringstilladelsen: Sanofi Pasteur MSD SNC, 8 rue Jonas Salk, F-69007 Lyon, France. Fuldstændigt produktresumé kan rekvireres hos den danske repræsentant: Sanofi Pasteur MSD, Lautruphøj 1-3, DK-2750 Ballerup eller på nedenstående internetadresse. August 2007.

www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/gardasil/gardasil.htm



ARKIVFOTO: SØREN SNIENDESEN

Den 2. oktober på Folketingets åbningsdag kommer mange af Dansk Sygeplejeråds amtskredses hvide faner på gaden. Dansk Sygeplejeråd deltager nemlig i de velfærdsdemonstrationer, som en lang række FTF- og LO-fagforbund står bag. Det er måske sidste gang, de gamle faner kommer ud at blafre, eftersom amtskredse afløses af de nye DSR-kredse den 8. november.

Hvide faner for velfærd

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR

Markering. På Folketingets åbningsdag sætter sygeplejerskerne spot på sundhedspolitikken i velfærdsdemonstrationer.

Dansk Sygeplejeråd slutter op bag de velfærdsdemonstrationer, som en lang række FTF- og LO-fagforbund iværksætter tirsdag den 2. oktober i forbindelse med Folketingets åbning. FTFs forretningsudvalg besluttede for nylig at deltage i demonstrationerne og støtte de planlagte aktiviteter med 100.000 kr.

"Dansk Sygeplejeråd deltager i demonstrationerne for at markere over for de politiske partier, hvad vi vil med vel-

færdssamfundet," siger Dansk Sygeplejeråds formand *Connie Kruckow*. Hun tilføjer, at det for sygeplejerskerne er væsentligt at markere, hvor stor betydning sundhedspolitikken har for hele velfærd. Blandt de temaer, som sygeplejerskerne vil sætte fokus på, er den sociale ulighed i sundhed, sygeplejerskemangel og sygeplejerskernes løn.

Dansk Sygeplejeråds amtskredse markerer sig i velfærdsdemonstrationer såvel lokalt som foran Christiansborg, og en række amtskredse bebuder, at de gamle amtskredsefaner bliver "luftet" endnu en gang ved den lejlighed.

"Min kritik går ikke på enkelte medarbejdere. Jeg kan bare ikke forstå, at politikerne kan sige, vi er de rigeste på kloden, når vi ikke har noget tilovers for vores ældre. Det kan samfundet ikke være bekendt."

Alice R. Thulesen, pårørende til en 82-årig patient på en overfyldt medicinsk afdeling, til Politiken den 4. september.

Ekspllosion i sygefravær

Nye tal fra Dansk Sygeplejeråd viser, at sygefraværet for sygeplejersker er vokset markant fra 2005 til 2006. I 2005 havde basis- og specialsygeplejersker i kommuner og amter/regioner gennemsnitligt 11,6 sygedage om året. Året efter var tallet steget til 12,8 sygedage. Det er en stigning på 10,5 pct.

"Det er et kæmpe problem, at sunde og raske mennesker bliver syge og dårlige af at gå på arbejde. Og at problemet er stigende, er fuldstændig absurd. Sygdom kan have meget store omkostninger for den enkelte og for familien. Og sygefraværet er utrolig dyrt rent samfundsmæssigt," siger 2.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd *Dorte Steenberg*.

(bso)

Læs mere i *Synergi* på www.dsr.dk

Lars Løkke fralægger sig ansvaret for overbelagte afdelinger

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST

««« TILBAGEBLIK

Hus forbi. Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen langede hårdt ud efter Region Hovedstaden, da dagbladet Politiken bad om en kommentar til forholdene på regionens medicinske afdelinger.

Det startede med to nyheder, der stod og skreg til hinanden:

Den 28. august fortalte TV2/Lorry, hvordan sygeplejersker i hovedstadsområdet må bruge kostbar tid på at fylde opvaskemaskiner og passe telefoner. Den 30. august oplyste dagbladet Politiken, at hovedstadens hospitaler mangler sygeplejersker, lægesekretærer, sundhedsassistenter og læger. I alt 1.481 ubesatte stillinger.

I den følgende uge zoomede Politiken ind på de medicinske afdelinger. Alice R. Thulesen, pårørende til 82-årige Elly Burzynski, fortalte, hvordan hun ved forskellige lejligheder havde fundet sin moster drivvåd af tis, uden væske i droppet, med en ernæringssonde, der hele tiden røg ud. Og hvordan hun ikke fik svar på sine spørgsmål, fordi sygeplejerskerne i afdelingen på Frederiksberg Hospital simpelthen havde travlt.

Ja, der sker fejl, når vi har travlt, erkendte oversygeplejerske Kirsten Ravn fra en anden overfyldt afdeling, Medicinsk afdeling på Herlev Hospital, der har haft en overbelægning på 25 pct. siden januar, nogle dage op til 60 pct.

"Det er svært at nå at få blandet medicin og hælde den op, når du har travlt. Og svært at få givet sondemaden eller nødet den lille gamle tørre kone til at drikke de to liter væske, hun gerne skulle



FOTO: SCANPIX

"Der mangler ikke penge. Region Hovedstadens sygehuse har 1.481 ubesatte stillinger, som der er økonomi til at besætte. De må trække i arbejdstøjet," lød det fra sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen (V).

have. Eller sørge for, at den svært syge patient får sine proteintilskud," udtalte Kirsten Ravn og tilføjede:

"Jeg vurderer, at den slags fejl sker jævnlige, når vi har overbelægning. Det betyder, at indlæggelsen trækker i langdrag. Så på den måde er vi selv med til at sørge for, at overbelægningen bider sig fast."

Guldring eller sølvring

Kort fortalt: Der er flere patienter, end der er plads til. Og færre sygeplejersker, end der skal være.

I en række sideartikler kunne Politiken fortælle, hvordan portører i Herlev bliver lært op til at tage blodtryk, temperatur mv., hvordan stive regler forhindrer afdelingerne i at annoncere målrettet efter sygeplejersker, og hvordan det kniber med at få færdigbehandlede ældre videre til en plejehjemsplads eller hjælp i hjemmet.

Men først og fremmest handler det om penge, lød det fra den øverste ansvarlige for sygehusene i hovedstadsområdet, regionsrådets formand Vibeke Storm Rasmussen (S).

Hun er tidligere amtsborgmester i Københavns Amt, så hvorfor har hun og de andre politikere ikke løst problemet for længst, overbelægning har der jo været længe, ville Politikens journalist gerne vide.

"Fordi vi kun har haft en vækst i sundhedsvæsenet på 2 pct. årligt," svarede Vibeke Storm Rasmussen. Og så skal man ikke tro, man kan få et lige så godt sundhedsvæsen som i andre lande. "Vi er ikke overmennesker. Vi kan ikke få en guldring til en sølvtings pris," sagde Vibeke Storm Rasmussen.

Den forklaring blev afvist af sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen (V). Blankt. Regeringen har sikret, at regionerne har penge nok.

"Helt uacceptabelt," sagde han om døende patienter på gangen, medicinfejl og utilstrækkeligt med mad og drikke. Lars Løkke kaldte det "tankevækkende," at problemerne fremstod størst i hovedstadsområdet. Og tog skridtet videre til en direkte kritik af de ansvarlige politikere i regionen.

"Jeg bliver forstemt over, at de kommer med sangen om guldringe og sølvringe og andre sjove metaforer, hver gang der opstår problemer. Der mangler ikke penge. Regionens sygehuse har 1.481 ubesatte stillinger, som der er økonomi til at besætte. De må trække i arbejdstøjet."

Lars Løkke Rasmussen ville ikke svare på et spørgsmål om, hvor længe regionen har til at løse problemerne. "Så får jeg en artikel om, at nu truer jeg regionerne med, at de skal lukkes, før de er kommet i gang. Men min utålmodighed deles formentlig af den danske befolkning."

Vidste du at ...

... færre danskere bliver smittet med multiresistente bakterier? Sidste år blev 706 personer smittet, og det er 145 færre end i 2005, da 851 blev smittet. Faldet skyldes alene, at Vejle Sygehus har fået kontrol med det udbrud af MRSA, som ramte sygehuset fra 2002-2005. På alle andre sygehuse er tilfældene af MRSA i svag stigning. Vejle Sygehus har siden deres MRSA-udbrud gennemført screening af alle patienter ved indlæggelse og udskrivelse, men er nu begyndt at lempe de strenge sikkerhedsprocedurer. Udbruddet skyldtes MRSA-klonen ST22, som bl.a. forårsagede lunge- og urinvejsinfektioner.

Kilde: Statens Serum Institut.

Vidste du at ...

... danskernes sygefravær er steget drastisk det sidste år? I andet kvartal 2007 var 92.000 danskere på sygedagpenge – 16,6 pct. flere end året før. Når det gælder langtidssyge, er stigningen endnu mere voldsom, nemlig 36 pct.

Kilde: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd – www.ae.dk

Læg en dæmper på forventningerne

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR

Skru ned. Sundhedskartelletts arbejdsgivere advarer mod urealistisk høje forventninger til overenskomstforhandlingerne.

"Det er ikke os, der skruer forventningerne til overenskomsterne i vejret. Vi formidler, hvad vores medlemmer siger!"

Sådan sagde Sundhedskartelletts formand *Connie Kruckow*, da Sundhedskartellet for nylig holdt fælles seminar om den forestående overenskomstforhandling. Her deltog repræsentanter for Danske Regioner og Kommunernes Landsforening. Sundhedskartelletts formand kom med sin bemærkning, da arbejdsgiverne manede til forsigtighed med at hæve forhåbningerne til de nye overenskomster op på et urealistisk højt niveau. Hun slog fast, at der denne gang er mere markante lønkrav fra medlemmerne end tidligere, og at Sundhedskartellet går efter såvel et lønloft her og nu som en langsigtet lønreform, der kan rette op på lønmæssige skævheder i forhold til det private arbejdsmarked.

Connie Kruckow konstaterede, at der

forud for overenskomstforhandlingerne 2008 er rettet en meget stor politisk interesse mod de offentligt ansatte og deres løn. Det har bl.a. vist sig under arbejdet med Kvalitetsreformen og under trepartsdrøftelserne mellem regeringen, arbejdsgiverne og lønmodtagernes hovedorganisationer.

Løn skal rekruttere og fastholde

En stærk samfundsøkonomi, en historisk høj beskæftigelse, en lav inflation og en offentlig gæld, der snart er væk, er alt sammen faktorer, der gør det til et godt tidspunkt at investere i velfærdssamfundet, fastslog Sundhedskartelletts formand.

"Til gengæld er manglen på arbejdskraft en stor trussel, som hæmmer både velfærd og vækst. Derfor skal lønnen bruges mere aktivt som et redskab til at rekruttere og fastholde offentligt ansatte," fortsatte Connie Kruckow.

Den udtalelse var regionsborgmester *Kristian Ebbensgaard (V)*, som er regionernes politiske hovedforhandler ved de kom-

mende overenskomstforhandling, helt enig i, og det samme var afdelingschef *Lene Møller* fra Kommunernes Landsforening.

Men Kristian Ebbensgaard måtte samtidig konstatere, at overenskomstforhandlingerne bliver meget vanskelige med den overbudspolitik, som en række folketingspolitikere har været på banen med.

"Hvis vi skal indgå en aftale, så skal arbejdsgivere og arbejdstagere i arbejdstøjet, og så skal vi have forventninger, der kan lade sig gøre," sagde Region Sjællands borgmester.

Han efterlyste bl.a. vilje til en mere fleksibel arbejdstilrettelæggelse og arbejde ud over 37 timer. Hertil bemærkede Sundhedskartelletts formand, at virkelighedens verden er den, at mange af Sundhedskartelletts medlemmer ikke har kunnet få tilbud om fuldtidsjob. Samtidig har 7 ud af 10 sygeplejersker i forvejen overarbejde.

Der udveksles krav med arbejdsgiverne den 10. oktober.

september	oktober	november	december	januar	februar	marts	april
21.: 3.-behandling af krav i Sundhedskartelletts (SHK) forhandlingsudvalg.	10.: Kravudveksling med Danske Regioner (DR) og Kommunernes Landsforening (KL). 12.: Kravene præsenteres nærmere. 24.: Forhandlingerne kan indledes mellem SHK og DR. 25.: Forhandlingerne kan indledes mellem SHK og KL.	Forhandlinger og afklaring mellem parterne uden økonomi.	18.: De første forhandlinger med DR om de udvekslede krav. 19.: De første forhandlinger med KL om de udvekslede krav.	Forhandlinger.	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.

100 sygeplejersker skal teste ny coachingmetode

AF SUSANNE BLOCH KJELDSEN, JOURNALIST

Overblik. Nyt forskningsprojekt går ud på at udvikle og afprøve en coachingmetode målrettet sygeplejersker.

Hold fokus på, hvordan du bliver god som sygeplejerske. Lær at stille krav til din nærmeste leder. Få overblik over din karrierevej. Det er nogle af de gevinster, et coachingforløb kan give. Dansk Sygeplejeråd har indgået et partnerskab med Copenhagen Business School, CBS, om et forskningsprojekt, der handler om coaching i sygeplejen. I løbet af tre år skal cand.mag. i retorik og ph.d.-stipendiat *Tobias Dam Hede* fra CBS udvikle en coachingmetode, der er velegnet til sy-

geplejersker og sundhedssektoren. Metoden skal afprøves på ca. 100 sygeplejersker og samarbejdspartnere. Et af målene med projektet er at undersøge, om coaching kan være med til at udvikle sygeplejerskers fagidentitet i en tid, hvor sygeplejersker føler sig presset af nye opgaver og af andre faggrupper.

"Metoden ledelsesfilosofisk coaching har vist sig at være et kanongodt procesredskab. I et projekt, der blev gennemført i finanssektoren, lykkedes det at forbedre trivsel og fastholdelse. Halvdelen af dem, der før projektet var utilfredse med deres job, gav udtryk for, at deres arbejdssituation var væsentligt forbedret. 25 pct.

havde fået en anden jobfunktion, og det er et ret pænt resultat," siger Tobias Dam Hede. Finanssektoren er ligesom sundhedssektoren en branche, hvor det er svært at rekruttere og fastholde medarbejdere.

"Hvis man vil fastholde medarbejdere, gælder det om at skabe udviklingsveje, der er i overensstemmelse med det, den enkelte gerne vil arbejde med, og her er coachingmetoden velegnet," siger Tobias Dam Hede.

Læs mere om, hvordan coaching vinder indpas i sygeplejen på side 32.

Hvad tjener en sygeplejerske egentlig?

Har du svar på rede hånd, når du sidder til en 50-års fødselsdag og bliver spurgt, hvad en almindelig sygeplejerske tjener? Hvis ikke, så er her et aktuelt gennemsnit for henholdsvis den nyuddannede sygeplejerske og den erfarne.

Gennemsnitlig månedsløn	Grundløn og faste tillæg	Ulempetillæg	Månedsløn før pension	Pension
Sygeplejerske med 0-1 års erfaring	21.736	2.737	24.473	2.616
Sygeplejerske med 9-10 års erfaring	25.287	2.673	27.960	2.997

Kilde: Det fælleskommunale Løndatakontor (særligt beregningsgrundlag til OK 08, foreløbig udgave). Alle tal er i kroner.

Gennemsnittene er beregnet samlet for sygehus- og kommunalt ansatte sygeplejersker, ansat i basisstillinger.

Det gennemsnitlige ulempetillæg indeholder betaling for aften-, nat- og weekendarbejde, men ikke overtidsbetaling.

Pensionsbidraget betales fuldt ud af arbejdsgiveren.

Hvis bordherren spørger til et løngennemsnit for samtlige sygeplejersker, er svaret:

Gennemsnitslønnen for alle sygehusansatte sygeplejersker i basisstillinger er 23.678 kr. Gennemsnitslønnen for alle kommunalt ansatte sygeplejersker i basisstillinger er 25.055 kr. Begge tal er uden ulempetillæg og pension.

Tallene findes også i uddybet form på www.dsr.dk > Arbejdsvilkår > Løn > Lønstatistik

(kb)

Ny forening kæmper mod udbrændthed

Folk, der er udbrændte, får nu mulighed for at søge hjælp i den nystiftede forening Landsforeningen for Udbrændte (LAFU). Foreningen er opstået i kølvandet på et interessefællesskab mellem tidligere udbrændte, deriblandt *Anne Lene Lundgaard* og sygeplejerske og projektleder *Pia Vejlggaard Jørgensen*. Udbrændthed er typisk resultat

af længerevarende stress. Symptomerne kan typisk være træthed, fysisk og psykisk udmattelse, dårlig søvn og svigtende hukommelse. Landsforeningen for Udbrændte vil først og fremmest forsøge at hjælpe andre i samme situation ved at tilbyde bl.a. personlig rådgivning, temagrupper, undervisnings- og træningsforløb. Men forenin-

gen ønsker i høj grad også at være med til at præge udviklingen i retning af forebyggelse frem for behandling. LAFU vil udelukkende bruge professionelle behandlere i form af frivillige, bl.a. socialrådgivere, terapeuter og yogalærere, der kan afsætte 5-10 timer om måneden til arbejdet. (cso)
Læs mere på www.lafu.dk

NEJ TIL NEDSKÆRINGER!
JA TIL INVESTERINGER!

Vi vil have flere kollegaer
- det kræver:

Markant bedre studiemiljø
Mere og bedre vejledning
Praktik der virker
Lov imod brugerbetaling

Tal en ven med!

DEMO
2. okt. kl. 15.30 KBH+ÅRHUS
DEMONSTRATIONEN BAKKES OP AF:

Danske Gymnasieelevers Sammenslutning | Danske Skoleelever | Erhvervs-skolernes Elevorganisation
Lærerstuderendes Landsforening | Pædagogstuderendes Landsammenslutning
Sammenlutningen af Danske Socialrådgiverstuderende | Sygeplejestuderendes Landsammenslutning
Studenterrådet på Københavns Universitet | Nærings- og nydelsesarbejder Forbundets Ungdom
3F-Ungdom | Dansk EI-Forbund Ungdom | FIDA-Ungdom | HK-Ungdom | Metal-Ungdom
TIB-Ungdom | Blå og Rød Ungdom | Malerlærlingene i Danmark.

sygeplejestuderendes landsammenslutning

Støt op om de sygeplejestuderendes krav!

Politikerne bruger fine ord om uddannelse i verdensklasse, men de fine ord er ikke blevet til virkelighed.

Vi oplever ofte alt for travle vejledere i klinikken pga. mangel på sygeplejersker. Mange falder fra uddannelsen. Og flere ønsker ikke at arbejde som sygeplejerske, når de er færdige.

Skal vi have flere sygeplejersker i Danmark, kræver det investeringer i uddannelsen!

Vi går på gaden for at få flere sygeplejersker. Tag din kittel på og vis politikerne, at vi må have flere kollegaer!

2. okt. kl. 15.30 KBH+ÅRHUS
Rådhuspladsen | Store Torv

Mød talstærkt op d. 2. oktober! Her viser vi politikerne, at investeringer er den rette vej!

Sygeplejestuderendes Landsammenslutning
Sankt Annæ Plads 30, 1250 København K
Tlf. 46 95 42 34 - sls@dsr.dk - www.dsr.dk/sls



Politikerne har startet en ond spiral

Effektivitet. Fra 1. oktober skal patienterne endnu hurtigere igennem systemet. Behandlingsgarantien er nedsat fra to måneder til en måned for sygdomme, der ikke er akutte.

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST

Susanne Kongstad, sygeplejerske på Ortopædkirurgisk Sengeafdeling 05, Middelfart Sygehus



FOTO: THOMAS SØNDERGAARD

Hvilke konsekvenser tror du, det vil få for patienterne, når behandlingsgarantien bliver sat ned til en måned?

"I princippet er det ideelt og optimalt for patienterne. Det er en god ting at give en garanti på en måned. Men helt ærligt kan jeg ikke se, at vi kan være mere effektive med den bemanning, vi har. Vi er dødhamrende effektive, og vi kan ikke presse folk mere. Politikerne presser på, for at alt skal gå hurtigere med accelererede patientforløb, men de tænker ikke på det hele menneske og alt det, der skal fungere ud over behandlingen, f.eks. hjemmehjælp og hjælpemidler."

Hvordan skal systemet så leve op til behandlingsgarantien, tror du, flere vil blive behandlet privat?

"I så fald er det skruen uden ende, det er virkelig dårligt. Det kan ikke være rigtigt, at vi i vores danske system skal prioritere på den måde."

Mette Mattesen, sygeplejerske på Medicinsk Afdeling M3, Kalundborg Sygehus

Hvilke konsekvenser tror du, det vil få for patienterne, når behandlingsgarantien bliver sat ned til en måned?

"Patienterne vil forhåbentlig komme hurtigere igennem systemet, men jeg tvivler på, om systemet kan leve op til garantien. Det vil give et større pres på sygehusene. Det er både godt og skidt."

Hvilke konsekvenser vil det få for personalet?

"Behandlingsgarantien på en måned er blevet trukket ned over hovedet på os som så meget andet. Vi har ikke noget at skulle have sagt, vi skal bare løbe hurtigere."

Nogle frygter, at behandlingsgarantien vil presse patienterne over til de private sygehuse og få personalet til at søge derover.

"Jo mere vi bliver presset, jo flere siger fra og søger over i vikarbureauer, eller de bliver lokket med højere lønninger hos private hospitaler. Den tendens mærker vi også på vores sygehus."



FOTO: HEINE PEDERSEN

Hanne Ugleholdt, sygeplejerske på Anæstesiafdelingen, Kalundborg Sygehus

Hvilke konsekvenser tror du, det vil få for patienterne, når behandlingsgarantien bliver sat ned til en måned?

"Kortere behandlingsgaranti er på bekostning af nogle patienter, for vi kan ikke presse alle patienter hurtigere igennem. Jeg tror heller ikke, at vi kan overholde behandlingsgarantien."

Men det skal I jo, hvad vil I gøre ved det?

"Vi er et lille elektivt sygehus, så her går det nok, men andre steder må man jo løse problemet ved, at patienterne bliver behandlet privat."



FOTO: HEINE PEDERSEN

Tror du, at flere sygeplejersker vil blive ansat på private sygehuse, nogle frygter direkte personaleflugt?

"Hvis de kan tilbyde en bedre løn, så kunne jeg godt forestille mig, at mange vil søge over på private sygehuse, men der er også mange, der sætter pris på deres gode, trygge job. Tendensen er ikke personaleflugt, men jeg mener, at politikerne har startet en ond spiral."

Heidi Christensen, sygeplejerske på Medicinsk Afdeling M3, Kalundborg Sygehus



FOTO: HEINE PEDERSEN

Hvilke konsekvenser tror du, det vil få for patienterne, når behandlingsgarantien bliver sat ned til en måned?

"Det har en positiv konsekvens for patienternes psyke, fordi de er usikre fra det øjeblik, mistanken om sygdom bliver rejst, til de kan behandles. Jeg mener også, at man bør se på, om man kan nedsætte ventetiden i udredningsfasen, i hvert fald for cancerpatienter."

Hvilken konsekvens vil den nedsatte behandlingsgaranti få for personalet?

"Der kan være en større tilfredshed i at sige til patienterne, at ventetiden ikke er så lang."

Hvordan vil I bære jer ad med at få presset alle patienter hurtigere igennem systemet?

"Her kan jeg godt have mine betænkeligheder. Det er positivt, hvis det kan lade sig gøre, men jeg kan godt forstå, hvis det vækker bekymring rundt omkring."

Tror du, at patienterne i stigende grad vil blive behandlet på privathospitaler?

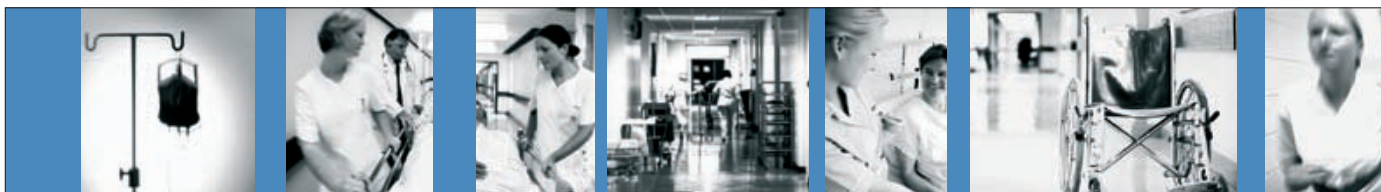
"Man er i hvert fald nødt til at se på, hvordan man kan fastholde personalet i det offentlige både med løn og gode arbejdsvilkår, hvis man vil undgå personaleflugt."



FOTO: SØREN SVENDSEN

Frivillige hjerter lindrer. Torsdag den 13. september klokken 9.35. Operationssygeplejerske *Nancy Friis-Jensen* (th.) arbejder til daglig på Frederiksberg Hospital. På en konference i sit fædreland USA sidste år blev hun præsenteret for hjertepuden, der med succes bliver brugt til at lindre de smerter og hævelser i bryst og arme, som kvinder med brystkræft får i kølvandet på operationen. Tilbage i Danmark præsenterede Nancy Friis-Jensen oversygeplejerske på Mamma- og Endokrin-kirurgisk Klinik på Rigshospitalet *Helene Williams* (tv.) for idéen. Hun takkede – trods manglende klinisk evidens – lettere skeptisk ja til tilbuddet, hvilket hun i dag er glad for. Det seneste år har omkring 70 brystkræftopererede kvinder fået en pude med hjem i gave, og tilbagemeldingerne er udelukkende positive. Nancy Friis-Jensen syr puderne sammen med en række andre frivillige. Stoffet får de doneret, mens en pris fra American Women's Club indtil videre har finansieret pudevattet. Nancy Friis-Jensen kommer jævnligt med nye leverancer og skal også til at samarbejde med Herlev Hospital. Flere end 4.000 kvinder rammes af brystkræft hvert år, og derfor sætter Kræftens Bekæmpelse fokus på sygdommen i oktober.

(cso)



Fasthold kvaliteten inden for sygepleje

Ønsker din institution at være med til at sikre kvaliteten af fremtidens sygeplejersker? Og har din institution samtidig brug for kvalificerede vikarer. Så er aktiv gruppe en fordelagtig samarbejdspartner.

Manglen på kvalificeret arbejdskraft inden for sygepleje mærkes på de fleste institutioner. Tilgangen af nyuddannet personale dækker ikke det nuværende behov. aktiv gruppe ønsker være med til at dække behovet for kvalificeret arbejdskraft.

Derfor har aktiv gruppe skabt en tæt kontakt til sygeplejestuderende over hele landet. aktiv gruppe fungerer som bindeled mellem institutioner inden for sygepleje og de sygeplejestuderende.

Og derfor har vi Danmarks største vikarudbud af kvalificerede sygeplejestuderende. Ligeså tilbyder vi også nyuddannede og erfarne sygeplejersker som vikarer.

aktiv gruppe formidler vagter til over 800 vikarer inden for sygepleje i Jylland, på Fyn og på Sjælland til:

Hospitaller/Sygehuse, Plejehjem og Hjemmepleje

Kontakt aktiv gruppe for mere information på www.aktivgruppe.dk eller på tlf. 7022 8446 i tidsrummet 06.00-24.00.

Vi glæder os til at høre fra jer.

– et vikarbureau inden for sygepleje

aktiv
gruppe



unplugged.dk

– omsorgsfuld
hudpleje

Køb
DANATEKT®
på apoteket

DANATEKT® Creme

DANATEKT® Creme er særligt velegnet til tør, sart eller udsat hud, der trænger til ekstra og beskyttende pleje.

- **Konserveret uden parabener**
- **Indeholder ikke parfume, farvestoffer eller lanolin**
- **Indeholder naturlige vegetabiliske olier, der virker blødgørende og tilfører fugt**
- **Indeholder glycerin, der bevarer hudens fugtighed**
- **Lægger en vandafvisende hinde på huden**
- **Hurtig absorberende**
- **Hudneutral pH-værdi på 5**
- **Kan bruges daglig af hele familien over hele kroppen**



www.orionpharma.dk

DANATEKT®

Valg til Lederforeningen Fem formandskandidater

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR

Kampvalg. Der er fem formandskandidater ved det første valg til Lederforeningen i Dansk Sygeplejeråd.

I alt 17 ledende sygeplejersker stiller op som kandidater til bestyrelsesposter i den nye forening. Formandskandidaterne er ledende oversygeplejerske *Flemming Bøchmann Andersen*, Børne- og Ungdomspsykiatrien, Region Sjælland, leder *Irene Charlotte Hesselberg*, Friplejehjemmet Margrethe Hjemmet, sygeplejefaglig vicedirektør *Bente Drachmann Jørgensen*, Sygehus Syd, Region Sjælland, oversygeplejerske *Grete Kirkerterp Nielsen*, Sygehus Fyn, og oversygeplejerske *Jenny Hcau-Tin Woo*, Rigshospitalet.

Lederforeningen havde stiftende generalforsamling den

18. september. Det er foreningens formål at varetage lederens særlige interesser i Dansk Sygeplejeråd og virke som sparrings- og høringspart i forhold til Dansk Sygeplejeråd.

Ud over formanden skal lederforeningens bestyrelse være sammensat af et bestyrelsesmedlem fra hver af de fem nye DSR-kredse: Nordjylland, Midtjylland, Syddanmark, Sjælland og Hovedstaden. Desværre er der ingen opstillede kandidater fra Nordjylland ved det første valg til lederforeningens bestyrelse. Det betyder, at bestyrelsen i første valgperiode bliver på fem medlemmer inklusive formanden. Valget til lederforeningen forløber parallelt med valget til Dansk Sygeplejeråds nye kredsbestyrelser.



FOTO: SCANPIX

Dansk Sygeplejeråd og Depressionsforeningen markerer World Mental Health Day den 10. oktober med et stort arrangement, der sætter fokus på pårørende til psykisk syge og deprimerede.

Bryd tabuet om børn af psykisk syge

Den 10. oktober er det World Mental Health Day, og det markerer Dansk Sygeplejeråd og Depressionsforeningen med et stort arrangement i Empire Bio i København, der sætter fokus på pårørende til psykisk syge og deprimerede. Især børn har brug for at tale med voksne om deres oplevelser. Sygeplejersker er i berøring med mange mennesker og kan betyde en stor forskel for dem, de møder. Arrangementet varer fra kl. 17 til 21 og byder på både film og foredrag af bl.a. tidligere statsminister *Poul Nyrup Rasmussen* og skuespiller og instruktør *Jens Arentzen*. Interesserede kan læse mere og tilmelde sig på www.dsr.dk > Om DSR > Konferencer og fagdage > World Mental Health Day (cso)

DSR i spidsen for Europas sygeplejersker

Talerør. 1.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen er valgt som ny formand for den europæiske sygeplejerskeorganisation, EFN.

Det bliver en dansker, der de kommende to år skal stå i spidsen for sygeplejersker fra 30 europæiske lande. 1.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen er netop blevet valgt som formand for Den Europæiske Føderation af Sygeplejerskeorganisationer, EFN.

EFN fungerer først og fremmest som sygeplejerskernes talerør over for politikerne i EU. Blandt de aktuelle mærkesager er en stor kampagne om stikskader, der hvert år skønnes at ramme en million europæiske sundhedsarbejdere.

"EFN beskytter og promoverer sygeplejen i Europa. Ligesom Dansk Sygeplejeråd render de danske politikere på dørene i Folketinget, så henvender vi os til EU-Kommissionen og -Parlamentet for at tale sygeplejerskernes sag, når sygepleje og sundhed er på den europæiske dagsorden," fortæller Grete Christensen og henviser til, at EFN også er aktiv i debatten om ud-

FOTO: SØREN SVENDSEN



Grete Christensen, 1.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd, er valgt som formand for sammenslutningen af europæiske sygeplejerskeorganisationer, EFN, der repræsenterer godt en million sygeplejersker.

viklingen af et europæisk sundhedsdirektiv. Den nye formand vil især fokusere indsatsen på tre områder: sygeplejerskemangelen i Europa, kvaliteten i sundhedssektoren og patient-sikkerheden.

"En af de store udfordringer er, at patienter og personale i stigende grad bevæger sig på tværs af grænser. Hvis en patient får behandling i et andet land, så skal der være garanti for kvaliteten af behandlingen og tilbud om opfølgning i hjemlandet," siger Grete Christensen. Den nye EFN-formand afløser Annette Kennedy fra de irske sygeplejerskers fagforening. Den tidligere DSR-formand Kirsten Stallknecht var formand for EFN fra 1991 til 1995. Posten som formand for EFN er ulønnet. (bso)

Rettelse

Måske var det ønsketænkning for sygeplejerskerne på Odense Universitetshospital, da *Sygeplejersken* i artiklen "Brok betaler sig" i nr. 16/2007 skrev, at "i Odense får alle sygeplejersker 1.000 kr. ekstra for hver vagt, der tages som frivilligt ekstra arbejde." Det forholder sig imidlertid sådan, at kun visse afdelinger på Odense Universitetshospital har forhandlet sig til denne ekstrabetaling. Vi beklager fejlen.

Redaktionen.

Vidste du at ...

... danskerne ryger mindre, spiser sundere og motionerer mere end for 5-10 år siden? Det er kun på alkoholforbruget, at sundhedskampagnerne tilsyneladende ikke virker. Flere end tidligere drikker for meget.

Kilde: www.si-folkesundhed.dk (Ugens tal, uge 35).

Hospitalsservietter uden klorhexidin til aftørring af hud

Brenntag's store hospitalsservietter er et alternativ til gel- og væskebaserede hud-desinfektionsmidler.

- Hospitalsservietter 14 x 19 cm uden klorhexidin
- Indeholder desinfektionsvæske med ethanol 82% og glycerol 2,0%
- Æske med 100 enkeltpakkede servietter, karton á 20 æsker
- Varenummer 830318



Kampagnepris
ring 40 30 89 48

BRENTAG

Brenntag Nordic - Strandvejen 104A - 2900 Hellerup
Tlf. 4329 2800/4329 2843 - Fax 4329 2896
www.brenntag-disinfection.dk



Formandskampvalg i to kredse

Når Dansk Sygeplejeråds nye politiske struktur træder i kraft den 8. november 2007, hedder kredsformanden i Kreds Hovedstaden *Vibeke Westh*, formanden i Kreds Midtjylland *Else Kayser* og formanden for Kreds Nordjylland *Jytte Wester*. Det ligger fast, efter at fristen for opstilling til Dansk Sygeplejeråds nye kredsbestyrelser blev passeret den 10. september. De tre nuværende amtskredsformænd stiller op til de nye poster uden modkandidater. I alt 199 kandidater stiller op til 166 tillidsposter.

De to sidste kredse, Sjælland og Syddanmark, skal derimod ud i kampvalg om formandsposten. I Kreds Sjælland stiller de nuværende amts-

kredsformænd *Helle Dirksen*, Vestsjælland, og *Mia Linda Møller*, Storstrøm, begge op til formandsposten. Ingen af de to kandidater stiller op til andre poster end formandsposten. Kampvalget om formandsposten i Kreds Syddanmark står mellem de nuværende amtskredsformænd *Anni Pilgaard*, Ribe, og *Bo Smith*, Fyn. Anni Pilgaard er allerede valgt som kredsformænd uden modkandidat, mens Bo Smith alene stiller op til formandsposten. Hvis Anni Pilgaard vælges som formand, får Kreds Syddanmark ingen næstformand.

(sp)

Læs mere på
www.sygeplejersken.dk

Populært museum

Dansk Sygeplejehistorisk Museum i Kolding er et populært udflytningssmål for børn og unge. Børnehavebørn og folkeskoleelever udgjorde sammen med sygeplejestuderende og elever på sosu-uddannelserne mere end en tredjedel af de 7.074 besøgende, som i 2006 gæstede museet.

Tallene fremgår af museets årsberetning for 2006. Beretningen gengiver også resultatet af en brugerundersøgelse blandt de besøgende: De fleste kommer ikke overraskende fra Danmark, ellers er det hovedsageligt europæere og en enkelt australier, som fandt det værd at besøge udstillingen i de smukt restaurerede bygninger, der engang udgjorde en del af Julemærkesanatoriet ved Kolding Fjord. De allerfleste deltagere i brugerundersøgelsen vælger i øvrigt en glad smiley, når de skal karakterisere deres helhedsindtryk af både den faste udstilling og de skiftende særudstillinger.

Sidste års to store særudstillinger handlede om om-sorgs- og plejevilkår i 1600-tallet og betydningen af øllets og snapsens helsebringende virkninger.

(hbo)

Det sker på Sygeplejemuseet

Efteråret 2007

"Gode, sunde og dygtige varer"
- mad og sundhed på Københavns Slot.
v. Historiker Barbara Zalewski.
3. oktober kl.19:30 pris: 60 kr.

Historie og Fortællinger i sygeplejen
- eller hvordan fru Hansen kan få
appetitten tilbage.
v. Sygeplejerske og historiker
Marianne Mahler.
14. november kl.19:30 pris: 50 kr.

Tilmelding:
telf.7632 7676 eller museum@dshm.dk

se mere om foredragene på
www.sygeplejemuseum.dk

Lille sejr for sygeplejerskerne i Region Hovedstaden

Slappere spareskrue. Sygeplejerskerne i Region Hovedstaden glæder sig over, at der er fundet penge til at forbedre arbejdsmiljøet på medicinske afdelinger.

Sygeplejerskerne i Region Hovedstadens MED-udvalg har fået opfyldt nogle af de ønsker til forbedringer, som de havde sat på dagsordenen op til regionsrådets budgetforhandlinger.

"Det er et lille bitte skridt, men vi er glade for, at det nu er lykkedes at få politikerne til at se, at de er nødt til at sætte penge af til arbejdsmiljøet især på det medicinske område og til implementeringen af psykiatri- og hospitalsplanen," siger formand for Dansk Sygeplejeråd i Hovedstadens amtskreds, *Vibeke Westh*. Hun har været bekymret for, hvordan medar-

bejderne skulle klare omstillingsprocessen i den nye region, samtidig med at der skulle spares på hospitalerne.

Regionsrådet har nu sat 21 mio. kr. af til implementeringen af psykiatri- og hospitalsplanen. En pulje på 8 mio. kr. skal bruges til at forbedre forholdene for de medicinske patienter på hospitalerne. De enkelte hospitaler i det tidligere Københavns Amt får selv rådighed over puljen til arbejdsmiljøforbedringer på 4,8 mio. kr.

Politikerne i Region Hovedstaden er blevet enige om at spare 30 mio. kr. mindre på hospitalerne og psykiatrien i det nye budget. Der var ellers lagt op til besparelser på 85 mio. kr., men forliget går nu på en besparelse på 55 mio. kr.

(sbk)



AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST



AF SINE MADSEN, JOURNALIST

Stop vold. Aggressive patienter og pårørende udgør en stadig større udfordring på landets sygehuse. Danskerne er blevet et forvænt og utålmodigt folkefærd, og det er sygeplejerskerne nødt til at forholde sig til. På de næste sider tegner Sygeplejersken et billede af de aggressive og voldelige patienter og pårørende, og ikke mindst hvordan du og din arbejdsplads kan håndtere dem bedst.

”Dumme





kælling”



Offer

Sygeplejerske Ulla Olesen blev offer for en teenagedrengs frustration og aggression over, at han skulle vente på at se sine røntgenbilleder. Han var hverken påvirket af alkohol eller stoffer, da han slog Ulla Olesen i hovedet, men "blot" en af de flere og flere såkaldt helt almindelige danskere, som bliver aggressive i mødet med det danske sundhedsvæsen.

Barskt job. På en travl dag i maj på skadestuen på Sydvestjysk Sygehus Esbjerg blev sygeplejerske Ulla Olesen offer for et overfald.

AF SINE MADSEN, JOURNALIST • FOTO: PALLE PETER SKOV

”Møgkællinger, I sidder bare der og drikker kaffe.” Sådan råbte en 16-årig dreng fra venteværelset på skadestuen i Esbjerg, inden han smækkede med døren ind til visitationsrummet, hvor sygeplejerske *Ulla Olesen* sad og undersøgte en lille dreng, der havde slået hovedet.

Ulla Olesen husker tilbage på den søndag i

ket af stoffer eller alkohol, men altså blot vred over, at han skulle vente på, at det blev hans tur.

Indenfor samlede kollegerne sig om Ulla Olesen for at yde støtte og omsorg, og hun brød sammen i en blanding af gråd og vrede.

”Jeg kan huske, at jeg blev vred over at komme på arbejde for at passe mit job, og så

”Jeg havde ikke behov for at høre hans forklaring, og jeg havde besluttet, at han ikke skulle fylde mere i mit liv,” forklarer hun og fortæller, at den 16-årige voldsmand fik 40 dages betinget fængsel.

Selv om Ulla Olesen føler, at hun fik hurtig hjælp og kom godt igennem voldsepisoden, manglede hun sin afdelingssygeplejerske ved selve retssagen.

”Jeg synes, det havde virket stærkt udadtil, hvis min leder eller nogle kolleger var troppet op sammen med mig ved retssagen. Det

for en voldsmand

maj 2006, hvor hun blev offer for en voldsmand, der blot var teenager. Den 16-årige patient var vred over, at han skulle vente på at se sine røntgenbilleder af sin tilskadekomne fod. Hans mor, der var med, gjorde ingenting for at stoppe den verbale terror, som teenageren udøvede i over en halv time på skadestuen.

”Jeg synes, det var svært at høre en teenager kalde voksne kvinder for møgkællinger. Vi gjorde det jo så hurtigt, vi kunne, og derfor sagde jeg til ham, at sådan et sprog ville jeg ikke høre her, ellers måtte han forlade skadestuen,” fortæller Ulla Olesen.

Men irettesættelsen gjorde det blot værre, for den 16-årige gik til angreb på Ulla Olesen.

”Han sprang op og slog mig i hovedet. Det gik så stærkt, at jeg den dag i dag ikke kan huske, om han slog mig med knytnæve eller flad hånd,” fortæller Ulla Olesen, der dybt chokeret nåede at få trykket på sin overfaldsalarm, og kollegerne kom hende til undsætning.

Politianmeldelsen

Politiet ankom hurtigt til skadestuen, og de fandt den 16-årige på en parkeringsplads ude foran skadestuen. Her afhørte politiet ham og konstaterede, at han ikke var påvir-

begynder folk at slå på én,” siger Ulla Olesen, der på opfordring fra både politi og kolleger efter lidt betænkningstid valgte at anmelde patienten til politiet.

Efter overfaldet tog hun hjem, hvor familien ventede.

”Min afdelingsleder ringede til mig om aftenen, og en psykolog ringede til mig dagen efter. Vi talte tingene godt igennem, hvilket var meget virkningsfuldt for mig,” siger Ulla Olesen som også brugte sin familie til at tale overfaldet igennem med.

Ulla Olesen var ikke sygemeldt efter hændelsen og gik på arbejde dagen efter.

Ingen erindring

I dag har hun ingen erindring om den 16-årige, men det havde hun heller ikke til retssagen, der fulgte kort tid efter.

”Jeg havde gjort mig meget umage for at glemme ham og for ikke at se hans ansigt for mit indre blik, hver gang jeg lukkede øjnene,” siger Ulla Olesen, der fortæller, at hun valgte at forlade retssalen umiddelbart efter, at hun havde afgivet sin vidneforklaring.

havde været en måde at vise på, at vi ikke finder os i vold på arbejdspladsen,” siger Ulla Olesen og understreger, at hun efterfølgende har fået talt det aspekt godt igennem med lederen.

Overfaldet på Ulla Olesen var bare et ud af tre overfald på ganske kort tid. De medvirkede til at skabe en ny kultur på skadestuen om, at vold mod sygeplejersker ikke er acceptabelt. I dag har skadestuen en voldspolitik med procedurer og handlingsplan for personalet, når volden rammer. For vold mod personalet er, som Ulla Olesen siger, aldrig acceptabelt.

sma@dsr.dk

”Jeg havde gjort mig meget umage for at glemme ham og for ikke at se hans ansigt for mit indre blik, hver gang jeg lukkede øjnene.”

Ulla Olesen, sygeplejerske.

Kom den aggressive

Dæm op. Nogle gange rækker ord ikke, og patienten tyr til vold. Med de rigtige værktøjer og øvelse kan du som sygeplejerske dog ofte være med til at hindre, at en konflikt eskaleres og muligvis ender i vold.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

Der er ikke noget mystisk i, at patienter bliver aggressive. Det kan vi nemlig alle sammen blive, siger sygeplejerske og cand.comm. i kommunikation og pædagogik *Birgitte Bækgaard Brasch*.

”Hvem er de aggressive patienter? Det er vi egentlig alle sammen. Nogle er bare bedre til at håndtere det end andre. For aggressivitet er alment menneskeligt. Spørgsmålet er så bare, hvordan vi hver især håndterer den,” siger Birgitte Bækgaard Brasch.

Hun har 13 års erfaring som sygeplejerske primært i psykiatrien, før hun for fem år siden blev ansat som udviklingskonsulent på Sct. Hans Hospital. Her beskæftiger hun sig bl.a. med voldsforebyggelse, konflikthåndtering og personale- og lederudvikling. De senere år har hun desuden undervist personalet fra hospitaler i det tidligere Hovedstadens Sygehusfællesskab, nu Region Hovedstaden, i, hvordan man bedst tackler patienter og pårørende med aggressiv adfærd på somatiske afdelinger.

”For mange sygeplejersker er det hverdagskost at blive skældt ud og møde aggressive patienter og pårørende. Og tit er det ikke vrede, der ligger bag den aggressive adfærd, men frygt, usikkerhed og angst. Folk bliver typisk aggressive i forsvar, hvis de opfatter noget som en trussel, f.eks. hvis deres barn går i krampe. Man må derfor ikke tage det personligt,” siger Birgitte Bækgaard Brasch.

Man skal i stedet reagere professionelt, se de aggressive patienter som en faglig udfordring og holde sig sit mål med patienten for øje.

”I stedet for at lade en situation udvikle sig til en magtkamp, hvor man måske føler ”nu skal jeg vise ham, hvem der bestemmer,” kan man

fokuserer på det, man skal have ud af kontakten med patienten. Kommer der f.eks. en patient ind på skadestuen, som af forskellige årsager har svært ved at vente og sidder og råber op – skal han så have lov til at vente, for han skal ikke have bedre vilkår end andre, eller ser du hans adfærd som en del af hans sundhedsproblem, hvor det vigtigste for dig som sygeplejerske er at få ham behandlet hurtigst muligt? Her er det nogle gange mere professionelt at lade ham komme lidt frem i køen, hvis det er muligt, så han kan blive behandlet uden at forpeste venteværelset for 10 andre mennesker og gøre arbejdsmiljøet utrygt for hele personalegruppen,” siger Birgitte Bækgaard Brasch.

Et ulige magtforhold

”Reagere professionelt” dækker over flere ting. Mange faktorer spiller ind på, om en patient bliver aggressiv, og om en episode udvikler sig voldeligt eller ej. For overhovedet at kunne forebygge vold er det vigtigt at forstå, hvad vold er, og under hvilke omstændigheder den kan opstå. Til det formål fremhæver Birgitte Bækgaard Brasch den såkaldte RRR-model, som er udviklet af de århusianske BST-konsulenter *Marian Popp* og *Michael Munch-Hansen* og nærmere beskrevet i deres bog ”Forstå og forebyg vold,” Munksgaard 2005. De tre R'er står for Relation, Rygsæk og Ramme, og RRR-modellen er ifølge Birgitte Bækgaard Brasch god til at analysere konkrete op-

levelser med, men også til at blive klogere på at forstå, hvad der sker i mødet mellem patient og personale. Kort fortalt står Relationen for samspillet mellem parterne, Rygsækkene for det, parterne hver især bringer med ind i relationen og Rammen for den situation og de omgivelser, parterne mødes under.

”Det er f.eks. vigtigt at være bevidst om, at relationen mellem patient og sygeplejerske som udgangspunkt indeholder et ulige magtforhold, hvor sygeplejersken ganske naturligt har mest viden og magt, og derfor er det ekstra vigtigt, hvordan denne magt forvaltes,” siger Birgitte Bækgaard Brasch.

”Som personale kan vi f.eks. ikke ændre på det eksisterende indhold i patientens rygsæk, der indeholder psykiske og identitets-

►►► KOMMUNIKATION OG FORHOLD, DER OFTE FØRER TIL AGGRESSION OG VOLD

- afslag
- krav
- afvisning
- angst
- frygt
- magtrelationer
- forståelsesvanskeligheder
- usynligt personale eller mange mennesker.

Kilde: Psykolog *Peter Berliner*, Vold og Trusler på arbejdet, GAD 1995.



patient i møde

mæssige forhold som opvækst, livshistorie og stressniveau og kropslige forhold som sanserne eller sygdomme. Vi kan kun putte noget nyt i, men det forudsætter, at vi kan opnå kontakt og komme i dialog med patienten. Vores egen rygsæk kan vi derimod godt ændre indholdet i."

Bevar overblikket

Derudover er der nogle helt bestemte forhold og budskaber, der fremprovokerer aggressivitet mere end andre (se boks side 22).

"Det er aldrig 100 pct. positivt at være pa-

tient. Man er ofte sårbar på den ene eller anden måde, og derfor er risikoen for konflikter stor, især hvis patienten er bange, oplever at blive afvist eller f.eks. bliver stillet over for nogle krav, han synes, han ikke kan magte," siger Birgitte Bækgaard Brasch.

Står en sygeplejerske over for en aggressiv patient, kan hun nedsætte risikoen for en voldelig udgang betydeligt, hvis hun evner at være opmærksom på både situationen, patienten og sig selv.

"Det er vigtigt, man bevarer overblikket. Tag situationen alvorligt og undersøg den. Hvad sker der i den konkrete situation?

Hvordan reagerer patienten? Hvad er det for nogle følelser, patienten er opfyldt af? Hvilke behov er ikke blevet opfyldt?

Beder en patient f.eks. om en kop kaffe, men bliver afvist med beskeden om, at der først er kaffe efter kl. 19, kan hele hans verden ramle sammen. Det bliver opfattet som et afslag på noget at drikke generelt, og en konflikt er opstået, selvom patienten blot var tørstig og sagtens kunne have fået noget andet at drikke," forklarer Birgitte Bækgaard Brasch.



Aggressivitet og vold bunder ofte i frygt, usikkerhed og angst, fortæller Birgitte Bækgaard Brasch, udviklingskonsulent på Sct. Hans Hospital.

Brug konfliktrappen

For at reagere professionelt er det dog også vigtigt, sygeplejerskerne er klædt ordentligt på til det. Du skal først og fremmest være bevidst om, at du er på job og indgår i en professionel relation med dine patienter. Og det er også vigtigt, at du er bevidst om dine egne grænser – hvad kan provokere dig? Men husk, pointerer Birgitte Bækgaard Brasch, at det ikke er dine personlige normer, der gælder på arbejdspladsen. Foruden RRR-modellen fremhæver hun også den såkaldte konfliktrappe og ikkevoldelig kommunikation som gode redskaber til at håndtere aggressive patienter og forebygge vold med (se boks side 24 om ikkevoldelig kommunikation).

"Konfliktrappen er et godt redskab til at vurdere, hvor alvorlig en konflikt er, og hvordan den kan gribes an. Den beskriver, hvordan konflikter kan optrappes eller afspændes, bl.a. på grund af sprogbrug. Og den giver nogle idéer til, hvordan man kan løse konflikter på de enkelte trin," forklarer Birgitte Bækgaard Brasch.

Ord og krop

Både sprogbrug og stemmeføring, men også kropssprog har meget at sige, når det drejer sig om at hindre en aggressiv patient i at blive voldelig. Det er f.eks. bandlyst at stå med hænderne i siden, når du skal overlevere et budskab, og det samme er manglende empati og forståelse for patientens situation. En måde at sikre, at både patientens behov og følelser, men også dine behov og budskaber kommer frem, er at kommunikere ved hjælp af den ikkevoldelige kommunikationsmodel, også kaldet girafsprog.

"Mange af mine kursister synes, at girafsproget er lidt omstændeligt, og det er det måske også til at starte med. Det er lidt som at lære et nyt sprog, og det tager selvfølgelig tid at blive fortrolig med det," siger Birgitte Bækgaard Brasch:)



►►► IKKEVOLDDELIG KOMMUNIKATION

Ikkevoldelig kommunikation, også kaldet girafsprag, er en kommunikationsmodel og et konfliktløsningsredskab, som den amerikanske psykolog *Marshall B. Rosenberg* har udviklet. Girafsprag bygger bl.a. på antagelser om, at der bag aggression, vrede, dom og kritik er et menneske med følelser og behov, der ikke er blevet hørt. Målet med girafsprag er at skabe en ligeværdig dialog, hvor alle parter behov bliver hørt og har betydning. Der arbejdes med fire trin:

- 1) Observere og give udtryk for fakta uden tolkninger, vurderinger og domme, f.eks.:
Når jeg ser/hører/mærker at ...
- 2) Udtrykke egen følelse eller gætte på den andens, f.eks.:
... så bliver jeg glad/ked af det/vred ...
... er det så, fordi du er glad/ked af det/vred?
- 3) Udtrykke eget behov bag følelsen eller gætte på den andens, f.eks.:
... for jeg har virkelig brug for anerkendelse/respekt/medfølelse ...
... er det så, fordi du har brug for ...?
- 4) Fremsætte en anmodning om en handling, der kan opfylde behovet, f.eks.:
Vil du godt ..., Kan jeg bede dig om ..., Sådan kan du gøre ...

Ikkevoldelig kommunikation står i modsætning til kommunikation, der skaber afstand, også kaldet ulvesprog, hvor parterne taler ud fra vurderinger, anklager, kritik, domme, krav osv.

I sygeplejerske-patient-relationen vil sygeplejersken sjældent italesætte egne følelser på trin 2, men det kan være en hjælp til at bevare roen ved at tænke trinnet for sig selv, f.eks.: "Når jeg hører patienten råbe vredt af mig, bliver jeg ked af det, for jeg har brug for anerkendelse som professionel," mens man til patienten kan sige: "Jeg kan høre, du råber efter mig. Er det, fordi du er frustreret over, at medicinen ikke er klar endnu?" På den måde viser sygeplejersken, at hun erkender, der er en konflikt og tager den alvorligt. Ifølge *Birgitte Bækgaard Brasch* er det vigtigste ved girafsproget dets principper og ikke, at firetrinsmodellen følges punkt for punkt.

Kilde: *Marshall B. Rosenberg*: Ikkevoldelig kommunikation.

►►► VOLD OG TRUSLER MOD SYGEPLEJERSKER

Den seneste landsdækkende undersøgelse af, hvor ofte sygeplejersker er udsat for vold og trusler om vold, blev foretaget i 2002. Det var en del af Dansk Sygeplejeråds og Arbejdsmiljøinstituttets, nu Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, store spørgeskemaundersøgelse af sygeplejerskernes arbejdsmiljø, som bl.a. mandede ud i delrapporten "Sygeplejerskers arbejdsmiljø, trivsel og helbred (SATH) Vold og trusler om vold" i 2004. Ifølge den havde 41 pct. af sygeplejerskerne det seneste år været udsat for vold eller trusler om vold fra patienter eller pårørende. Dansk Sygeplejeråd og Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø har netop gennemført undersøgelsen igen, hvor vold og trusler om vold indgår igen. De nye resultater forventes klar i november-december 2007.

►► "Mange tror desuden, at man ikke må sige nej, men det må, kan og skal man jo nogle gange som sygeplejerske. Og det bliver ofte nemmere, hvis man starter med empati for patientens behov. Så bliver det lettere for patienten at høre dine behov, der forhindrer dig i at sige ja. Ved at være empatisk viser sygeplejersken patienten, at hans behov betyder noget og er vigtigt, selvom sygeplejersken ikke kan eller vil opfylde det," forklarer *Birgitte Bækgaard Brasch*.

Ikke alle kan nås

Hvor de ovenstående afsnit fokuserer meget på, hvad den enkelte sygeplejerske kan gøre, understreger *Birgitte Bækgaard Brasch*, at der også skal sættes ind højere oppe i organisationen. Konkret opfordrer hun til, at alle afdelinger sætter temaet på dagsordenen blot ved at tale åbent om det og have fokus på sikkerhed og procedurer, men bl.a. også ved at udarbejde voldspolitik og kriseplan og tilbyde medarbejderne efteruddannelse og kurser.

Uanset hvor godt du og din arbejdsplads er klædt på til at håndtere aggressive patienter og voldelige episoder, er det dog ikke altid nok.

"Er du nået dertil, hvor du mener, du ikke kan gøre mere og frygter for din egen sikkerhed, er det tid til, at du trækker dig tilbage og henter hjælp hos en kollega," siger *Birgitte Bækgaard Brasch* og understreger, at man ikke kan nå alle patientgrupper ved at reagere professionelt.

"Når det kommer til patienter, der f.eks. er demente, psykotiske, psykisk syge, påvirkede eller af andre årsager uberegnelige, kan man ikke forebygge voldelige episoder systematisk. Her må man tage de forholdsregler, man kan, f.eks. altid gå to og to med patienten eller tage alarm på."

cso@dsr.dk

Kan vi ikke kræve noget af patienten?

Har patienter og pårørende ikke også et ansvar for, at mødet mellem dem og sundhedsvæsenet, f.eks. en sygeplejerske, ikke ender i skænderier og værste fald vold? Jo, og så alligevel ikke, mener udviklingskonsulent *Birgitte Bækgaard Brasch* fra Sct. Hans Hospital.

"Personale bliver også til patienter, nogle gange også besværlige patienter. Jeg har aldrig hørt om personale, der bliver til voldelige patienter, men vi kender jo alle de frustrationer, man kan få, når man er syg og usikker og ikke synes, man bliver lyttet til og taget alvorligt. Selvfølgelig har patienterne og vi alle sammen et ansvar som mennesker, men i mødet mellem patient og sygeplejerske må man forudsætte, at det er sygeplejersken, der har mest

overskud, da det ikke er hende, der står i en kritisk situation. Så når vi taler mest om, hvad sygeplejersken kan gøre, er det, fordi det er svært at arbejde med de andres rygssæk, jf. RRR-modellen. Det er nemmere og helt oplagt at arbejde med sin egen tilgang, og så kan det forhåbentlig smitte af på patientens holdning, hvis de føler sig mødt, anerkendt og forstået i det, de kommer med," siger hun, men understreger:

"Jeg synes, alle mennesker generelt har et ansvar for, at kommunikation og samarbejde kommer til at forløbe optimalt. Alle må gøre en indsats, det er bare ikke alle, der er lige godt klædt på til det."

cso@dsr.dk

Konflikttrappen – sammenhæng mellem sprog og konflikt

Sproghandlinger, der kan afspænde



Sproghandlinger, der kan optrappe

Før en ulykke rammer

Forebyggelse. I en tid, hvor landets skadestuer melder om et stigende antal aggressive og voldelige patienter, har de ingen voldsepisoder haft på skadestuen på Regionshospitalet Holstebro.

AF SINE MADSEN, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

De kalder det at bygge et lyskryds, før ulykken sker. Selv om skadestuen på Regionshospitalet Holstebro ikke har haft et eneste overfald, har de alligevel valgt at udvikle en krise- og voldspolitik. Så er de nemlig rustede til at forebygge og håndtere krisen i tilfælde af, at skaden sker.

Da afdelingssygeplejerske *Helle Østergaard* blev ansat på skadestuen i 2004, oplevede hun, at kommunikationen internt mellem faggrupperne ikke fungerede. Hun følte det som sin pligt at ruste sit personale og tog hånd om problemet.

”På den afdeling, jeg kom fra, havde jeg oplevet, at ingen leder ville tage hånd om de

kommunikative problemer, der kunne være på en arbejdsplads, og det synes jeg var mærkeligt,” siger Helle Østergaard.

Efter et arbejdsmiljøkursus kontaktede hun en erhvervspsykolog, som over fem sessioner lærte personalet via supervision at håndtere verbale konfliktsituationer som f.eks. at sige fra.

”Ret hurtigt kom møderne også til at omfatte uhensigtsmæssig adfærd fra patienternes side, når de smed rundt med møblerne eller råbte og skreg af sygeplejerskerne,” siger Helle Østergaard og fortæller om en episode, hvor en patient tissede i et hjørne.

”Det var en klar overtrædelse af vores grænser. Derfor var det også vores evne til at sætte grænser, som vi primært arbejdede med i supervisionen sammen med erhvervspsykologen,” siger Helle Østergaard.

Krisekuverterne

Det tog personalet et år at udvikle den krise- og voldspolitik, der virker på skadestuen i

Afdelingssygeplejerske Helle Østergaard og hendes personale brugte et år på at udvikle skadestuens krise- og voldspolitik.



FOTO: OLE MORTENSEN/ILSTED.COM

dag. Der skulle mange diskussioner og personalemøder til, men det er en vigtig del af processen, mener Helle Østergaard. Det færdige resultat blev til en handlingsplan med vejledende instrukser i tilfælde af vold eller krisesituationer.

De oprettede krisekuverter, som i praksis betyder, at plejepersonalet har udvalgt en person fra afdelingen, som i tilfælde af en krisesituation skal være kontaktperson og sørge for, at den kriseramte får den nødvendige førstehjælp. Men indtil nu står kuverterne altså stadig uåbnet bag Helles skrivebord.

Gennem supervisionen lærte personalet også at spotte, hvornår en kollega går ind i en krise.

”Hvis din kollega reagerer kraftigt på en ting, som umiddelbart kan virke som en petitesse, er det ikke op til dig at vurdere, om det er for meget. Det kan være tredje gang den uge, at din kollega oplever at blive overfuset,” siger Helle Østergaard.

Der er ikke nogen skadestue i Danmark, hvor man kan forudsige dagens opgaver, eller hvilke mennesker man skal behandle. Helle Østergaard mener derfor, at en krise- og voldspolitik er nødvendig.

”Vi har procedurer for at beskytte personalet mod hiv-smitte og multiresistente bakterier. Det er kun naturligt også at have procedurer for volds- og krisesituationer,” siger Helle Østergaard.

Siden indførelsen af krise- og voldspolitikken prioriterer hun hvert år at sende personalet af sted på supervisionskurser for at vedligeholde træningen i de verbale konfliktsituationer.

sma@dsr.dk



))) FORSLAG TIL KRISEPLAN

- en liste over de kolleger, man har størst tillid til og ønsker hjælp fra i en krisesituation
- en liste over, hvem der evt. skal kontaktes i tilfælde af vold (familie og pårørende)
- en vejledning i psykisk førstehjælp i krisesituationer og råd om, hvordan man bedst muligt støtter den kollega, det er gået ud over
- en beskrivelse af, hvordan der konkret skal følges op på voldsepisoden, f.eks. registrering.

Kilde: www.voldsomudtryksform.dk

))) TÆNK OGSÅ FOREBYGGELSE AF VOLDELIGE OG TRUENDE EPISODER I FORBINDELSE MED BL.A.

- arbejdspladsvurderingerne og det psykiske arbejdsmiljø
- tekniske forhold som overfaldsalarmer, flugtveje, sikrede døre, overvågningskameraer, kaldeanlæg og som arbejdspladsens fysiske indretning
- efter- og videreuddannelse.

Find mere inspiration på www.voldsomudtryksform.dk

Tag hånd om alle hændelser

Beredskab, tak. Ikke én trussel eller voldsepisode er for lille til at blive analyseret eller registreret. Det sikrer fokus på problemet, hvilket igen kan forebygge lignende, men også grovere episoder, siger arbejdsskadekonsulenter i Dansk Sygeplejeråd.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST

Har en sygeplejerske været udsat for en truende eller decideret voldelig patient, er det vigtigt, at hun får 100 pct. støtte af kolleger og ledelse. Uanset om der er tale om fysisk eller psykisk vold, er åbenhed om episoden og hjælp til at få den bearbejdet altafgørende for, om hun kommer gennem den som et helt menneske og dermed også arbejdsdygtig sygeplejerske. Det mener arbejdsskadekonsulenterne *Else Bjerre* og *Søren Madsen* i Dansk Sygeplejeråd.

”Selvom der er tale om en lille og ved første øjekast måske ubetydelig hændelse, er det vigtigt, man får talt den igennem med sin sikkerhedsrepræsentant, kolleger eller ledelse. Vi har i hvert fald set flere eksempler på sygeplejersker, der går psykisk ned efter at have været udsat for flere små krænkelser over en længere periode. Og det kan måske undgås, hvis personalet taler åbent om oplevelser med krænkende eller truende patienter,”

siger Else Bjerre og foreslår bl.a., at emnet bliver sat på som fast punkt på dagsordenen, når der bliver holdt afdelingsmøder eller lignende.

Dansk Sygeplejeråd behandler løbende 600-700 arbejdsskadesager, hvoraf omkring hver femte skyldes vold. Og tallet kunne måske være lavere, hvis voldspolitikker og krisepplaner blev anvendt på alle arbejdspladser.

”Vores erfaring er, at det sjældent ender i store problemer for den enkelte medarbejder, hvis arbejdspladsen har en voldspolitik og krisepplan, der fratager offeret for ansvar,” siger Søren Madsen.

En voldspolitik og krisepplan hænger tit sammen og signalerer, at både ledelse og medarbejdere tager trusler og voldsepisoder alvorligt, både før, under og efter de er sket. Ved mindre krænkelser kan det være nok at tale episoden igennem med en kollega eller sikkerhedsrepræsentanten. Andre gange er

det nødvendigt, at offeret får psykisk førstehjælp og måske også psykologbistand over en længere periode. Voldsepisoder, der har medført fravær i en dag eller flere, skal meldes til Arbejdstilsynet og muligvis også Arbejdsskade styrelsen og politiet med henblik på erstatning. Else Bjerre og Søren Madsen råder også sygeplejerskerne til at henvende sig til deres sikkerhedsrepræsentant og amtskredskontor, hvis de har behov for hjælp. Amtskredskontoret formidler sagen videre til arbejdsskadekonsulenterne i Dansk Sygeplejeråds sekretariat.

”Man skal ikke acceptere vold. Derfor mener jeg, at man skal registrere alt lokalt, også de små hændelser. Gør man det, får man et bredere billede af, hvor og hvornår de tilspidsede situationer opstår, og så er det nemmere at forebygge,” siger Søren Madsen.

cso@dsr.dk

))) SKRIV EN KOMMENTAR

Har artiklerne om aggressive patienter og pårørende vakt noget i dig? Klik ind på vores hjemmeside og bland dig i debatten – giv dine erfaringer eller kommentarer videre på:

WWW.SYGEPLEJERSKEN.DK

Fagnørder. I Københavns Kommune er flere af visitatorerne specialister på hver deres fagområde. Derfor kommer kollegerne til Hanne Hein, hvis de har spørgsmål i forbindelse med demente borgere.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

”Hanne, jeg har den her borger med begyndende demens. Hun vil gerne på plejehjem, og sønnen vil snart på ferie. Hvordan klarer jeg den?”

Sygeplejerske og visitator Hanne Hein er knap trådt ind på sit kontor, før dagens første kollega kommer forbi for at få et godt råd. Foruden at passe sit job som visitator med ansvar for 200 borgere er Hanne Hein nemlig en af de såkaldte ressourcepersoner i hjemmeplejen i Vanløse, Brønshøj og Humsø. Mens andre har ansvar for bl.a. ernærings- og hjerneskadeområderne, er Hanne Hein ressourceperson på demensområdet. Derfor kommer kollegerne til hende, når de skal visitere en borger til en demensplads eller står over for komplekse problemstillinger i forbindelse med en dement eller begyndende dement borger.

”Lige siden jeg fik mit første job som hjemmesygeplejerske i 1990, har jeg interes-

seret mig for det. Jeg undrede mig f.eks. over, hvorfor hr. Hansen ikke kom i bad, og hvorfor pårørende til demente kørte helt ned. For mig er arbejdet med borgere med demens som ulandsarbejde i Danmark. Det er en meget svag gruppe, som har svært ved at erkende, de har en sygdom, og svært ved at gøre opmærksom på deres behov.”

Dagens første spørger, visiterende ergoterapeut *Inger Marie Ebbesen* får derfor et kompetent råd, før Hanne Hein lettere forsinket haster videre til et formiddagsmøde med *Charlotte Agger*, der er forstander på demenscentret Pilehuset. De mødes fast en gang om måneden for at diskutere og prioritere, hvilke borgere der skal placeres hvor eller have andre tilbud lige nu.

Efter en kort visit på sit kontor, byder Hanne Heins eftermiddag bl.a. på et hjemmebesøg hos 75-årige *Birthe Jørgensen*. Hun er på ingen måde dement, men har alligevel fået syg-

dommen tæt ind på kroppen, da hun i næsten seks år har passet sin mand, der lider af Alzheimers sygdom, hjemme. For knap et år siden fik han plads i Pilehuset, og nu er det Birthe Jørgensens tur til at få opmærksomhed, da både ryg og knæ skranter. Og på Hanne Heins initiativ kommer de også godt omkring Birthe Jørgensens store og følelsesladede arbejde med sin mand, som hun på en måde også har mistet efter at have kendt ham siden 1955.

Hanne Hein vil ikke undvære hjemmebesøgene, men hun kunne godt tænke sig ansvar for lidt færre borgere, da hun i teorien kun har tre timer om ugen til funktionen som ressourceperson. Der bliver dog også plads til efteruddannelse, da ressourcepersonerne netop er forpligtede til at holde sig fagligt og lovmæssigt ajour på deres ansvarsområder. Og det er på ingen måde en sur forpligtelse, fortæller Hanne Hein.

Skal man kunne noget specielt for at arbejde som ressourceperson?

”Viden er vigtigt, men praktisk erfaring betyder også meget. Det at have set mange mennesker, som grundlæggende har samme diagnose, men alligevel reagerer vidt forskelligt, da mennesker er forskellige. Du skal også kunne dele din viden – lytte, stille spørgsmål, vende og dreje situationen med den, som søger vejledning, sparring eller supervision. Og ikke mindst erkende, at du ikke ved alt, men måske skal trække på andres viden.”

cso@dsr.dk

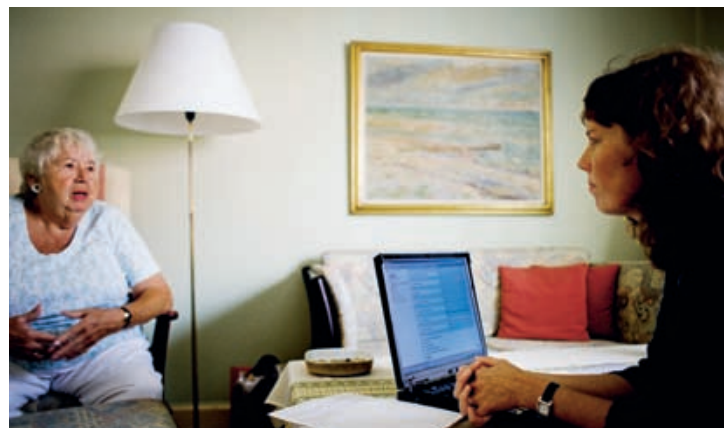
Din bedste oplevelse med en patient i den forgangne uge?

”Forleden besøgte jeg Pilehuset i forbindelse med flytning af en borger. Her opstod der konstant konflikter mellem en gruppe beboere. Én kunne ikke finde sine børn. En anden forstod, at børnene måtte være voksne og prøvede at korrigere, mens sorgen og frustrationen gnavede i den første. Én begyndte at synge, mens den anden skældte ud over genren af sangen. Jeg er dybt fascineret over, hvordan personalet magter at passe borgerne og gør en stor forskel. Det har jeg fantastisk stor respekt for.”

SPECIALIST I AT VISITERE DEMENTE



I sags gennemgangen opdager Charlotte Agger (tv.) og Hanne Hein, at en apoplek-sipatient ved en fejl er blevet visiteret til en plads på Pilehuset. Demenssygdomme er et vidt begreb, og der sker derfor nogle gange fejl, især i kommuner uden ressourcepersoner, fortæller Hanne Hein.



Efter at have passet sin mand i mange år skal Birthe Jørgensen lære at sætte sig selv i første række igen. Hanne Hein hjælper hende godt på vej bl.a. ved at holde fast i, at hun bør takke ja til en operation i knæet og forsikre hende om, at ægtemanden godt kan undvære hendes daglige besøg en uge eller to.



Hanne Hein bliver ofte ringet op af andre bydele med henblik på vejledning og af udenbys pårørende til mennesker med demens, som har behov for et specialtilbud. F.eks. i Pilehuset, der har to afsnit for borgere, som lider af frontotemporal demens eller nervesygdommen Huntingtons Chorea.



Som ressourceperson har Hanne Hein en del administrative opgaver bl.a. i forbindelse med servicelovens § 129-sager, den såkaldte magtanvendelsesparagraf, som nogle gange må benyttes, hvis borgerne er til fare for sig selv og ikke frivilligt kan eller vil flytte på plejehjem.

BORGERE



Hanne Hein har taget en række kurser i demenssygdomme, bl.a. den sociale diplomuddannelse med fokus på tværfagligt samarbejde, hvor tre af modulerne fokuserer på demensområdet.



Visitorator på plejehjemmene, Annette Stabel, kigger tit forbi Hanne Heins kontor, hvis hun er i tvivl om faglige, men også lovmæssige spørgsmål, f.eks. brugen af GPS i forbindelse med en plejehjemsbeboer.



Formen bliver holdt ved lige, da de 10-15 hjemmebesøg, hver visitorator har om ugen, primært foregår på cykel.

Sov godt

Søvnløs. Hver femte dansker lider jævnligt af søvnløshed. En stor del af problemerne kan afhjælpes med gode vaner frem for sløvende sovemedicin.

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST • FOTO: SIMON KNUDSEN

Søvnløshed er den mest udbredte søvnforstyrrelse. En femtedel af befolkningen vender og drejer sig i sengen, og lidelsen er derfor mere udbredt end snorken. Søvnforskere peger på, at årsagen til søvnløshed bl.a. skal findes i stress og et hæsblesende tempo i dagligdagen både på arbejde og i fritiden.

Når man sover dårligt, har man større risiko for at komme ud for en arbejdsulykke eller for at komme til at begå fejl. I forhold til de udhvilede har de søvnløse højere sygelighed og større fravær, større kontakt med sundhedsvæsenet som patienter, større forbrug af lægemidler og generelt kortere levetid.

355.000 danskere tager sovemedicin. Det er ifølge søvnforskerne et alarmerende højt tal.

”Sovemedicin virker sløvende, og sløvhed er ikke det samme som søvn. Det kan hjælpe

folk til at falde i søvn, men på bekostning af hvad? Mange risikerer at blive afhængige af medicinen,” siger overlæge *Søren Berg* fra søvnlægecentret Scansleep.

Hvis problemet er, at man kommer hjem fra aften- eller nattevagt og ikke kan falde i søvn, så råder han til, at man venter med at sove, til man bliver naturligt træt. Fra 40-årsalderen bliver det sværere at vænne sig til skiftende søvnmønstre.

”Man skal trække stikket ud til telefonen og isolere sig. Det skal helst være mørkt, og det er en god idé at bruge sovebriller, fordi lyset stimulerer hjernen, så hormonet melatonin, der fremkalder søvn, bliver trykket ned,” forklarer *Søren Berg*.

Mindst seks timers sammenhængende søvn og en lille for-sover inden vagt burde være nok til, at man kan møde udhvilet på vagt.

”Hvis det overhovedet kan lade sig gøre, er det godt at tage 20 minutters powernap under nattevagten. Eller nogle korte pauser, hvor man lige lukker øjnene og blunder lidt,” siger *Søren Berg*.

sbk@dsr.dk

”Man skal trække stikket ud til telefonen og isolere sig. Det skal helst være mørkt, og det er en god idé at bruge sovebriller, fordi lyset stimulerer hjernen.”

Søren Berg, overlæge.





))) ARBEJD MED URET

Det er sværere at sove om dagen end om natten, fordi alle mennesker er udstyret med et indre ur, der styrer døgnrytmen. Nyere forskning har vist, at lyset er klart vigtigst, når døgnrytmen skal indstilles. Det nytter ikke at modarbejde det indre ur eller forsøge at sætte det ud af kraft med sovemedicin. Man får mest mulig søvn, hvis man arbejder i vagter, der er fremadskridende med uret dvs., at når man skifter vagt, går der mindst 24 timer, før man møder på arbejde igen. Det sundeste er at nøjes med 2-4 nattevagter i træk, ellers risikerer man at slå det indre ur ud af kurs og få medfølgende søvnløshed.

Læs mere om søvn i pjecen "Gode råd til nattevagten om søvn og powernapping" på www.dsr.dk under "arbejdsmiljø."

))) 10 GODE SOVERÅD

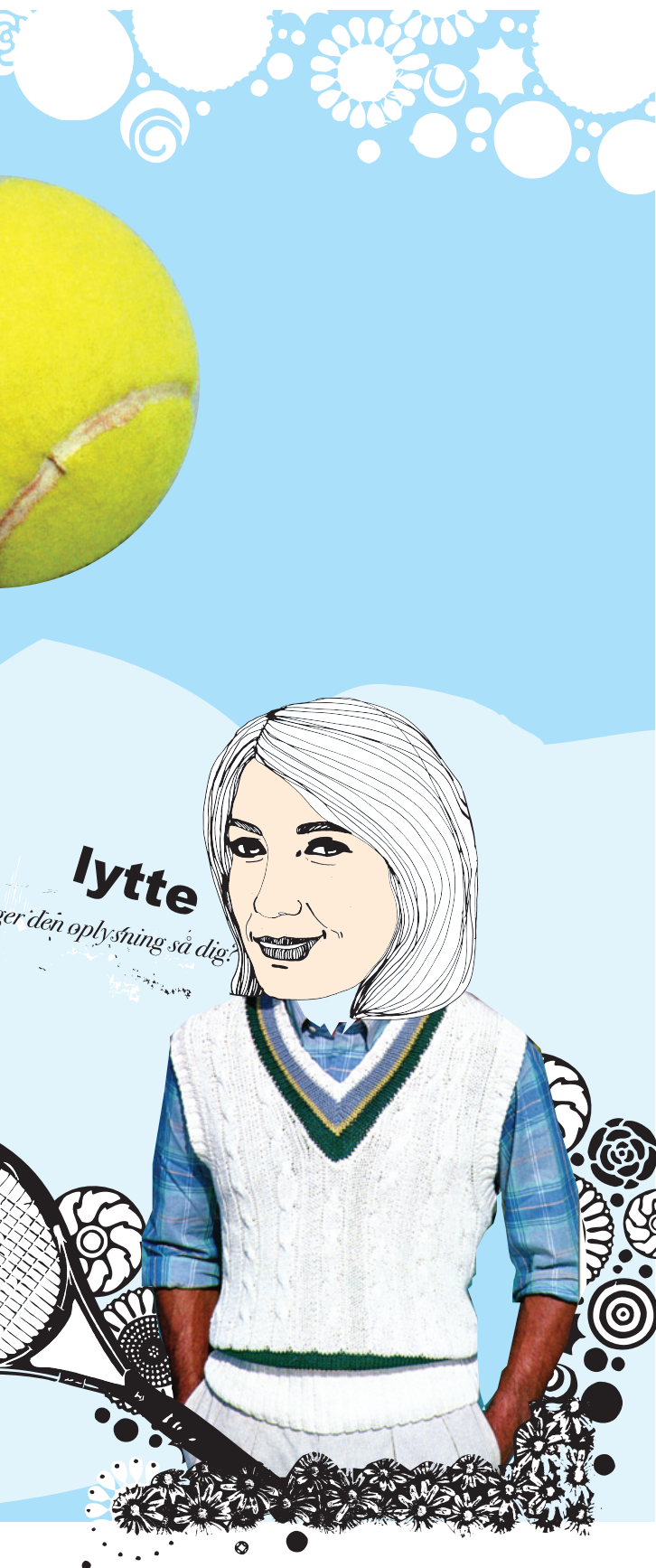
- 1 Sørg for at have en god seng, som passer dig med hensyn til størrelse, madrastype og sengeklæder.
- 2 Soveværelset skal have en passende temperatur, dvs. ikke for varmt og ikke for tørt.
- 3 Sengen er kun til søvn og sex, undgå andre aktiviteter i sengen, så sengen ikke forbindes med andet.
- 4 Stå op på samme tid hver dag, eventuelt også på fridage. Det styrker kroppens indre ur.
- 5 Undgå voldsom fysisk aktivitet, umiddelbart inden du vil lægge dig. Læg hellere træningen et par timer, inden du planlægger at gå i seng.
- 6 Undgå store måltider, kaffe, cola og andre stimulanser, inden du går i seng.
- 7 Gå dog ikke sulten i seng, tag i så fald et lille mellemmåltid, gerne med noget varmt at drikke f.eks. beroligende te eller varm mælk.
- 8 Et varmt bad, umiddelbart inden du lægger dig, kan også være søvnfremkaldende.
- 9 Hvis du ikke kan sove eller vågner og ikke kan falde i søvn igen, så stå op for at undgå at skabe en betinget refleks, som gør, at sengen forbindes med ikke-søvn. Læs en bog, der ikke er for spændende eller gæt kryds- og tværs. Når du føler dig søvnig, kan du gå tilbage til sengen igen.
- 10 Forsøg med forskellige afspændingsteknikker eller lyt til stille, beroligende musik. Sørg for at have et apparat, som slukker af sig selv efter en vis tid, lydløst.



Definition:

”Coaching er at hjælpe andre til at lykkes, gennem samtale at hjælpe aktørerne til at nå deres mål.”

Kilde: Norsk forfatter til coachinglitteratur, Morten Emil Berg.



Målbevidst. Kommuner og sygehuse tilbyder i stigende grad coaching til deres ledende medarbejdere som støtte i deres lederrolle. Den spørgende tilgang til ledere, medarbejdere, patienter og pårørende vinder terræn i sygeplejen.

COACHING VINDER INDPAS I SYGEPLEJEN

AF SUSANNE BLOCH KJELDSEN, JOURNALIST • ILLUSTRATION: NATHALIE NYSTAD

Det handler om at spørge og lytte. Lade personen finde en løsning selv. Når man coacher, skal man endelig ikke komme med gode råd eller fortælle, hvordan man engang selv har tacklet et lignende problem. Idrættens metode til at træne sportsudøvere har vundet indpas i sygeplejen, men coaching er ikke kommet for at erstatte sygeplejefaglig vejledning og supervision.

Annemette Olesen, der er formand for Fagligt Selskab for Sygeplejefaglige Vejledere, har bidt mærke i, at coaching er blevet rigtig populært blandt sygeplejersker.

”Coaching er et begreb, mange bruger om meget forskelligt, og jeg synes, det er svært at få hold på, hvad det egentlig er, og hvad forskellen er på coaching og supervision. Der er rigtig meget forvirring blandt vores medlemmer,” siger Annemette Olesen.

Med til begrebsforvirringen hører, at sygeplejefaglig vejledning som betegnelse er på vej ud til fordel for ”sundhedsfaglig supervision,” som den nye tværfaglige uddannelse hedder i CVU-regi.

”En af forskellene på coaching og supervision er, at de to metoder har forskellige teoretiske udgangspunkter. Hvor supervision udspringer af psykologisk og pædagogisk tænkning, så stammer coaching fra sportens verden, som jo handler om at træne, vinde og sejre. Coaching er fremadrettet, hvor supervision traditionelt måske er mere analyserende og reflekterende,” siger Annemette Olesen.

Når coaching er blevet så populært i samfundet, mener hun, det kan skyldes, at det lyder mindre alvorligt at modtage coaching end at modtage supervision.

”Enhver med respekt for sig selv modtager gerne coaching. Supervision lugter lidt mere af, at man har nogle problemer, selv om det bestemt ikke behøver at være tilfældet,” siger Annemette Olesen.

Fokus på ledelse

Sygeplejerske og konsulent i sektionen for kompetenceudvikling Inger Gadgil fra Universitetssygehuset i Tromsø i Nordnorge skal

AFDELINGSSYGEPLEJERSKEN COACHER PERSONALET

Afdelingssygeplejerske på Onkologisk Afdeling A270 på Vejle Sygehus *Hanna Lyhne Pedersen* er selv gået i gang med en coachuddannelse, og hun tilbyder coaching til sygeplejerskerne i afdelingen i faglige emner, aldrig om personlige ting. Det er sygeplejerskerne selv, der vælger et emne.

"Reaktionen fra flere af de unge sygeplejersker har været: "Hvor er det fedt." De vil gerne kigges over skulderen, have udviklet deres kompetencer og føle sig mere sikre," siger *Hanna Lyhne Pedersen*.

Hun er bevidst om, at magtforholdet i coachingseancerne ikke er helt lige, fordi hun er leder. Det er ellers en af betingelserne i coaching, at man er ligeværdige parter

"Jeg starter altid med at gøre det klart, at jeg i nogle situationer vil være nødt til at træde ud af coachrollen og tage lederkasketten på. Det kan f.eks. være, at jeg må sige, at jeg ikke kan gøre noget ved normeringen lige nu, men at vi godt kan tale om, hvordan man kan agere i det arbejdspress, der er," siger hun.

Hun tilbyder også coaching til alle nyansatte efter de første otte uger.

"På det tidspunkt er introduktionen overstået, og de er faldet lidt til. Coachingen har til formål at gøre dem mere bevidste om deres rolle i afdelingen. Det kan handle om at lære at reflektere sig frem til, hvad det bedste er at gøre i en bestemt situation. F.eks. at lære, at man nogle gange skal tage sig lidt tid til at træffe den rigtige beslutning," siger *Hanna Lyhne Pedersen*.

Christina Isaksen er en af de nye sygeplejersker på afdelingen, der har prøvet at modtage coaching.

"Jeg havde svært ved at tackle følelsen af magtesløshed, når jeg plejer en terminal patient. Vi talte om, at det som sådan ikke er et problem at tage arbejdet med hjem, men at man skal kunne lukke af



Sygeplejerske *Christina Isaksen* mener, at coaching har givet hende større selvtillid som sygeplejerske.



Afdelingssygeplejerske *Hanna Lyhne Pedersen* tilbyder coaching til sygeplejerskerne på Onkologisk afdeling på Vejle Sygehus.

FOTO: THOMAS SONDERGAARD

for det. Jeg er blevet bevidst om, at når jeg går fra arbejde, kan jeg ikke gøre mere for patienten," siger *Christina Isaksen*.

Hun synes, at coachingseancerne over to gange har givet hende større selvtillid.

"Som ny sygeplejerske er jeg blevet bevidst om, at jeg netop skal bede de andre om at hjælpe mig. Jeg er også blevet opmærksom på, at jeg har nogle styrker, som jeg ikke troede, at jeg havde. F.eks. at jeg midt i travlheden godt kan tage mig tid til at koncentrere mig om en patient og lukke andet ude. Samtalerne med *Hanna* har fået mig til at vokse lidt. Jeg føler mig på rette vej," siger *Christina Isaksen*, som ser det som en fordel at blive coachet af én, som kender hende i forvejen.

» holde oplæg om coaching på Fagligt Selskab for Sygeplejefaglige Vejlederes landsmøde i januar. Det norske sygehus har besluttet, at alle ledere skal tilbydes coaching for at bevidstgøre dem om deres lederfunktion og øge den personlige kompetence. Et mål er, at alle ledere skal have en coachende lederstil. *Inger Gadgil* er selv uddannet coach, men er også sygeplejefaglig vejleder.

"Coaching er populært, fordi der er kommet mere fokus på lederens behov for udvikling og støtte. Coaching kan både handle om det faglige, det personlige og private. Ofte hænger ens muligheder for at handle arbejdsmæssigt sammen med, hvordan man har det uden for arbejdet. I coaching dvæler man ikke ved fortidens problemer, man ser fremad og forsøger at skabe resultater," forklarer *Inger Gadgil*, som mener, at man skal have en sundhedsfaglig uddannelse for at kunne coache andre sundhedspersoner.

Anja Grøndahl fra firmaet Coachpartners

er uddannet sygeplejerske, og hun har tidligere brugt coaching i sit arbejde. I dag bruger hun det i forhold til sygeplejersker, lærere og forældre til handicappede børn. Hun mener, at metoden er velegnet til mange af de problemer, sygeplejersker har i dagligdagen.

"Coaching egner sig godt til at tale om psykisk arbejdsmiljø, manglende arbejdsglæde og faglig udvikling, men det forudsætter en ekstern coach. Som medarbejder vil man ofte ikke sidde over for sin leder og lukke op for det, der spærrer for udvikling, og det, der fylder meget," siger *Anja Grøndahl*.

Skaber overblik

Ergoterapeut og coach *Jette Bülck* fra firmaet Kompetencecoaching coacher personalet på flere store sygehuse, heriblandt afdelingssygeplejersker. Hendes erfaring er, at arbejdspladserne især bruger coaching som personalepleje for at øge arbejdsglæde og trivsel og for at forebygge stress og sygefravær. I udvik-

lingsprocesser bruger de coaching til at løfte processen.

"Coaching kan også bruges til refleksion og til at få et overblik i en meget travl hverdag, hvor man kan vende sine tanker med en neutral person og få øje på de uudnyttede ressourcer. Metoden har den fordel, at man kobler forståelsesaspektet med handlingsaspektet, så man kan handle målrettet og bruge sine ressourcer mere effektivt. Det er de ressourcestærke, der bruger coaching, dem der er proaktive og godt kan finde ud af at handle, men som har brug for hjælp til at få overblik," siger hun.

Når *Jette Bülck* indgår aftale med arbejdspladser om at coache personalet, betinger hun sig altid, at det er medarbejderens eget mål, der er fokus på.

"Slutresultatet må ikke være defineret af ledelsen. Det har stor betydning for motivationen undervejs og for udbyttet af sessionen. Tillid mellem coach og fokusperson er fun-

))) COACHING ER FREMADRETTET

Supervision og vejledning stammer fra psykologiens og pædagogikkens verden, mens coaching kommer fra sporten.

- Coaching er fremadrettet, mens supervision er mere analyserende.
- En leder kan supervisere sine medarbejdere, men i coaching skal parterne være lige værdige.
- En leder kan dog coache, hvis man er bevidst om lederrollen og ikke forventer, at medarbejderen fortæller alt. Man kan godt coache uden at være fagligt dygtigere end den, man coacher.
- Coaching handler om at være god til at stille spørgsmål. Forventningen til en supervisor er deri mod, at vedkommende er fagligt dygtigere.
- Det er den, person, der bliver coachet, der skal komme med svarene. Man kan ikke blive coachet, hvis ikke man er parat til det.

Under coaching er det forbudt at komme med gode råd, det er det ikke ved supervision.

damentalt, og den, der bliver coachet, skal kende præmisserne,” siger hun.

Lederen som coach

Sygeplejerske, cand.psych. og konsulent i firmaet Attractor *Bettina Høeg* har stået for undervisning af afdelingssygeplejersker på flere store sygehuse, bl.a. i, hvordan man kan bruge coaching i forbindelse med medarbejderudviklingssamtaler. Attractor er et af de coachingfirmaer, der har specialiseret sig i, hvordan ledere kan bruge coaching.

”Ledelsesbaseret coaching er ikke den samme form for coaching, som når man går til en ekstern coach og selv bestemmer, hvad man gerne vil tale om. Når lederen er coach, er lederen med til at bestemme og sætte dagsordenen for, hvad man skal tale om. Man taler typisk ud fra de værdier, der er i organisationen, og fokus er på medarbejderens rolle i det, man er ansat til, f.eks. at yde service til nogle borgere. Metoden ledelsesbaseret coaching har hele tiden virksomhedens mål for øje. Fokus er på arbejdsopgaverne,” siger Bettina Høeg.

Det stiller høje krav til lederen om at kunne skifte mellem rollen som leder og rollen som coach på en tydelig måde, så medarbejderen ikke er i tvivl om, hvad der er lederens mål.

”Der vil altid være en magtdimension i relationen mellem leder og medarbejder, og det skal man ikke være blind for,” siger hun.

Som konsulent i ledelse anbefaler hun ledere at lære den coachende ledelsesstil, som enten er coachingsamtaler eller en coachende tilgang, det vil sige en spørgende og lyttende tilgang til sine medarbejdere.

”Det er klart, at der er nogle situationer, hvor en leder skal træffe en beslutning. Men der kan være andre situationer, hvor medarbejderne vil føle sig bedre motiveret, hvis de selv kan være med til at beslutte, hvordan det skal være, for at det giver mening på deres arbejdsplads. Ledel-

sesbaseret coaching handler om at skabe motivation hos medarbejderne, så de føler, at de selv er med til at træffe beslutninger om deres eget arbejde,” siger Bettina Høeg.

sbk@dsr.dk

Læs også artiklen ”Kollegial coaching – fra venindesnak til faglig udvikling” side 52.

Har du nogle gode eller dårlige oplevelser med coaching, som du vil dele? Klik ind på coachingtemaet på www.sygeplejersken.dk og skriv din kommentar.

))) LEDERE I ÆLDREPLEJEN ARBEJDER MED SIG SELV

I kommunerne er det især ledende sygeplejersker og gruppeledere på plejehjem og i hjemmeplejen, der bliver tilbudt coaching. Lokalområde Vanløse, Brønshøj og Husum i Københavns Kommune har som det første ældrekontor i kommunen et fast tilbud om coaching til ledere og mellemlidende og i nogle tilfælde grupper af medarbejdere. Tilbuddet lyder på fem coachingseancer, og imellem hver seance skal lederne arbejde med sig selv. De kan vælge, om de vil coaches af en medarbejder i det lokale ældrekontor, eller om de vil coaches af en medarbejder, der arbejder centralt i kommunens sundheds- og omsorgsforvaltning. Man kan også modtage coaching af en ekstern coach, der ikke er ansat i kommunen.

”Det skyldes, at vi har en dobbeltrolle som arbejdsgivere. Vi er både strammere og udviklere, og hvis nogen synes, det er et problem, kan de tage imod tilbuddet om ekstern coaching,” siger udviklingskonsulent og ergoterapeut på ældrekontoret i Vanløse, Brønshøj og Husum, *Martin Darré*, der er uddannet coach.

))) FIND VEJ I COACHINGJUNGLEN

Hvis du vil uddanne dig til coach:

- Find ud af, hvad du skal bruge coaching til og ring til forskellige uddannelser og spørg, hvad de kan tilbyde. Nogle uddannelser er mere praktiske, mens andre er mere teoretiske.
- Se efter, hvilke krav coachingudbydere stiller til sig selv. Der findes endnu ingen nationale kvalitetskrav, men coachingbranchen arbejder på det. Der gælder forskellige krav til certificering, som bygger på uddannelsens længde, teori, praktik og etik.
- Nogle firmaer tilbyder kurser i ledelsesbaseret coaching, mens andre kalder det coachingbaseret ledelse. Der kan være forskel på, hvad firmaerne lægger mest vægt på, ledelse eller coaching.

Hvis du ønsker at finde en coach for selv at blive coachet:

- Tjek coachens referencer og uddannelse.
- Gælder det et spørgsmål i fagligt øjemed, så overvej at finde en coach med sundhedsfaglig baggrund.

Kilder: *Bettina Høeg*, sygeplejerske, cand.psych., coachuddannet, *Anja Grøndahl Petersen*, sygeplejerske og coach, *Inger Gadgil*, sygeplejefaglig vejleder og coach.

Grænsen er overskredet

Mange medicinske afdelinger er nødlidende. Svage patienter på gangene. Sygeplejersker, der ikke har tid til at yde den mest basale sygepleje. Og pårørende, der føler sig oversete.

Grænsen for, hvad sundhedsvæsenet kan byde nogle af de svageste patienter, er for længst overskredet. Det samme er grænsen for, hvad sygeplejerskerne kan holde til.

Jeg ved, at sygeplejerskerne kæmper for at få afdelingerne og arbejdslivet til at fungere. I gør det utroligt flot.

Men jeg ved også, at mange af jer tænker: Det er slet ikke det sundhedsvæsen, jeg drømte om at arbejde i.

Hvordan er det gået så galt? Det er der ikke nogen enkel forklaring på. Ud over, at de medicinske afdelinger i årevis har været nedprioriteret af politikerne.

På 10 år er hver femte seng på de medicinske afdelinger nedlagt. Det er gået alt for stærkt, og mange steder har det medført massiv overbelægning. Hertil kommer et stigende tidspres på grund af plejetyngden, genindlæggelser og færdigbehandlede patienter, der ikke kan udskrives. De vilkår gør det svært at fastholde sygeplejerskerne. Konsekvensen er mange nyuddannede og færre erfarne sygeplejersker.

Der tegner sig et billede af en ond cirkel, der sætter de medicinske afdelinger under et uholdbart pres.

Forudsætningen for at bryde den onde cirkel er, at alle, der har et ansvar for problemerne, påtager sig et medansvar for løsningen. Indsatsen skal omfatte hospitaler, regioner, kommuner og regering.

Der skal tilføres flere økonomiske ressourcer, især til flere sygeplejersker og læger. Arbejdsmiljøet skal forbedres – bl.a. ved at skabe bedre fysiske rammer. De faglige udviklingsmuligheder skal styrkes, og medarbejdernes ressourcer skal bruges meget bedre. I dag har sygeplejerskerne kun mulighed for at bruge 30 pct. af tiden hos patienterne. Derfor skal der bl.a. ansættes flere sekretærer og serviceassistenter, så sygeplejerskerne kan koncentrere sig om det, de er uddannet til.

Men forbedringer på afdelingerne er ikke nok, hvis antallet af indlæggelser hele tiden stiger. Samarbejdet med kommunerne skal fungere bedre. Udgående sygeplejersker, følge hjem-ordninger og flere sygeplejersker i plejeboligerne kan sikre, at mange ældre patienter bliver hjulpet bedre uden for sygehusene.

Sundhedsvæsenet har et særligt ansvar over for de svageste patienter. Derfor skal de medicinske afdelinger prioriteres meget højere, end de bliver i dag. Andet kan samfundet ikke være bekendt.

"Forudsætningen for at bryde den onde cirkel er, at alle, der har et ansvar for problemerne, påtager sig et medansvar for løsningen."




Connie Kruckow, formand

En verden til forskel

Af Maria Hostrup, sygeplejestuderende

Kommentar til temaet "Studiestart" og artiklen "En sygeplejestuderendes liv på den lukkede afdeling" i Sygeplejersken nr. 17/2007.

 Jeg er sygeplejestuderende og sidder med det nyeste *Sygeplejersken* nr. 17/2007 og læser jeres artikler om studiestart, og hvordan et forløb er på sygeplejeuddannelsen.

Og jeg undrer mig!

Jeg har som studerende på snart 4. semester svært ved at sætte mig ind i nogle af de ting, der bliver fortalt om studiet i artiklerne. Jeg kan simpelthen ikke forholde mig til de andres forklaring på, hvordan studiet er opbygget.

Jeg synes ikke, det stemmer overens med den måde, mit studium er opbygget på. Er uddannelsen virkelig så forskelligt opbygget, alt efter hvilken skole du går på?

Jeg kan godt forstå, at man som studie-søgende kan blive forvirret over de store forskelle. Jeg har snakket med en pige, som havde svært ved at finde ud af, hvordan studiet forløb, da hun havde undersøgt to forskellige skoler.

Lige pludselig forstår man måske også lidt bedre kritikken af nyuddannede sygeplejersker. For hvis et arbejdssted forventer én slags sygeplejerske og får én, som har en helt anden baggrund og andre forudsætninger, end hvad de er vant til, så forstår jeg godt, at visse "kloge hoveder" sætter spørgsmålstegn ved vores uddannelse.

Min medstuderendes kæreste læser på HS og er startet samtidig med os, og vi føler, at der er en verden til forskel. Både på godt og ondt.

Det kommer selvfølgelig i sidste ende an på, hvor gode praktikforløb vi som studerende har haft, og hvor stor vores egen indsats har været samt ønsket om at lære.

Men er det bare mig, der ser, hører og læser forkert, eller er vores uddannelse så forskellig fra skole til skole?!

Jeg synes, det er rigtig godt, at I følger en sygeplejestuderendes færden hele studiet igennem. Her tænker jeg på *Kathe Vammen*, men igen undrer jeg mig.

I et tidligere blad forelå en undersøgelse, som viste, at en gennemsnitssygeplejestuderende ved start på uddannelsen var – hvis jeg husker ret – omkring 23 år.

Jeg føler, at det kan være en smule misvisende at følge en studerende på 43 år med teenagebørn.

Hun har helt sikkert nogle andre tanker end "os, der følger gennemsnittet," da hun har nogle helt særlige livs- og arbejdsmæssige erfaringer med i rygsækken. Det er

selvfølgelig spændende nok at høre, hvilke tanker hun gør sig, men jeg tror ikke, det er sådan, gennemsnittet tænker.

Er det bevidst, at I har valgt en studerende, der falder så meget ud fra gennemsnittet?

Maria Hostrup er sygeplejestuderende på CVU Øresund, Sygeplejerskeskolen i Herlev.

Svar


Af Susanne Bloch Kjeldsen, journalist

Kære Maria Hostrup!

Tak for din kommentar til vores artikelserie om sygeplejestuderende Kathe Vammen, som vi følger fra start til slut i studiet. Vi kunne godt have gået efter at finde en 23-årig sygeplejestuderende, men 23-årige kan jo også have forskellige måder at ansøge uddannelsen på. Vi har lagt vægt på at finde en, der er god til at sætte ord på sygeplejen.

Lægeholdsbilen på Glostrup Hospital nedlægges

Af Litten Emborg, Hanne Lorentsen og Anna Marie Houmann, anæstesisygeplejersker

 Dette læserbrev er skrevet for at gøre borgere og politikere opmærksom på bekymring over beslutningen om at nedlægge lægeholdsbilen på Glostrup Hospital.

Lægeholdsbilen startede i begyndelsen af 90'erne pga. stigende behov og interesse for præhospital behandling. Man indså, at en tidlig og hurtig indsats øgede patientens overlevelse.

Lægeholdsbilen rykker ud 1-2 gange i døgnet fra Glostrup med personale fra vagt-holdet. Den er kendt i bybilledet og anerkendt af borgerne, når læge, Falckredder og anæstesisygeplejerske når frem. Ved større ulykker og katastrofer kører en ortopædiskirurg og skadestuesygeplejerske med.

Lægeholdsbilen har bevist sin berettigelse, og vi har følt en stor tilfredshed ved at kunne møde borgeren i den akutte situation ved at yde smertebehandling, omsorg, livreddende behandling og ikke mindst øge chancen for overlevelse.

Lægeholdsbilen spiller en stor rolle for specialeuddannelsen for læger og sygeplejersker inden for anæstesi. Man kan frygte, at nedlæggelsen på sigt vil vanske-

liggøre rekruttering af personale til Glostrup Hospital, Anæstesiafdelingen.

Falckredderen deltager i det daglige arbejde i skadestuen og assisterer kollegaer. Dette vil bortfalde med nedlæggelsen af lægeholdsbilen.

Efter den nye regionsplan vil bilens funktioner blive dækket af den tidligere HS akutbil bemanded med en redder og en anæstesi-læge. Den befinder sig på og kører ud fra brandstationen ved Københavns Rådhus. Denne placering er langt fra Vestegnen og det tidligere Københavns Amt, der dækkes af lægeholdsbilen fra Glostrup på nuværende tidspunkt. Vi frygter, at dette kan koste liv og førlighed for Vestegnens borgere. Især når man tænker på, at den tidligere HS akutbil skal servicere 600.000 flere indbyggere.

Vi føler, at mange års kompetencer går tabt for os selv og borgerne. Vi er bekymrede for indsatsen fremover præhospitalt og kvaliteten af denne i vores lokalområde. Specielt når anæstesisygeplejersken forsvinder fra teamet. Det kan medføre manglende kompetence til bl.a. håndtering af luftveje ved flere tilskadekomne ved større ulykker. Region Hovedstaden har desværre ikke udvist interesse for at bruge denne erfaring og ekspertise.

Vi kan undre os over, hvad motivationen for denne forringelse i fremtiden er.

Litten Emborg, Hanne Lorentsen og Anna Marie Houmann er ansat på Afdeling Y, Glostrup Hospital.

Svar

Af Vibeke Schaltz, amtskredsformand

Kære Litten Emborg, Hanne Lorentsen og Anna Marie Houmann!

Jeg deler fuldt ud jeres bekymringer i forhold til nedlæggelsen af akutbilen.

Der er tale om en del af akutberedskabet, der er kendt for høj kvalitet, og når man tager de store afstande og det store befolkningsgrundlag med i overvejelserne, er det svært at se logikken i beslutningen.


Jeg vil blandt andet tage sagen med, når akutberedskabet skal drøftes i Region Hovedstadens MED-udvalg, ligesom jeg vil tage kontakt til relevante politikere i Regionsrådet.

Symbicort Turbuhaler (160 mikrg budesonid + 4,5 mikrg formoterol pr. dosis), Symbicort Mite Turbuhaler (80 mikrg budesonid + 4,5 mikrg formoterol pr. dosis) og Symbicort Forte Turbuhaler (320 mikrg budesonid + 9 mikrg formoterol pr. dosis). Indikationer: Astma: Til behandling af astma, hvor anvendelse af en kombination (inhalationskortikosteroid og langtidsvirkende beta-agonist) er hensigtsmæssig; hos patienter, der ikke er velkontrolleret på inhalationskortikosteroider og korttidsvirkende beta2-agonister ved behov, eller hos patienter, der allerede er velkontrolleret på både inhalationskortikosteroider og langtidsvirkende beta2-agonister. (Symbicort Mite er dog ikke hensigtsmæssig hos patienter med svær astma). Symbicort og Symbicort Forte er desuden indiceret til: KOL: Symptomatisk behandling af patienter med svær kronisk obstruktiv lungesygdom (FEV1 < 50% af forventet normalværdi) og tidligere gentagne exacerbationer, som har betydelige symptomer på trods af regelmæssig behandling med langtidsvirkende bronkodilator. **Dosering Symbicort Turbuhaler:** Astma: Individuel. Symbicort bør ikke anvendes ved initial behandling af astma. Der er to måder, at behandle med Symbicort på: A. Symbicort vedligeholdelsesbehandling: Symbicort tages regelmæssigt som vedligeholdelsesbehandling med en separat hurtigvirkende bronkodilator til anfaldsbrug. Anbefalede doser: Voksne (fra 18 år): Basis 2-4 inhalationer daglig dog højst 8 inhalationer daglig. Unge (fra 12-17 år): 1-4 inhalationer daglig. B. Symbicort vedligeholdelses- og behovsbehandling: Symbicort tages regelmæssigt som vedligeholdelsesbehandling og efter behov ved symptomer. Dette bør specielt overvejes hos patienter med utilstrækkelig astmakontrol og hyppig behov for anfaldsmedicin eller tidligere astmaexacerbationer, som har krævet medicinsk intervention. Anbefalede doser: Voksne (fra 18 år): 2-4 inhalationer daglig som basis. Ved symptomer og/eller doser 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 tiltagende 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. Paradoxs bronkospasme kan forekomme. Forsigtighed hos patienter hvor det antages, at tidligere brug af systemiske steroider har ført til nedsat binyrebarkfunktionen. Symbicort Turbuhaler bør administreres med forsigtighed hos patienter med thyrotoksikose, fæokromocytom, pheochromocytoma, diabetes mellitus, ubehandlet hypokaliæmi, hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati, idiopatisk stenosis subvalvularis aortae, alvorlig hypertension, aneurisme eller andre alvorlige kardiovaskulære lidelser som iskemisk 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 potentielt alvorlig hypokaliæmi. Der bør foretages ekstra kontrol af blodsukkeret. Hos diabetespatienter. Patienten bør skylle munden med vand efter inhalation **Interaktion:** Substanter som metaboliseres af CYP P450 3A4 (f.eks. itraconazol, ritonavir). Symbicort bør ikke gives samtidig med betablokkere, kinidin, disopyramid, procainamid, phenothiaziner, antihistaminer, tricykliske antidepressiver, L-Dopa, L-thyroxin, oxytocin, alkohol, monoaminoxidasehæmmere og stoffer med lignende virkning samt halogenerede hydrocarbener, andre beta-adrenerge lægemidler, digitalglykosider. **Graviditet og amning:** Erfaring savnes. **Bivirkninger:** De hyppigste er tremor og palpitationer. Desuden candida-infektion i mund og svelg, 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. 10. september 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)

Connie skal mere på banen

Af Ditte Bech, sygeplejerske

Til *Connie Kruckow!*

 Jeg mangler, at du som vores formand oftere taler vores sag i medierne – i tv, så vi som faggruppe bliver mere synliggjort i stedet for at være medløbere til FOA-gruppen.

Vores arbejdssituation er præget af dårlige fysiske rammer, mangel på personale og tid til at udøve sygepleje, som vi har lært det – men også som vi ønsker det.

Det giver et stressende arbejdsmiljø, hvor man ikke kan nå det, man bør, hvor patienternes fundamentale behov udsættes eller i værste fald ikke kan nås. Dette resulterer i følelser som utilstrækkelighed og utilfredshed.

Vi står i en situation, hvor vi vil komme til at mangle endnu flere sygeplejersker de kommende år grundet personale, som skal pensioneres.

Og hvad med os unge sygeplejersker, som ikke ønsker at arbejde under ovenstående præmisser og derfor de kommende år vil søge andre veje?

Vores arbejdssituation gør det ydermere svært at være nyuddannet. Det tager tid at finde sig selv som sygeplejerske, at hvile i den nye identitet og blive tryk ved det ansvar, som ligger i sygeplejen. Derudover tager det tid at lære et speciale at kende, at forholde sig til sine egne forventninger og specielt også afdelingernes behov. Det er svært at skabe rum til denne udvikling, når vi alle er pressede.

Alt dette danner rammerne for vores hverdag, nutid og fremtid – og til hvilken løn!

Hvor ringe skal det blive, før vi står sammen og siger "nu er det nok?" Som det fremgår af nr. 16/2007 er man begyndt på enkelte afdelinger og i primær sektor at forhandle sig frem til bedre arbejds- og lønforhold.

Men hvor er synligheden fra vores fagforening, dén, som skal tale vores sag i samfundet, til regering og øvrige politikere. Jeg undrer mig over, hvor vores formand er? Jeg ved godt, at der har været udtalelser, men ikke ofte og synligt nok!

Så hermed en kraftig opfordring til at komme mere på banen!

Ditte Bech er ansat på Nefrologisk klinik, Rigshospitalet.

Svar

Af Connie Kruckow, formand

Kære *Ditte Bech!*

Du undrer dig over, hvor din formand er. Jeg undrer mig på den anden side over, at du ikke har lagt mærke til din formand i mediebilledet. Du nævner løndiskussionen som eksempel, og det er blot én af de store politiske debatter, hvor jeg har markeret Dansk Sygeplejeråd og sygeplejerskerne i såvel aviser, radio som tv. Hvis du skulle være i tvivl, kan du blot tjekke punktet "DSR i medierne" under kategorien "presse" på DSRs hjemmeside. Her omtaler vi alle væsentlige presseomtaler.

Jeg deler helt din opfattelse af, at det er vigtigt, at Dansk Sygeplejeråd er meget synlig i mediebilledet for at kunne varetage sygeplejerskernes interesser. Derfor snakker jeg stort set også med journalister hver dag. Og jeg vil vove den påstand, at der efterhånden ikke kan være ret mange danskere, der er i tvivl om, at sygeplejerskerne har alt for dårlige arbejdsforhold og en alt for lav løn set i forhold til den vigtige opgave, vi udfører for velfærdssamfundet. Den kommunikation er lykkedes, og det er et vigtigt skridt på vejen, hvis vi vil skabe forbedringer for medlemmerne.

Når det er sagt, vil jeg gerne slå fast, at Dansk Sygeplejeråd ikke er en enmandshær. Jeg og de øvrige hovedbestyrelsesmedlemmer markerer os i den offentlige debat. Det samme gør en lang række medlemmer og lokalt valgte tillidsfolk. Jeg er helt overbevist om, at vi kommer længst, når vi på alle niveauer i organisationen trækker i samme retning. Det er sådan, vi flytter grænser.

"Tænk hvis landbrugets sprøjtemidler eller problemer med fødevarer havde haft så mange menneskeliv på samvittigheden! Samfundet ville være i højeste alarmberedskab."

Forbundsformand *Poul Erik Skov Christensen*, 3F, om tabte leveår på grund af ulighed i sundhed. Politikens kronik 13. september 2007.

Har sagt op i afmagt

Af Randi Schmidt-Thøgersen, sygeplejerske

Kommentar til artiklen "Specialistsygeplejersker giver op efter kommunesammenlægning" i Sygeplejersken nr. 17/2007.

Jeg var i gamle Vojens Kommune ansat som demenssygeplejerske og fungerede som demenskoordinator. Efter kommunesammenlægningen oplevede jeg som beskrevet i artiklen i nr. 17 også stor frustration. Jeg og mange specialistsygeplejersker stiller os det samme spørgsmål: "Hvad vil de med specialisterne?"

Jeg oplevede, at serviceniveauet faldt drastisk. Jeg kunne tidligere følge en gruppe svage borgere, deres pårørende og personale, som havde brug for støtte, tryghed og viden for at kunne klare deres hverdag på en meningsfyldt måde. Efter kommunesammenlægningen kunne jeg fortrinsvis kun nå at udføre akutte opgaver, og de forholdsvis stabile hjem, jeg tidligere havde besøgt, blev pludselig akutte og havde brug for mere praktisk hjælp.

Jeg mener, at kommunen vælger den nemme løsning på kort sigt, men den bliver dyrere i sidste ende. De pårørende, som nu står i de svære situationer, bliver syge og har brug for hjælp. Vores demente kommer til at reagere u hensigtsmæssigt, da de ikke får behovene opfyldt, og jeg frygter, der kommer flere episoder med vold over for medarbejdere, pårørende og personale. De demente har tidligere end ellers behov for en plejehjemsbolig, og det bliver dyrere i sidste ende. Det billigste for kommunerne vil være at skubbe indflytningstidspunktet så længe som muligt. De pårørende kan bedre magte situationen i hjemmet, når de har redskaber, støtte og den viden, de har brug for.

Jeg har valgt at sige min stilling op med udgangen af september i afmagt over den udvikling, vi er i gang med.

Randi Schmidt-Thøgersen er demensspecialist i Haderslev Kommune.

►►► HVAD MENER DU

www.sygeplejersken.dk



Denne uges spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:

Føler du dig godt nok klædt på til at tackle en aggressiv patient eller pårørende?

Læs temaet side 18-27.

Svar på spørgsmål stillet i Sygeplejersken nr. 17/2007:

Har medarbejderne et ansvar for at støtte en dårlig leder til at blive bedre?

Svar	antal	procent
Ja	128	64,3
Nej	61	30,7
Ved ikke	10	5,0
I alt	199	100

►►► SKRIV KORT

Skriv kort, når du vil deltage i debatten i Sygeplejersken. Et debatindlæg må maksimalt være på 1.800 tegn uden mellemrum. Længere indlæg forkortes af redaktionen. Der henvises generelt til regler for debat i Sygeplejersken på www.sygeplejersken.dk under "Manuskriptvejledning."

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



Er du rigtigt registreret?

Senest den 1. oktober er det vigtigt, du står rigtigt registreret i Dansk Sygeplejeråds medlemsregister. Den dag er nemlig afgørende for, hvor du kommer til at stemme til valgene i oktober/ november.

På dsr.dk – Mit DSR kan du tjekke, hvor du er registreret til at skulle stemme. Her kan du også informere os om evt. ændringer.

valg



Ring efter vor nye brochure!

Ny Silentia Silver Line

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



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




3-delt mobil gavlskærm

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

Silentia

Elizabeth Okkels

 Vi må med sorg konstatere, at vores gode kollega og dejlige veninde *Elizabeth Okkels* er død den 4. august kun 54 år gammel.


Elizabeth var nordjyde og uddannet fra Sygeplejeskolen i Aalborg 1981, og det var i det nordjyske, hendes sygeplejekarriere tog form inden for den psykiatriske sygepleje. Det var i forbindelse med Elizabeths faglige udvikling, vi lærte hende at kende i 1990-91. Vi mødtes i toget på vej til Danmarks Sygeplejerskehøjskole i Århus, hvor det var diplomuddannelsen i ledelse, der var målet. Dette år i Århus førte til et udviklende, lærerigt, fagligt og varmt 17 år langt venskab, hvor det sygeplejefaglige og det sociale fik plads. I de efterfølgende år fortsatte Elizabeth sin karriere. Hun blev oversygeplejerske og chefsygeplejerske på Psykiatrisk Sygehus i Aalborg, og ved sin død var hun leder af den socialpsykiatriske boform Visborggård.

Altid var hun på vej mod nye mål, også det sidste år af hendes liv, hvor kræftsygdommen meldte sig. Hun formåede trods sygdom og lidelse at gennemføre en MPA i marts 2007. Elizabeth var et stærkt og viljefast menneske. Hun var familiens midtpunkt, og vore tanker går til hendes mand *Jan*, børn, svigerbørn og børnebørn, der har mistet deres kære. Elizabeth vil efterlade sig et stort savn.

Æret være Elizabeths minde.

Toggruppen anno 1990/91. Bente, Karen, Ellen, Dorit og Jette.

Charlotte Warrer

 *Charlotte* døde søndag den 19. august.

Jeg glemmer aldrig den dag, hun kom ind på mit kontor, glad og smilende og søgte om stillingen som operationssygeplejerske. En stilling, hun længe havde brændt for.

Men, men, men. Hun havde fået barn nummer tre og havde fået konstateret brystkræft. Nu var det syge bryst væk, men hun havde braka-genet. Så det raske bryst skulle også væk.

Charlotte besad glæde, humor og tro på, at alt skulle blive godt. Så vi blev enige om at ses, når operationen var vel overstået. Og det betalte sig at vente.

Vi fik en glad, dygtig og engageret medarbejder og kollega.

Mangen en glad stund og mange grin har vi haft sammen, men metastaserne meldte sig sidste år i august. Charlotte kæmpede til det sidste: For at nå at lave ting til de tre børn, så de kunne huske deres mor. For at svare på vores sms'er og for at holde hjemmet i en stand, hun mente, var o.k.

Sidste melding fik jeg fredag, ugen inden hun døde: "Bare jeg når 1. skoledag for mit barn." Det nåede hun, og hun nåede også at sætte spor i mit og mange andres liv.

I sidste sms erklærede hun, at hun vil flyve rundt som engel mellem stjernerne og passe på os alle sammen. Jeg tænder hver aften et lys i min have, så hun kan se, hvor jeg bor, og vi kan hilse på hinanden.

Mine tanker går til *Frands*, hendes tre børn og hendes far.

Helle Ørngrøn, tidligere afdelingssygeplejerske på samme operationsafdeling.

Fleksible uddannelser



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

www.ucnord.dk
center for fjernundervisning

Bente Thorlund

 Personalet på Øre-Næse-Hals-afdelingen Regionshospitalet Viborg vil med følgende ord mindes en god kollega:

Med stor sorg modtog vi mandag den 27. august meddelelse om, at vores gode afholdte kollega, sygeplejerske *Bente Thorlund*, var død efter kort tids svær sygdom. Bente blev ansat i 1980 og var en grundstenene i afdelingens kultur. Hun evnede at forbinde fortid, nutid og fremtid med en lille sygeplejefortælling, og mange kolleger, nye som gamle, har nydt godt af Bentes ro og store erfaring. I 2000 var Bente ramt af sygdom, men formåede at komme tilbage. Sine erfaringer herfra brugte hun på en god måde til at støtte andre. Bente var et livsglad og humoristisk menneske. Hun interesserede sig levende for andres velbefindende og deres synspunkter, som hun behandlede fordomsfrit med stor indlevelse og respekt for den enkeltes integritet. Bente gav sig tid til at lytte og havde en særlig evne til at tale med alle mennesker, også i de svære og alvorlige stunder. En samtale med Bente hjalp mange patienter og pårørende til mere ro og afklaring. Hendes omsorg for den enkelte viste sig bl.a. ved små opmuntringer, f.eks. en særlig lækker anretning. Bente skabte en tryk og positiv atmosfære omkring sig både for patienter og kolleger. Man glædede sig til at være i vagt sammen med Bente, og det er svært at fatte, at vi ikke mere skal se hende komme kl. 15 med sin taske med lækkerier og fagblade og en munter bemærkning på læben. Bente var en dyreven. Især hendes hund Leopold var hun meget glad for og stolt over. I 2006 blev Bente gift med sin ven gennem mange år, *Karsten*, og vores tanker går til ham, samt til Bentes bror og hans familie. De må sidde tilbage med savnet, men også med mange gode minder. Et dejligt menneske er gået bort. Hun vil blive savnet og husket med smil. Æret være Bentes minde.

Karin Baunholt, Afd. Ø05, Regionshospitalet Viborg.

SYGGEPLEJERSKEN

>>> FAG

Fagtanker >>	44
Faglig information >>	44
Agenda >>	55
Testen >>	60
Anmeldelser >>	61
5 faglige minutter >>	64

Kollegial coaching -
fra venindesnak til
faglig udvikling >> 52

Fra fattiggård til
moderne sygehus >> 56

Tegn på, at døden
nærmer sig >> 48

>>> FAGTANKER

Dødskvalitet på plejehjem

Ca. hver fjerde dansker dør på et plejehjem, og det er helt enkelt ikke rimeligt, at det er fuldstændigt tilfældigt, om man havner et sted, hvor personalet har gjort sig den ulejlighed at tænke tanker om, hvordan man som beboer får en værdig livsafslutning. Men at det forholder sig sådan, er der ifølge Landsforeningen Liv & Døds undersøgelse på 43 plejehjem i 2006 meget, der tyder på: Plejehjemmenes fem seneste dødsfald er undersøgt, og kun lidt over halvdelen af de afdøde boede på plejehjem, der havde retningslinjer for plejen af den døende, ligesom der i over halvdelen af dødsfaldene ikke var udarbejdet plejeplaner i samarbejde med beboere og/eller pårørende.

En høj døds-kvalitet på et plejehjem står ikke til diskussion i et velfærdssamfund, og i det nødvendige udviklingsarbejde er der hjælp at hente i artiklen "Tegn på, at døden nærmer sig" side 48-51 i dette nummer af *Sygeplejersken*. Her fremlægger plejehjemmet Holmegårdsparken i Charlottenlund deres standarder for en værdig livsafslutning for beboere med demens. Artiklens budskaber kan uproblematisk overføres til beboere uden demens. Op af start-hullerne derude på hjemmene. Så de mennesker, der lægger deres liv i plejepersonalets hænder, også roligt kan lægge deres død der.



Evy Ravn,
sygeplejerske,
fagredaktør.



Forskningsstøtte Muligheder for støtte til sygeplejeforskning

AF JUDDI DAUGBJERG, SYGEPLEJERSKE, SD, SA

Artiklen henvender sig til sygeplejersker, som forsker eller skal i gang med det.

Budskabet er, at der findes muligheder for at søge støtte hos fonde og i foreninger.

Dansk Sygeplejeråd (DSR) har længe bakket op om sygeplejeforskningen ved bl.a. at udbyde et antal ph.d.-stipendier til sygeplejersker, som dermed kan opnå formel forskningskompetence. Som opfølgning på den Nationale Delstrategi for Sygeplejeforskning udbød DSR to fuldfinansierede og to samfinansierede ph.d.-stipendier om året i perioden 2000-2004.

Herefter udarbejdede en gruppe af forskende sygeplejersker den Nationale Strategi for Sygeplejeforskning 2005-2010, og DSR har støttet op om denne ved at udbyde i alt 20 samfinansierede ph.d.-stipendier i perioden 2004-2008. Den Nationale Strategi for Sygeplejeforskning kan ses på www.dsr.dk > Fag > Sygeplejeforskning.

Rigtig mange sygeplejersker har søgt disse stipendier, men der findes faktisk også en række andre muligheder for at opnå støtte til sygeplejeforskning, en del af dem er anført efter artiklen.

Find et tema

Hvis du selv er ved at planlægge et forskningsprojekt, skal du først og fremmest klarlægge det tema, du ønsker at forske i, og evt. hvilket fakultet du ønsker at blive tilknyttet. Det kan være en god idé at erhverve kendskab til de enkelte fakulteters forskningsstrategier med henblik på sandsynligheden for at blive optaget som ph.d.-studerende.

Med hensyn til at opnå økonomisk støtte til dit projekt er der flere veje at gå. Det tilrådes, at du indgår i et partnerskab med en fundraiser enten i privat eller offentligt regi.

EU- og ministerielt niveau

På EU- og ministerielt niveau er der følgende mulighed:

EUs 7. rammeprogram:

www.rammeprogram.dk

Yderligere oplysninger fås hos Forsknings- og Innovationsstyrelsen.

Nordisk Ministerråd

NordForsk Forskningsrådet for Sundhed og Sygdom:

www.nordforsk.org > Søk støtte

Socialministeriet

Socialministeriet har forskellige puljer:
www.social.dk > puljer

Private fonde

Private fonde, der hidtil har støttet sygeplejeforskning:

Kræftens Bekæmpelse:

www.cancer.dk > Forskning > Støtte til forskning

Hjerteforeningen, forebyggelsesforskning:

www.hjerteforeningen.dk > Forskning

Novo Nordisk Fonden:

www.novonordiskfonden.dk > Støtteområder

Lundbeckfonden:

<http://www.lundbeckfonden.dk>

Trygfonden:

www.trygfonden.dk > Søg støtte

Velux Fonden:

www.vkr-fondene.dk

Sygekassernes Helsefond Sygeforsikringen:

www.helsefonden.dk

Diabetesforeningen:

www.diabetes.dk > Forskere og behandlere > Legater og støtte

Carlsbergs Mindelegat for Brygger

J.C. Jacobsen:

www.carlsbergsmindelegat.dk

Odd Fellow Ordenens Hospice Fond:

www.oddfellow.dk – se efter aktuelle opslag på hjemmesiden

Sahva Fonden:

www.sahva.dk > Hvem er vi? > Legater

Lokale muligheder

De fleste universitetshospitaler og/eller universiteter har en fundraiser med overblik over mulighederne og evt. også en fondsdatabase over lokale fonde. Nogle af universitetshospitalerne har også lokale/regionale forskningsinitiativer, og lokalt kan der være afsat stipendiemidler. Det kan være værd at undersøge, om store lokale firmaer giver støtte til forskning.

Dansk Sygeplejeråd:

DSRs samfinansierede ph.d.-stipendier (de sidste stipendier uddeles i 2008) og DSRs Sygeplejefaglige Forskningsfond:
www.dsr.dk > Fag > Sygeplejeforskning.

Juddi Daugbjerg er chefkonsulent i Dansk Sygeplejeråd.

ARKIVFOTO: SCANPIX

Værdighed er det vigtigste



Høy B, Wagner L, Hall EOC. The elder patient's dignity. The core value of health. *QHW* 2;(2):160-8.

Dette studie viser, at plejepersonalet finder det vigtigst at tage hånd om ældre patienters værdighed, når de er indlagt på hospital. At hjælpe patienterne med at se respektable ud, at få dækket deres behov og at opretholde deres individualitet, trods hospitalisering, kan karakteriseres som værdighed, der er knyttet til identiteten. Også det at give patienterne mulighed for at opretholde deres personlige autonomi er vigtigt for plejepersonalet. Dette kan f.eks. gøres ved at støtte patienterne i selv at vælge, hvad de vil deltage i, men også ved at få patienten til at forlade den traditionelle, passive patientrolle og påtage sig en mere aktiv rolle. Værdighed kan også udtrykkes ved, at plejepersonalet viser, at patienterne har værdi som de individuelle personer de er, når de ikke er indlagt. Det kan f.eks. ske ved at forsøge at involvere patienterne i sociale aktiviteter uden for sengestuen, så de får mulighed for at anvende flere nuancer af deres personlighed.

Formålet med studiet var at undersøge, hvilken betydning plejepersonale tillægger det at være ældre patient. Deltagerne var 29 sygeplejersker eller andre omsorgsgivere på medicinsk eller geriatrisk afdeling. Patienterne var fortrinsvis ældre (65 år eller derover), som var indlagt pga. apopleksi, hoftefraktur, infektion eller kronisk sygdom som f.eks. diabetes eller kronisk obstruktiv lungelidelse. Der blev foretaget 14 fokusgruppeinterview samt et enkelt individuelt interview. Analysen byggede på en fænomenologisk hermeneutisk tilgang inspireret af Ricoeur.

Af Bente Martinsen, sygeplejerske, cand.cur., ph.d.-stipendiat, bm@sygeplejevid@au.dk

Danmarks
Pædagogiske
Universitetsskole
*School of Education
University of Aarhus*

MASTER-
UDDANNELSE
FORÅR 2008

Masteruddannelser

- studiestart februar 2008:

- Master i voksenuddannelse
- Master i ledelse af uddannelsesinstitutioner
- Masteruddannelsen som fleksibelt forløb
- Enkeltmoduler

Informationsmøder:

Århus 2. oktober

København 4. oktober

Mere information:

www.dpu.dk/master

Intensivt delir – vrangforestilling eller relevant oplevelse?

R Storli S, Lindseth A, Asplund K. "Being somewhere else" – delusion or relevant experience? A phenomenological investigation into the meaning of lived experience in intensive care. *QHW* 2007;2: 144-159.

Siden de første intensivafdelinger blev etableret i begyndelsen af 50'erne, har det være kendt, at nogle af patienterne opfører og udtrykker sig påfaldende under deres indlæggelse på en sådan afdeling. Patienternes opførsel er almindeligvis blevet tilskrevet vrangforestillinger, der skyldes en patologisk tilstand i hjernen. Imidlertid har der inden for de seneste år været en øget forståelse af, at oplevelser fra intensivafdelinger kan resultere i, at patienterne efterfølgende plages af angst, flashbacks, psykisk ubalance og depression. Formålet med dette studie var at se nærmere på, hvilken betydning disse formodede vrangforestillinger har for patienterne, når de efter udskrivelsen får lejlighed til at reflektere over dem. Forskningsmaterialet er indhentet fra interview og feltobservationer. Desuden er optegnelser fra den sygepleje- og lægefaglige dokumentation inddraget.

Resultaterne viser, at de såkaldte vrangforestillinger ikke er meningsløse. Tværtimod er de fyldt med betydning for patienterne, der ifølge forskerne kan have gavn af at blive tilbudt en mulighed for at opdage, hvordan disse, ofte skræmmende, oplevelser kan forstås og relateres til deres hidtidige og nutidige liv. Undersøgelsen tager afsæt i fænomenologien, og set fra dette perspektiv er sådanne oplevelser reelle og kan ikke udelukkende tilskrives biologiske og fysiske forhold. Når en patient f.eks. fortæller, hvordan han oplevede at være ved at drukne og måtte kæmpe for at komme op til vandoverfladen for at få vejret, skriver forfatterne, at der faktisk foregår en kamp for overlevelse under indlæggelsen på en intensiv afdeling. Måden denne kamp viser sig på, er et udtryk for patientens aktuelle tilstand.

Af Bente Martinsen, sygeplejerske, cand.cur.,
ph.d.-stipendiat, bm@sygeplejevid@au.dk

Integritetsfremmende pleje – et middel til vægtøgning blandt mennesker med demens

R Mamhidir A, Karlsson I, Norberg A, Kihlgren M. Weight increase in patients with dementia, and alteration in meal routines and meal environment after integrity promoting care. *JCN* 2007; 16:987-996.

Formålet med studiet var dels at følge vægtændringer hos patienter med demens, dels at beskrive patienternes spise miljø. To sammenlignelige afdelinger på et plejehjem deltog i undersøgelsen. På den ene afdeling blev foretaget en intervention i tre måneder, mens den anden fungerede som kontrolafdeling. Plejepersonalet fra interventionsafdelingen blev sendt på kursus i en uge med det formål at øge deres viden om aldring og demens samt at forbedre deres måltidsrelaterede kompetencer. Derefter fulgte tre måneders intervention, hvor pleje-

personalet anvendte den ny erhvervede viden til at forbedre beboernes måltider. Personalet skrev desuden dagbøger, hvori de reflekterede over beboernes spise miljø og den ændrede praksis ved måltiderne. Dagbogsnotaterne blev analyseret ved en manifest indholdsanalyse.

Det mest opsigtsvækkende resultat var, at 13 ud af 18 beboere tog på i vægt i løbet af interventionsperioden. Den enkelte beboers vægtøgning kunne desuden relateres direkte til en forbedring af den intellektuelle funktion. Plejepersonalet gav udtryk for, at de ændrede spise miljø og rutiner ved måltiderne havde medført en øget kontakt med beboerne og en bedre atmosfære.

Af Bente Martinsen, sygeplejerske, cand.cur.,
ph.d.-stipendiat, bm@sygeplejevid@au.dk

Livskvalitet blandt ældre mennesker med kræft

R Esbensen B, Østerlind K, Hallberg IR. Quality of life of elderly persons with cancer: A six-month follow-up. *Scand J Car Sci* 2007; 21: 178-190.

Formålet med dette studie var at undersøge mulige ændringer i livskvalitet hos ældre mennesker (65 år eller derover) med cancer i relation til alder, kontakt med sundhedsvæsenet, ADL, (activities of daily living) håb, socialt netværk og støtte. Undersøgelsen var fremadrettet og blev foretaget i tre omgange: På den dag diagnosen blev givet samt efter tre og seks måneder. Det vigtigste redskab i undersøgelsen var et spørgeskema, der måler livskvalitet (EORTC QLQ-C30). Desuden blev anvendt en skala, der kan indfange håb (Nowotny's Hope Scale), Katz ADL-index og et instrument til måling af social interaktion og socialt netværk (The Interview Schedule for Social Interaction). Alle redskaber blev brugt i strukturerede interview.

Resultaterne viser, at ca. 70 pct. af deltagerne havde en stabil livskvalitet i løbet af de seks måneder, studiet varede. Størsteparten af deltagerne udviste evne til at tilpasse sig de nye livsbetingelser, der var forbundet med kræftsygdommen. Hvis deltagerne havde kontakt med en hjemmesygeplejerske på det tidspunkt, diagnosen blev stillet, varslede det forringet livskvalitet seks måneder efter undersøgelsens start. Også en øget kontakt med den praktiserende læge samt et stigende behov for hjemmehjælp var forventelig. Dette fund kan muligvis forklares med, at disse patienter allerede ved undersøgelsens start havde en dårligere prognose, end dem med stabil livskvalitet i undersøgelsesperioden. Forskerne opfordrer til, at disse sårbare kræftpatienter gives særlig opmærksomhed i klinisk praksis, og at deres livskvalitet jævnligt monitoreres.

Af Bente Martinsen, sygeplejerske, cand.cur.,
ph.d.-stipendiat, bm@sygeplejevid@au.dk

>>> **BOKS 1. EN VÆRDIG LIVSAFSLUTNING**

Holmegårdsparken er en selvejende institution med driftsoverenskomst med Gentofte Kommune. På plejehjemmet bor der 145 beboere, hvoraf ca. 85 pct. har en demenssygdom af én eller anden art. Årligt afslutter ca. 65-70 beboere deres liv på Holmegårdsparken.

Målet for en værdig livsafslutning er:

- En livsafslutning, som i videst muligt omfang imødekommer beboerens ønske.
- Hvor beboeren tilbydes den bedst mulige lindring af symptomer og oplever ro, respekt og medmenneskelighed.
- Hvor de pårørende medinddrages og oplever den bedst mulige omsorg for den døende og for dem selv.
- Hvor unødige hospitalsindlæggelser undgås.

”Det kunne da ikke være rigtigt, at døden kom bag på os på et plejehjem.”

Tegn på, at døden nærmer sig

AF ULLA KNUDBY, KLINISK OVERSYGEPLÆJERSKE • FOTO: SIMON KNUDSEN

Vi havde et problem!

På plejehjemmet Holmegårdsparken i Charlottenlund oplevede vi, at nogle af vore demente beboere døde pludseligt. Fra den ene dag til den anden blev beboeren åbenbart så meget dårligere, at døden indtraf i løbet af få dage.

I enkelte tilfælde gik det faktisk hurtigere, og døden indtraf i løbet af få timer.

Pårørende blev ringet op på skæve tidspunkter af døgnnet. Vagtpersonale skulle tage stilling til store eksistentielle spørgsmål her og nu. Vi havde ikke medicin til lindring af akutte tilstande. Vagtlæger skulle tage stilling til behandling eller lindring hos beboere, som de kun havde set i få minutter. Akutte indlæggelser af døende demente var ofte den eneste udvej.

Det kunne vi simpelthen ikke stå inde for. Vi kunne ikke acceptere, at sådan var det nok bare. Det kunne da ikke være rigtigt, at døden kom bag på os på et plejehjem. Det kunne da ikke komme som en overraskelse, at vores beboere blev dårligere og på et eller andet tidspunkt var døende.

Hverken fagligt, etisk eller medmenneskeligt var det i orden.

I vores målsætning står der tilmed, at beboere og pårørende skal opleve en værdig livsafslutning, og det måtte vi jo sande, at vi ikke formåede at give dem (se boks 1 side 48).

Vi nåede ikke at planlægge en værdig livsafslutning sammen med beboeren, de pårørende og den praktiserende læge, og vores egen oplevelse som plejepersonale var, at forløbet var uværdigt for alle parter.

Vores mangel på dyrebare observationer gjorde, at vi havde svært ved at skelne mellem, hvornår der var tale om almen svækkelse af beboeren, og hvornår der var tale om, at beboeren var uafvendeligt døende.

Når vi bagefter snakkede om disse pludselige dødsfald, fandt vi ud af, at vi faktisk havde haft en fornemmelse af, at beboeren sløjede af. Vi havde set noget. Vi havde hørt noget. Vi havde fornemmet noget. Vi havde set nogle tegn, som sagde os, at det nok ikke varede længe. Vi havde tænkt ...

Hvorfor havde vi så ikke gjort noget ved disse observationer og tanker? Hvorfor havde vi ikke fortalt det videre til hinanden og til lederen på afdelingen? Hvorfor havde vi ikke skrevet det ned i karex?

Svarene var, at ændringerne i beboerens tilstand var så små og ubetydelige, at de nok ikke betød noget. Det var jo også almindeligt, at beboerne i perioder spiste mindre, sov mere, var mindre interesserede i omgivelserne osv. Derfor var der nok ingen grund til at nævne det. Det var nok ikke vigtigt.

Men samtidig var medarbejderne ulykkelige og be-

rørte over, at nogle beboere døde så pludseligt, og de følte ofte skyld og sorg i lang tid og havde svært ved at tale om disse dårlige forløb.

Alle brikker i puslespillet skal med

Vi havde så sandelig et problem. Vi måtte gøre noget.

Vi måtte udfærdige et system, der definerede, hvornår et menneske nærmede sig livets afslutning. Et let forståeligt arbejdsredskab, som kunne bruges af alle medarbejdere. Vi kunne godt regne ud, at det ville være en helt ny arbejdsmetode for alle, men samtidig håbede vi på, at det ville give os alle en tryghed at have en facilitet eller en tjekliste at kunne holde observationerne op imod.

Vi måtte også øge forståelsen for og blive bedre til at dokumentere alle observationer, store som små. Vi måtte blive bedre til at samle alle de brikker i puslespillet, der siger os, at beboeren er døende. Vi var klar over, at hvis vi skulle have en mulighed for at planlægge en værdig livsafslutning, så var vi nødt til at erkende fasen så tidligt som muligt.

Hvad gjorde vi så?

Vi tog kontakt til Sankt Lukas Hospice i Hellerup med henblik på at overføre deres viden til vores plejehjem. På baggrund af et omfattende undervisningsprojekt for samtlige medarbejdere på Holmegårdsparken gik vi i gang med at definere alle de brikker i puslespillet, der fortæller os, at beboeren er uafvendeligt døende.

På baggrund af undervisningsmateriale udfærdiget af speciallæge Hans Henriksen, tidligere Sankt Lukas Hospice, opstillede vi de almene og specifikke symptomer, der viser os, at dette menneske nærmer sig livets afslutning. Dette menneske gør noget, viser noget, siger noget, som fortæller os, at vi skal ændre strategi.

Vi blev bevidste om, at selv små ændringer i tilstanden er vigtige at notere ned. At beboeren sover mere, spiser mindre og helst vil blive i sin seng hele døgnnet, er ikke så ualmindeligt, men hvis vi også observerer andre specifikke tegn, skal vi skærpe vores opmærksomhed. Brikkerne falder på plads, og vi har et kvalificeret grundlag for eventuel ændring af strategi.

Almene og specifikke symptomer

Tegnene kan opdeles i almene symptomer og specifikke symptomer. De almene symptomer beskriver det hele menneskes tilstand, mens de specifikke tegn er de symptomer, der kan forekomme i de forskellige organer (se boks 2 side 50).

De almene tegn er oftest de første tegn, vi ser på, at her er der vist et eller andet på vej. Det er ofte de medarbejdere, der hjælper beboeren dag efter dag, der ser, hører og fornemmer disse ændringer. Disse medarbejdere har

Artiklen henvender sig til sygeplejersker, som arbejder med demente plejehjemsbeboere. Hovedbudskabet er, at det er muligt at registrere tegn på, at døden nærmer sig hos en dement beboer, og dermed muligt at planlægge den sidste tid i samarbejde med beboerens pårørende.

►► nærmest beboeren under huden og er opmærksomme på selv de mindste ændringer. Deres fornemmelser og tanker er guld værd.

De almene tegn kan selvfølgelig også være et udtryk for en depression, en infektion, mangel på væske, ordentlig næring osv. Når vi konstaterer disse almene symptomer, går vi dog som en selvfølge ud fra, at beboeren er blevet undersøgt og eventuelt behandlet for dette. Med vores gode og kærlige pleje har vi selvfølgelig også forsøgt at opmuntre og motivere beboeren og dermed vende situationen.

De specifikke tegn sætter langsomt ind efter de almene tegn.

►►► BOKS 2. ALMENE OG SPECIFIKKE SYMPTOMER PÅ, AT DØDEN ER NÆR

Almene tegn

Beboeren er tiltagende

- svækket
- træt
- sengebundet
- sløv
- sovende
- konfus.

Beboeren har aftagende interesse for

- mad og drikke
- omgivelserne, verden, livet.

Retter sig ikke efter en akut periode:

- lungebetændelse
- fald
- influenza m.m.
- evt. væggtab.

Specifikke tegn

Fra kredsløbet:

- tiltagende svigt trods behandling
- ødemer, åndenød, blålige fingre, blålige tæer, blålige læber, bleghed
- kolde hænder og fødder
- hjertesmerter
- hurtig svag puls (over 90)
- uregelmæssig puls.

Fra vejrtrækningen:

- tiltagende åndenød
- sekretraslen
- besvær med at hoste op
- manglende kraft, svækkede reflekser
- hurtig overfladisk vejrtrækning
- langsom vejrtrækning
- apnøperioder.

Fra mave-tarm-kanalen:

- synkebesvær

- tør mund, belægninger, evt. svamp
- fejlsynkning – pas på med væske!
- aftagende afføring
- tiltagende obstipation
- inkontinens.

Fra urinvejene:

- aftagende urinproduktion
- koncentreret urin
- urinretention
- blæresmerter
- inkontinens.

Fra huden:

- sved – enten konstant eller anfaldsvis
- kolde hænder
- kolde fødder
- bleg eller gusten kulør
- blåligfarvning
- næsen bliver spids.

Fra centralnervesystemet:

- sitren, trækninger, kramper
- tiltagende lammelser
- talebesvær
- styringsbesvær
- synsforstyrrelser
- smerter.

Fra psyken:

- indadvendt, omverdenen lukkes ude
- ligeglad
- urolig
- rastløs
- angst
- konfus – desorienteret – taler sort
- afvisende
- aggressiv.

Trods medicinsk behandling kan det være svært, ja nærmest umuligt, at rette op på problemer med både kredsløbet, vejrtrækningen, mave-tarm-kanalen osv. Kombineret med de almene tegn ville det måske også være uværdigt at behandle frem for at lindre i denne situation. I en fremskreden fase ser vi da også, at det kan være svært, i nogle tilfælde umuligt, at få beboeren til at tage medicin. Hvilke initiativer man skal tage, må dog altid vurderes i hvert enkelt tilfælde, og behandling af en blærebetændelse eller en lungebetændelse er også lindring.

Udtørringen af det døende menneske er en naturlig proces og opleves af den døende ikke som en udtørring, som vi andre ville (1,2). Det er vigtigt at informere de pårørende om disse forhold. Hvor skulle de ellers vide det fra?

Tør mund og tørre læber er dog voldsomt ubehageligt og kan medføre mundsvamp og sår, der gør ondt. Det er samtidig synlige symptomer, som kan få pårørende til at overveje væskebehandling. Derfor skal den gode mundpleje være tiptop og forebyggende (3).

Udtørringen gør selvfølgelig, at beboeren tisser mindre, og urinen vil være mørk og koncentreret. Det er alligevel vigtigt at holde øje med, om beboeren har vandladning. Urinretention gør ondt, giver uro, og beboeren udsættes for unødigt smerte. Anlæggelse af blærekateter kan være en enkel og hurtig måde at lindre på.

Med udtørringen fremstår næsen måske pludselig spids. Det er ikke fjollet at nævne den spidse næse. Medarbejderne smiler lidt ad sig selv, når de nævner den, og måske er det gammel overtro, måske er det et ganske naturligt fænomen. Den skal nævnes, og den er en vigtig observation. Det handler også om at tage medarbejdernes udsagn alvorligt.

Smerter vil næsten altid opstå i forbindelse med det organhenfald, der sker hos den døende. Smerter er meget individuelt og udtrykkes forskelligt fra individ til individ. Hos demente er det adfærd, der skal fortælle os, at beboeren har ondt. Beboeren råber hallo eller kalder måske på mor, er urolig, karter rundt i sengen, slår ud mod både pårørende og personale og bliver bange, eftersom han ikke forstår, hvad der sker.

Endelig er der nogle psykiske symptomer. Nogle af symptomerne kan være svære at adskille fra de almene symptomer. Hvilken gruppe de bliver puttet i, er dog heller ikke så vigtigt. Det vigtigste er at være opmærksom på afvigelse fra det sædvanlige.

Strategien må ændres

Når mange af disse brikker pludselig falder på plads, og vi erkender, at beboeren er uafvendeligt døende, skal vi ændre strategi fra at være behandlende til at være lindrende.

Hvis vi griber ind i denne naturlige proces med f.eks. væsketilførsel, vil vi forstyrre processen og ødelægge det døende menneskes egenlindring i form af frigivelse af endorfiner (1).

Vi skal følge den demente beboer i hans symptomer



”Vi måtte blive bedre til at samle alle de brikker i puslespillet, der siger os, at beboeren er døende.”

og i processen, og vi skal lindre med medicin og god og kærlig grundlæggende pleje.

Så tidligt som muligt skal vi, i samarbejde med beboeren og de pårørende, udarbejde en plejeplan for beboerens livsafslutning. Vi skal informere de pårørende om, hvad der kommer til at ske, hvad de vil komme til at opleve, og hvordan vi vil lindre. Det er de færreste pårørende, der ved noget om selve processen at dø. I samråd med de pårørende skal vi tage stilling til, hvad vi skal gøre, når eller hvis beboeren får det dårligere, og hvad vi skal gøre, hvis der f.eks. opstår feber.

Målet er, at alle involverede parter oplever tillid til hinanden og trykthed ved det, der skal ske. Fagligheden og vidensniveauet skal være højt, og medmenneskelighed og nænsomhed skal være en naturlig del af forløbet.

Den døende vil opleve en værdig livsafslutning, og de pårørende kan leve videre med et minde om en stille og rolig død, fri for ubehagelige oplevelser.

Vi er blevet bedre

Fra at vore medarbejdere tidligere skrev i kardex, at beboeren ”sløjede af”, har vi nu opnået, at alle er blevet langt bedre til at beskrive specifikt, hvad det er, de ser, hører og fornemmer. De skriver observationer som aldrig før. De medarbejdere, der ikke er så glade for at skrive i kardex, får hjælp af kolleger.

Vi lytter mere til hinandens observationer og lærer af hinanden. Vi henter hjælp hos hinanden og beder kollegaen om at komme med sin mening. Er det mig, der ser syner, eller hvad synes du?

Det er blevet i orden, at man ikke kan forklare, hvorfor man synes, beboerens adfærd giver anledning til skærpet opmærksomhed. Det er i orden at have en intuition, der siger, at noget er galt. I omgangen med demente er det ofte små variationer i adfærden, der indikerer, at noget er på vej.

Måske får vi noteret alt for meget ned, men hellere det, end at vi pludselig igen står med en beboer, der på kort tid er døende.

Dagvagterne, aftenvagterne og nattevagterne noterer ned, hvad de ser og hører, og afdelingslederen står nu med velkvalificerede observationer fra alle vagtlag.

Materialet bliver brugt. Medarbejderne kender det, også de nye medarbejdere bliver introduceret til vores standard omkring ”En værdig livsafslutning” (4). På baggrund af medarbejdernes observationer samt diskussioner i gruppen har vi nu et arbejdsredskab, der udførligt specificerer, hvordan beboeren har det.

Vi forbereder døden

Vi oplever stadig pludselige dødsfald, men det er dødsfald forårsaget af akutte tilstande. Disse dødsfald vil al-

tid være der, men de andre snigende tilstande, hvor vi ikke nåede at reagere og forberede situationen, ser vi stort set ikke mere.

Den skærpede opmærksomhed og interessen fra alle medarbejdere gør, at vi er blevet langt bedre til i tide at få lavet plejeplaner og truffet aftaler med de pårørende og den praktiserende læge. Det medfører, at vi har beredskabet af medicin klar, når behovet pludselig opstår en lørdag aften. Det er trygt og roligt for alle parter, og situationen er velovervejet og planlagt.

Resultatet bliver en værdig livsafslutning i tråd med Holmegårdsparkens målsætning.

Ulla Knudby er klinisk oversygeplejerske på Holmegårdsparken i Charlottenlund, uk@holmegaardsparken.dk

Projektbeskrivelse, standarder og evaluering af projektet kan læses og downloades på Holmegårdsparkens hjemmeside: www.holmegaardsparken.dk

Har du/I retningslinjer for en værdig død på din arbejdsplads, så fortæl om dem på www.sygeplejersken.dk under denne artikel.

Litteratur

1. Døssing A m.fl. Væskeinfusion til døende? Klinisk sygepleje august 2004; 18. årgang (nr.3):62-6.
2. Aszalos R, Richardson JP. Hydration and alimentation in terminal patient: a hospice approach. Md Med J 1995 Mar;44(3):221-2.
3. Koblen A, Tonnesen E. Mundpleje – et forsømt område. Sygeplejersken 2001;(7).
4. www.holmegaardsparken.dk >Aktuel information og debat > En værdig livsafslutning

))) ENGLISH ABSTRACT

Knudby U. Signs that death is near. Sygeplejersken 2007;(19):48-51.

Far too often, demented residents at the nursing home Holmegårdsparken were dying without warning. Their deaths came as a surprise to the staff, who were therefore unable to plan them in a proper, dignified fashion. It was obviously difficult for staff to see, hear and interpret the infinitesimal signs that informed them that a demented resident was about to die. We were obviously not good enough at recognising and interpreting the language of demented residents. This made a painful impression on them and upset them on everyone's behalf.

A large-scale training project was initiated on the subject of dignified death in collaboration with St. Luke's Hospice in Hellerup [north of Copenhagen]. All 300 staff were given training at levels relevant to their specific functions. One result of the training project was that the staff marshalled the general and specific symptoms which would inform us that a resident's death was inevitable. The different signs were classified into a standard at the home and are today used as a checklist for drawing up specific care plans for patients who are about to die.

Key words: Dementia, death, general and specific signs.



ARKIVFOTO: CORBIS

Kollegial coaching – fra venindesnak

AF BETTINA HØEG, SYGEPLEJERSKE, CAND.PSYCH., HD I ORGANISATION, OG ASBJØRN MOLLY-SØHOLM, CAND.MAG.

Artiklen henvender sig til afdelingssygeplejersker med interesse for coaching. Hovedbudskabet er, at kollegial coaching tilbyder en ramme, hvor det er muligt at få udviklet et sprog for ledelse. I artiklen defineres coaching ind i en sygeplejekontekst, og to afdelingssygeplejersker fra Vejle Sygehus fortæller om deres erfaringer med kollegial coaching.

”Hvis ikke jeg var blevet coachet, var jeg brændt ud!” Så kontant konkluderer afdelingssygeplejerske *Bente Louise Pedersen* efter et krævende omstruktureringsforløb.

Kollegial coaching er et redskab for afdelingssygeplejersker, der ønsker at blive mere professionelle ledere. Coaching er en samtaleform, hvor en person hjælper og inspirerer en anden person til at reflektere over og lære af sine erfaringer. I denne artikel vil vi, der til daglig arbejder med organisations- og ledelsesudvikling, introducere begrebet coaching og præsentere nogle af fordelene ved kollegial coaching mellem afdelingssygeplejersker.

På med lederkasketten

Den korte version af Bente Louise Pedersens historie er, at hun først havde fået besked om at udvide sin afdeling og rekruttere en række nye medarbejdere, for derefter at få besked om, at en del af afdelingen skulle flyttes – og medarbejderne skulle flytte med. De nye medarbejdere var ikke spor begejstrede over at skulle flytte arbejdsplads igen, og for Bente havde det været vanskeligt at håndtere situationen. Hun havde haft en oplevelse af, at arbejdet kom til at fylde rigtig meget i hendes tanker, også når hun ikke var på arbejde, og samtidig følte hun, hvordan hun blev meget personligt involveret i de spørgsmål, hun skulle tage stilling til på arbejdet. Det personlige og det professionelle liv var med andre ord ved at blive godt og grundigt blandet sammen.

Forandringen kom, da Bente sammen med sine kolleger i forbindelse med et udviklingsseminar blev introduceret for coaching. For Bente blev coachingsamtalerne det afgørende skub, hun havde brug for for at kunne sætte sig selv som person i baggrunden i professionel sammenhæng. Det blev klart for hende, at det jo ikke var hendes beslutning, der havde ført til omstruktureringerne, men at det på den anden side var hende, der i kraft af jobbet som leder skulle føre beslutningen ud i livet. Der blev sat klart skel mellem det personlige og det professionelle domæne, hvilket gjorde det muligt for Bente at tale med lederkasketten i stedet for med Bente-kasketten. Hendes opfattelse ændrede sig fra at føle skyld over, at situationen var, som den var, til at føle et ansvar for, at situationen blev håndteret bedst muligt – eller med hendes egne ord en ændring fra at

tænke ”det er synd for os” til ”hvad kan vi gøre i situationen, og hvad kan jeg gøre som leder?”

På det personlige plan oplevede Bente, at det blev lettere at holde arbejde og privatliv adskilt. Og hun fik sin nattesøvn igen. Men hvad var det, der var sket? Eller: Hvad er coaching egentlig for en størrelse?

Coaching som samtalepraksis

Begrebet coaching dukker op i stadigt flere sammenhænge og er defineret på et hav af forskellige måder. Den definition, vi læner os op ad her, er denne: ”Coaching er en samtaleform, hvor coachen hjælper og inspirerer den anden til at reflektere over og lære af sine erfaringer og blive klogere på sine handlemuligheder og evner i forhold til problemer og udfordringer” (1).

Man kan sige, at coaching handler om to ting: at lytte og at stille spørgsmål.

Der findes mange måder at lytte på. To meget udbredte er dem, vi kan kalde forståelseslytning og autobiografisk lytning. Forståelseslytning er den hurtige og umiddelbare måde, man modtager en besked, udelukkende med henblik på at forstå denne. Det er denne lytning, der sikrer et kommunikativt flow i den daglige arbejdsgang (vel at mærke så længe der ikke opstår misforståelser). Den autobiografiske er en lytning, der har et konstant fokus på, hvordan det, den anden siger, kan danne afsæt for, at vi selv kommer på banen med kommentarer, holdninger osv. Det er noget, de fleste vil kunne nikke genkendende til. Og det er vel at mærke ikke noget, vi gør af ond vilje. I de fleste tilfælde vil det være, fordi vi gerne vil bidrage til samtalen, gerne vil markere, at vi er med på det, den anden siger, eller måske fordi vi er ivrige efter at gøre en god figur over for kolleger eller leder. Uanset hvad motivationen er, bliver resultatet, at fokus i samtalerne skifter til den, der tager ordet.

I coaching lytter man på en anden måde. Her handler det om at fastholde fokus på den coachede gennem hele samtalen; det gør man ved at udvise en udelte opmærksomhed over for det, den anden siger. Alene det at blive placeret i en samtalsituation, hvor den anden part lytter oprigtigt nysgerrigt til det, man siger, er en meget udviklende situation. En god måde at arbejde med coaching på er med det, man kalder ”gamemaster-modellen” (2).

”Lykkes det at få en coachende kommunikation til at sprede sig som ringe i vandet, vil det styrke relationerne mellem medarbejderne og understøtte en større sikkerhed og professionalisme i arbejdet, hvilket vil have en direkte afsmittende effekt på arbejdsmiljøet og på den atmosfære, som patienterne oplever i forbindelse med indlæggelsen.”

til faglig udvikling

Nøglen til at arbejde som gamemaster ligger i evnen til at styre processen i samtalen uden at styre indholdet. Dvs. at man, når man coacher, må have en dobbeltfærdighed, der gør det muligt både at indgå i samtalen med inspirerende og konstruktive spørgsmål og samtidig have overblik over den måde, samtalen skrider frem på, så man kan gribe ind og ændre den, hvis den ikke er hensigtsmæssig. Vi kalder det at mestre både handlingsniveau og metaniveau i samtalen. Handlingsniveauet er det niveau i samtalen, hvor man kommenterer på emnet, stiller spørgsmål og afsøger nye måder at forholde sig på. Metaniveauet er der, hvor coachen standser samtalen for at bevæge sig op i helikopterperspektiv og se på, om der kan vælges en mere konstruktiv, effektiv og hjælpsom tilgang.

På metaniveauet arbejder gamemasteren med teknikkerne kontrakt, timeout og afslutning. Disse teknikker hjælper til at sikre, at man i begyndelsen af samtalen definerer emne, mål og arbejdsform (kontrakten), derefter holder fokus på det definerede mål (time out) og endelig lander samtalen i mål (afslutning).

Kræver teknikker og træning

At lære at beherske disse teknikker er ikke nogen helt simpel øvelse – det kræver masser af træning. Samtidig er der en mængde spørgeteknikker, man kan tage i anvendelse i en coachingsamtale. Det falder uden for rammerne for denne artikel at gå nærmere i dybden med coachende teknikker og redskaber (1-3). Coachingsamtalen bliver på denne måde en mulighed for at få vendt de ledelsesmæssige tematikker, man går og tumler med i hverdagen.

Der er noget, der tyder på, at det i særlig grad er afdelingssygeplejersker, der kan have brug for denne mulighed, idet hendes rolle ofte beskrives som uforudsigelig og fragmenteret, bl.a. fordi hun skal navigere mellem tre forskellige lederroller: kliniker, administrator og hybridleder (4). Det skaber en diffusitet i lederrollen, som argumenterer forfatterne, giver anledning til en høj grad af personlig investering i rollen – som vi også så det med Bente i starten af denne artikel.

Coaching er en måde at forsøge at skabe klarhed i lederrollen. Bente oplevede resultaterne på denne må-

de: ”Jeg så i højere grad mig selv som professionel leder over for personalet i stedet for ”mig som person.” Jeg kunne pludselig stille skarpt på min personlige ledelsesstil: Hvordan er jeg som leder? Hvad gør jeg? Hvor vil jeg gerne hen med mit lederskab?”

Ledelse i det offentlige er et meget varmt emne for tiden – noget, der diskuteres indgående i forbindelse med kvalitetsreformen. FTF har fået lavet en undersøgelse blandt nogle af deres offentlige ledere, som viser, at kun halvdelen har fået en længerevarende lederuddannelse. Der skal noget mere fokus på lederens kompetence, hvis vi overhovedet skal kunne tale om en professionalisering af ledelse. I samme undersøgelse fra FTF giver 78 pct. af lederne udtryk for ønsket om en personlig coach (5).

Indtil ledelse er blevet fast punkt på dagsordenen i det offentlige, og dermed bliver prioriteret økonomisk og tidsmæssigt, ser vi kollegial coaching blandt ledende sygeplejersker som et oplagt forum for sparring og refleksion over den enkeltes ledelsespraksis. Den kollegiale coaching tilbyder en ramme, hvor det er muligt at tale ledelse og få udviklet et sprog for ledelse blandt afdelingssygeplejersker. Et ledelsessprog, der gør det muligt at tale om såvel drift som udvikling. Udfordringen, man står over for som leder, bliver simpelthen uoverkommelig, hvis man ikke har et sprog at tale sin lederrolle ind i og/eller nogle lederkollegaer at sparre og udveksle ledelseserfaringer med.

Kollegial coaching

Man behøver ikke en professionel uddannet coach for at have coachende samtaler – det kan også foregå mellem kolleger. Denne form har været afprøvet på Vejle Sygehus med stor succes. Idéen er, at en faggruppe (f.eks. afdelingssygeplejerskerne) lærer sig nogle grundlæggende coachende kommunikationsteknikker og med disse skaber coachende samtaler med hinanden, eksempelvis en gang om måneden. I en afdelingssygeplejerskegruppe kan den kollegiale coaching være en ramme, hvor den enkelte kan blive coachet af en kollega.

For Bente og hendes afdelingssygeplejerskekollega Karin Haras er coaching blevet et brugbart redskab til at få sat deres ledelsesstil på dagsordenen.)

- » De fortæller, at coaching gør en forskel på flere områder:
- Det styrker afdelingssygeplejersken som leder, fordi der skabes et rum for refleksion, sparring, erfaringsudveksling og videndeling med kollegerne.
 - Det forebygger stress og udbrændthed.
 - Det minimerer den ensomhedsfølelse, der kan være forbundet med at være mellemlider, samtidig med at den enkelte leders netværk øges.
 - Det skaber større arbejdsglæde og dermed bedre medarbejdertilfredshedsundersøgelser.
 - Det aflaster ægtefællerne derhjemme fra deres funktion som sparringspartnere og giver dermed mere tid til familielivet.

Begge afdelingssygeplejersker fortæller om en stor lyst og vilje til at coache hinanden i kollegagruppen. Men, som Karin Haras forklarer, er det ikke noget, der kommer af sig selv: ”Vores udfordring er af mental karakter, da vi skal lære at prioritere coaching og den kollegiale sparring. Vi er superdygtige til at bruge argumenter som ”vi har ikke tid,” og derfor får vi ikke ændret på vores praksis. Det er ikke kun oversygeplejerskernes ansvar, at vi får sat ledelse på dagsordenen. Vi må som afdelingssygeplejersker selv skabe tiden og prioritere os selv og vores ledelse.”

Bente Louise Pedersen ser det som et ledelsesmæssigt problem, hvis ikke de som afdelingssygeplejersker kan finde to timer pr. måned og coache hinanden i en mindre kollegagrube: ”Det er yderst vigtigt at få sat ledelse på dagsordenen for at give den enkelte leder muligheden for ro og klarhed i sin ledelsespraksis.” Og hun fortsætter: ”De timer, jeg har brugt på coaching, er hentet ind mange gange. Jeg har fået min nattesøvn igen og en ro og klarhed på mine tanker, som gør, at jeg kan handle mere professionelt og tydeligt som leder.”

En erfaren knyttes til en ny

En enkel og god måde fra ledelsesside at starte en praksis med coachende samtaler er en slags forlængelse af den gamle mentorordning. Hver nyansat afdelingssygeplejerske kan få tilknyttet en erfaren kollega som coach som del af indkøringen på arbejdspladsen. Karin Haras har oplevet en sådan praksis, og hun fortæller, at det gav hende en unik mulighed for at få vendt spørgsmål og tvivlsforhold om fordeling af arbejdsopgaver, personalemæssige forhold mv. Coachtjansen gik på omgang i kollegagruppen, hver gang en ny afdelingssygeplejerske blev ansat i afsnittet. Selve introduktionen varetog oversygeplejersken. For Karin Haras betød den kollegiale coaching, at hun hurtigere kom til at føle sig hjemme i sit nye job, hvilket hun er overbevist om også har betydet et kvalitetsløft for patienterne, fordi hun som leder fik blik for, hvordan arbejdet kunne tilrettelægges endnu mere hensigtsmæssigt. Hendes ensomhedsfølelse i jobbet som mellemlider blev også reduceret, fordi hun erfarede, at hun ikke stod alene med disse udfordringer og tanker. Værdien af denne normaliseringsoplevelse er stor, når man som leder i det daglige arbejder meget selvstændigt og alene i sit job.

Følelsen af ensomhed er velkendt blandt ledere, og offentlige ledere er ikke undtaget. *Annette Digmann* har på baggrund af hendes undersøgelse af offentlig ledelse konkluderet, at muligheden for at indgå i netværk med andre lederkollegaer for derigennem at reflektere

over sin ledelse er en central faktor for udvikling af sin ledelsespraksis (6). På samme måde viser rapporten ”Ledernetværk – vitalisering af hjemmenetværk,” som er udgivet af KL og KTO (7), at netværk kan skabe mere trivsel og effektivitet, samtidig med at det har en forebyggende virkning på stress. Det forebyggende skal ses i lyset af sparring og hjælp, forskellige former for støtte og følelsen af at høre til i en gruppe, som netværket kan give den enkelte leder oplevelsen af.

Som ringe i vandet

En væsentlig afledt effekt af afdelingssygeplejerskernes kollegiale coaching er, ifølge Karin Haras og Bente Louise Pedersen, når den coachende kommunikationsform smitter af på den øvrige kommunikation, der foregår mellem kolleger, ledere og patienter – at det spreder sig som ringe i vandet. Fra de oversygeplejersker, som har en coachende tilgang i deres ledelse af afdelingssygeplejerskerne, som igen har etableret en slags coaching-lege-lære-plads med kolleger. Et sted, hvor man kan øve sig i at coache og blive coachet, for så at kunne bruge coachingtilgangen over for medarbejdere.

Bente har gode erfaringer med at bruge coaching over for medarbejderne, fordi det hjælper dem til ”at finde deres egne løsninger, så jeg ikke pådutter dem mine. For mine erfaringer og løsninger er ikke altid hjælpsomme for andre. Det giver mere ro, når man selv finder frem til sine løsninger.”

Samtidig er den løsning, man selv er med til at finde frem til, oftest mere bæredygtig i det længere løb end én, man har fået serveret af ledelsen.

Lykkes det at få en coachende kommunikation til at sprede sig som ringe i vandet, vil det styrke relationerne mellem medarbejderne og understøtte en større sikkerhed og professionalisme i arbejdet, hvilket vil have en direkte afsmittende effekt på arbejdsmiljøet og på den atmosfære, som patienterne oplever i forbindelse med indlæggelsen.

Fra venindesnak til faglig udvikling

De to afdelingssygeplejersker fra Vejle ser mange muligheder for, at coaching kan berige deres arbejdsdag på sygehuset. Bente Louise Pedersen fortæller: ”Når vi f.eks. holder afdelingssygeplejerskemøder, bliver det nogle gange mere en venindesnak frem for et fagligt sparringsrum. Hvis vi tilrettelægger møderne ud fra en coachende tankegang, vil det blive muligt for os i langt højere grad at få sat ledelse og udvikling på dagsordenen.”

Hendes ønske er, at coaching skal være en del af dagligdagen, en særlig måde at kommunikere på, som anvendes på såvel det øverste ledelsesniveau som afsnits- og afdelingsniveau. Hun peger på den signalværdi, der ligger i, at den øverste ledelse også bliver medskabere af og rollemodeller i en kultur, hvor der i højere grad bliver sat fokus på ledelse og udvikling. Med coaching som redskabet.

Vedvarende forandringer er som bekendt blevet hverdag på sygehusområdet. Det kombineret med den almindelige travlhed betyder ofte, at der i arbejds hverdagen ikke er overskud til meget andet end blot at kæmpe for den daglige drift. Som de to afdelingssygeplejersker afsluttende konkluderer, kan kollegial coaching også i den forbindelse være et værdifuldt åndehul:

”Hvis vi siger ja til coaching som en del af vores ledelsesadfærd, bliver det muligt for os at hjælpe hinanden til også at have fokus på udvikling – ikke kun på drift.”

*De to omtalte afdelingssygeplejersker står gerne til rådighed for yderligere oplysninger om deres erfaringer med kollegial coaching. Bente Louise Pedersen: bente.louise.pedersen@vgs.regionsyddanmark.dk
Karin Haras: karin.haras@vgs.regionsyddanmark.dk
Bettina Høeg er organisations- og ledelseskonsulent, bh@attractor.dk
Asbjørn Molly-Søholm er redaktør og tekstforfatter. De arbejder begge i firmaet Attractor A/S.*

Litteratur

1. Storch J, Søholm TM, Clemmensen J. Coaching – at være gamemaster. Strategi og Ledelse, Børsens Ledeshåndbøger, januar; 2004 (kan downloades fra www.attractor.dk).
2. Søholm TM, Storch J, Juhl A et al. Ledelsesbaseret coaching. København: Børsens Forlag; 2006.
3. Søholm TM, Juhl A, Nørlem J et al. Lederen som teamcoach. København; Børsens Forlag; 2007.
4. Ericsson TG, Fischer T. Afdelingssygeplejersken: uforudsigelig og fragmenteret rolle. Sygeplejersken 2007;5.
5. Sorgenfrey B. Alle offentlige ledere bør uddannes. Børsen 9. marts 2007.
6. Digmann A. Ledelse med vilje. Offentlig ledelse i nyt perspektiv. København: Børsens Forlag; 2004.
7. Ledernetværk – vitalisering af hjemmenetværk. Rapport udgivet af KL og KTO. Kan downloades fra www.lederweb.dk

>>> ENGLISH ABSTRACT

Høeg B, Asbjørn M-S. Collegial coaching – from girl talk to professional development. Sygeplejersken 2007;(19):52-55.

Ward sisters find it quite challenging to have to navigate their way among various management roles. At the same time, pressure of work also means that their working and private lives have a tendency to merge into one.

Collegial coaching is one tool ward sisters can make use of if they want to develop a more professional approach to their own management. Coaching is a form of dialogue in which one person helps and inspires another to reflect on and learn from his/her experiences.

The article defines coaching in a nursing context, and two ward sisters tell readers of their experiences with collegial coaching and the significance it has had for them in their working lives. Among the effects coaching has helped them achieve are: Prevention of stress and burn-out, reducing the feeling of loneliness in their work, strengthening their professional network in the workplace and with it, stronger relations with their colleagues. Overall, coaching enabled them to focus on their own and colleagues' professional development instead of battling to 'keep the propeller in the water' when it came to day-to-day operations.

Key words; Coaching, management style, job satisfaction, professionalism.

Afføringsteknologi

Har man arbejdet på plejehjem, er det en kendt sag, at der forefindes afføringskemaer i de fleste beboeres boliger (i værste fald hænger de på indersiden af et køkkenskab til nyfiden jagttagelse for gæster ved afhentning af kaffekopper).

Almindeligvis tænker vi disse skemaer som et enkelt hverdagsredskab til personalet i forsøget på at holde styr på beboernes afføring; der sættes store og små krydser, og ved tegn på uregelmæssigheder kan der gribes ind. Men redskaber er også teknologi, og en artikel i Social Kritik beskæftiger sig med, hvordan de personalestyrede afføringer reelt er med til at strukturere og organisere beboernes liv og plejehjemmets arbejds gange; bl.a. når beboernes toiletbesøg henlægges til tidspunkter, hvor normeringen er højest, og/eller personalet er klart. Et oplagt spørgsmål efter læsningen er, om det er personalets ve og vel og vagtplaner, der styrer beboernes afføringsmønster – mere end beboernes naturlige rytme for afføring. Læs mere om afføringsteknologi i Social Kritik nr. 109 – juni 2007.09.10.

(er)

Palliativ fysioterapi

Fysioterapi, det er noget med genoptræning, tænker de fleste sygeplejersker.

Men inden for de sidste syv år er palliativ fysioterapi i eget hjem og på plejehjem vokset i omfang. Alle hospicer har i dag ansat en fysioterapeut, som skal yde lindrende fysioterapi til uhelbredeligt syge. Behandlingen omfatter f.eks. fodmassage, lejring, vejtrækningsteknik og vejledning i brug af hjælpemidler.

Svær sygdom og behandling vil ofte have medført vægttab, hårtab og en forandret krop. Målet med fysioterapien er at give patienten velvære, ro og hvile med færre smerter og mindre angst som en naturlig følge.

Enkelte praktiserende fysioterapeuter giver palliativ fysioterapi, og på Sankt Lukas Hjemmehospice i København har ansættelsen af en fysioterapeut haft positiv effekt på det tværfaglige samarbejde mellem sygeplejersker, læger og præst. Her har pårørende også haft mulighed for at få en eller flere behandlinger, f.eks. let massage af nakke og skuldre, hvilket styrker deres ressourcer i plejen.

Henvielse til og betaling for palliativ fysioterapi er omfattet af lov om social service § 122. Ansøgningen udarbejdes af egen læge eller hospitalslæge og sendes til patientens Pensions- og Omsorgskontor.

Læs mere på www.google.com > palliativ fysioterapi.

(jb)

Svar på Testen side 60

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

Kilde: Kent Kristensen. Sundhedsjura, 2. udgave, 2007, Gads Forlag.

Ulla Hybel. Sundhedsret – for sygeplejersker, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2006. www.retsinfo.dk

Tønder sygehus 1920. Sygehuset blev bygget af det tidligere Tønder Amt og taget i brug 1898. I Genforeningsåret 1920 blev mange postkort som dette forsynet med både dansk og tysk tekst.



ARKIVFOTO: DANSK SYGEPLEJEHISTORISK MUSEUM

Sønderjysk sygehusvæsen

Fra fattiggård til moderne sygehus

AF DAGMAR BORK, SYGEPLEJERSKE

Artiklen henvider sig til historisk interesserede sygeplejersker. Den er baseret på forfatterens udforskning af lokalhistorien i Sønderjylland og beskriver udviklingen i sygehusvæsenet fra ca. 1864 til 1950. En efterfølgende artikel går tæt på besættelsestiden og udviklingen i sundhedsvæsenet efter 2. verdenskrig.

Sygehusene i Sønderjylland har udviklet sig fra at være en gren af fattiggården til at være det moderne sygehus, der i dag dominerer bybilledet i de fire købstæder Haderslev, Sønderborg, Tønder og Aabenraa. Dertil kommer Augustenborg Sygehus og Gighospitalet i Gråsten, som begge markerer sig i landskabet ved deres beliggenhed i smukke omgivelser.

En særlig dimension for de sønderjyske sygehuse er, at udviklingen strækker sig fra hertugdømmernes tid over tysk tid fra 1864 til 1920 og årene siden Genforeningen til i dag. Sygehusene er opført for private midler, af amter, kommuner og staten.

Det første egentlige sygehus i Sønderjylland var Christina Friederica Stiftelsen i Haderslev fra 1839. Det var opført for private midler, skænket af kammerherreinde Christina Friederica von Holstein "... til fordel for fattige syge i Haderslev Amt."

Det var et for sin tid meget moderne hus med plads til 20 patienter, operationsstue og køkken samt bolig til kirurgen og personalet. Det er bemærkelsesværdigt, at sengeafdelingen med få ændringer, indlæggelse af centralvarme og håndvask på stuerne fungerede frem til 1975.

Den måske største udvikling på sygehusområdet forekom i slutningen af 1800-tallet. Haderslev Amt opførte i 1860 sygehuset i Gram for at give Vesteramtsbefolkning samme tilbud som patienter i Østeramtet. Her havde amtet længe haft et samarbejde med Christina Friederica Stiftelsen, og i 1891 overtog man stiftelsen.

I samme tiår opførtes nye sygehuse med stor hast: Haderslev Bys Sygehus 1896, Sønderborg Amts- og Bys Sygehus – det senere Kongevejshospital – 1894, Aabenraa Sygehus 1891 samt Højer, Løgumkloster og Tønder Sygehuse i henholdsvis 1893, 1894 og 1898.

Den decentrale model i Tønder Amt understreges af, at der samtidig blev opført sygehuse i Leck, Niebøll, Wyk og Westerland umiddelbart syd for den nuværende landegrænse. Det var målet at give borgerne i det tyndt befolkede område nærhed til behandlingsstedet. De største sygehuse rummede efter udbygning knap hundrede sengepladser, Højer Sygehus havde dog som det mindste sygehus plads til tolv patienter.

Udviklingen stagnerede i Sønderjylland under 1. verdenskrig. Her brugte Tyskland sine ressourcer på krigsførelsen, og sygehusene blev fra regeringen i Berlin anmodet om at spare på "... nyanskaffelser, reparationer samt på brød." I 1920 var der i alt 433 sengepladser til rådighed i landsdelen til en befolkning på 163.000 personer. Det svarer til 2,7 senge pr. 1.000 indbyggere.

Nye medicinsk-teknologiske opdagelser

Årsager til den iøjnefaldende udvikling af sygehuskapaciteten var ibrugtagning af de nye medicinsk-teknologiske opdagelser, der forekom i slutningen af 1800-tallet. Narkosemidler som æter, kloroform og lattergas gjorde det muligt for lægerne at operere i længere tid og med smertefrihed for patienterne. Opdagelse af bakteriers skadelige virkninger førte til anvendelse af aseptik og antiseptik sterilisering af instrumenter og forbindsstoffer samt desinfektion af huden før operationer, og antallet af sårinfektioner faldt markant. Infektionsrisikoen blev yderligere nedsat, da kirurgens påklædning, når han opererede, tog form omkring 1890. Hvor lægen tidligere havde været iført almindelig habit, anvendte han nu overtrækskittel, gummihandsker og maske for næse og mund. Bedre kirurgiske instrumenter hindrede blodtabet under operationer. Endelig satte opdagelsen af røntgenstrålerne skub i sygehusbyggeriet. Narkose havde man kunnet give ved operationer i hjemmene,



Det første sygehus i Sønderjylland, Christina Friederica Stiftelsen i Haderslev, blev opført 1839. Billedet er fra omkring 1890 med patienter og personale foran den smukke bygning. Yderst til højre ses de to Flensborgdiakonisser, der havde den daglige ledelse af sygepleje og husholdning.

ARKIVFOTO: HADERSLEV BYHISTORISKE ARKIV

sterilisering af instrumenter kunne også gennemføres ved kogning på komfuret, men røntgenapparatet krævede en større institution. Med ibrugtagning af de nye opdagelser blev der nu mening i at opføre sygehuse, og der blev mening i at lade sig indlægge og behandle.

Særlig indsats efter Genforeningen

I 1920 stod det klart, at der måtte gøres en særlig indsats for at bringe sygehusvæsenet i Sønderjylland på niveau med det øvrige Danmark. Mens den øverste lægelige ledelse i tysk tid var byens fysikus, blev der nu ansat danske overlæger og danske sygehusinspektører. Nye ledelsesformer blev indført, og sygehusenes bestyrelser bakkede op om ændringerne.

Den tidligste udvidelse af sygehuskapaciteten fandt sted med oprettelse af Statshospitalet i Sønderborg. Det blev indrettet med en kirurgisk og en medicinsk afdeling, havde 138 senge og blev taget i brug 1921. Den næste store udvidelse i Sønderborg var en patient- og behandlingsbygning, der blev taget i brug 1934, og samtidig blev driften lagt sammen med Kongevejshospitalet.

Da Statens Sindssygehospitalet i 1960 fik navneændring til Statshospitaler, blev sygehuset i Sønderborg kaldt Landshospitalet. I årene fra 1920 og frem til 1970 skete der en næsten konstant og storstilet udvidelse af alle de sønderjyske sygehuse med senge- og behandlingsbygninger, centralkøkkener, vaskeri og andre serviceafdelinger. Personalestaben voksede, og der blev opført funktionærboliger til alle fastboende. Samtidig blev den lægelige specialdeling mere markant. Det oprindelige blandede sygehus blev til det firedelte sygehus med specialerne kirurgi, medicin, narkose og røntgen, og herfra udviklede alle de specialer sig, som vi kender i dag.

Det samlede antal sygehussenge voksede fra 433 i 1920 til 1.115 i 1970. Indbyggertallet var da 230.000, og der var således ved periodens slutning 4,72 senge til rådighed pr. 1.000 indbyggere. I samme takt blev sygehuse store og attraktive arbejdspladser med et omfattende og differentieret personale.

Hverdag på sygehuset

Dagligdagen på sygehuse formede sig i store træk ens fra 1930'erne og flere tiår frem. Klokker seks morgen var fyrbødere i gang med at fylde på ovnene, der sikrede varme til komplekset. På sengeafdelingerne blev patienterne vækket af nattevagten, fik målt puls og temperatur, hvorefter morgengerningen med personligt toilette og sengeredning begyndte og fortsatte, når dagvagterne trådte til klokken syv. På operationsafdeling og røntgenafdeling blev der gjort klar til dagens undersøgelser og behandlinger. I værksted og depoter blev afdelingernes bestillinger gjort klar til udbringning. Gartneren passede de store, smukke hospitalshaver, der fandtes omkring alle de sønderjyske sygehuse. Alle ugifte ansatte – og det var langt de fleste – boede i sygehusenes funktionærboliger og havde såkaldt "fri station," hvilket betød fuld kost, fri uniform og fri vask. Der var fuldt hus til måltiderne i de store spisestuer, og de steder, hvor diakonisserne havde ledelsen, blev der bedt bordbøn. Det kunne godt overraske en nyansat kandidat,)

"Udviklingen stagnerede i Sønderjylland under 1. verdenskrig. Her brugte Tyskland sine ressourcer på krigsførelsen, og sygehuse blev fra regeringen i Berlin anmodet om at spare på "Nyanskaffelser, reparationer samt på brød."



Haderslev Amts Sygehus omkring 1900. Balkon og sidebygning var højst tiltrængte udvidelser på den oprindelige bygning. Den øverste lægelige leder, geheimeråd og fysikus Jørgen Hansen, havde tidligt sikret et stort areal omkring sygehuset, og efter 1920 fulgte et omfattende nybyggeri.



Kongevejshospitalet i Sønderborg, 1950'erne. Kongevejshospitalet var det oprindelige amts- og bysygehus i Sønderborg opført i 1894. Bygningen er nu nedrevet.



Das Kreis Krankenhaus in Sønderborg, sygehuset i Sønderborg i tysk tid fra 1864-1920. Sygehuset blev opført i 1894 med 20 sengepladser.

» som ikke var informeret om husets skik og allerede havde taget for sig af retterne, før der var takket for de gode gaver.

At bo på det sygehus, hvor man var ansat, var ikke blot en ret, men en pligt. Økonomaen havde dermed ansvaret for maden til både patienter og personale. Oldfruen havde ansvar for rent tøj til alle afdelinger og rene uniformer til sygeplejersker, elever, gangpiger, køkkenpiger, vaskeripiger samt jakker til portørerne og kitler til lægerne. Alt var fremstillet af bomuld, og det meste blev syet, lappet og repareret på egen systue. Formiddagens arbejde i de forskellige afdelinger var præget af travlhed. Der blev opereret og røntgenfotograferet fra morgentunden umiddelbart efter lægernes morgenkonference, og i laboratoriet mikroskoperede og analyserede læge eller laborant diverse prøver. Fysioterapeuten kaldte patienter til behandling, og både indlagte og ambulante blev i stort tal behandlet i sygehusenes afdelinger med kulbuelys.

En rigtig stuegang

På sengeafdelingerne blev de ordinerede behandlinger, f.eks. medicingivning og injektioner, varme omslag, forbindelsesskift og gangtræning udført, nye patienter, der ankom med ambulance eller ved egen hjælp, blev modtaget, og raske blev udskrevet. Den store begivenhed for patienter og personale var formiddagens stuegang, hvor overlægen med følge af afdelingssygeplejersken, oversygeplejersken, yngre læger, yngre sygeplejersker og elever gik fra patient til patient for at tilse, ordinere og opmuntre, hvor det behøvedes. Patienterne lå afventende og meget stille i deres senge og tog imod de mere eller mindre forståelige budskaber. I mange tilfælde gik afdelingssygeplejersken en ekstra stuegang, hvor hun forklarede, hvad overlægen havde sagt. Senere tider har med munterhed fortalt om dette hof, der passerede sygesengen, men stuegangen havde sin værdi. Patienterne så frem til den. Af den afgang, hvad der videre skulle ske.

Samtidig var det en undervisningssituation for yngre læger og for sygeplejepersonalet. Lægens kliniske vurdering blev opøvet, og ikke sjældent blev sygeplejeeleverne i eftermiddagens teoritime spurgt om betydningen af de ordinationer, de havde lyttet til om formiddagen. Eleven stod bagest i rækken af stuegangsdeltagere, måske havde ordinationen ikke nået hendes ører, eller hun havde haft sine tanker helt andre steder. Bortset fra de komplikationer, sligt kunne medføre, var der mulighed for en fin sammenhæng mellem teori og praktik.

Når man undertiden med nogen ret kan trække på smilebåndet af gamle dages stuegang, skyldes det nok de mest ekstreme tilfælde. På Kongevejshospitalet var yngste sygeplejeelev nærmest overlæge *Ekkert Petersen*, da hendes job bestod i at holde bakken med pen og blæk parat i passende højde, hvis overlægen ønskede at skrive i en journal undervejs. Om samme overlæge er det blevet sagt, at han kun henvendte sig direkte til patienten én gang om året – med et ”glædelig jul!”

Fuld bedøvelse

Operationsafdelingen var for de fleste kirurger sygehusets hjerte. Antallet af operationer på de sønderjyske sygehuse lå højt i forhold til andre sygehuse af samme størrelse. Narkosen blev givet af enten en reservelæge eller af oversygeplejersken. Først i løbet af 1950'erne blev specialet overtaget af særligt uddannede sygeplejersker. Det mest anvendte stof var æter, der blev dryppet på en Wanschers maske. Den dækkede patientens næse og mund, æterlugten var ubehagelig, men indsovningen hurtig. Andre midler var kloroform, der på grund af sin farlighed kun brugtes til kortvarige indgreb, og lattergas, der havde sin berettigelse på fødestuen.

Operationerne omfattede indgreb på indre og ydre organer og sammensætning af brækkede lemmer enten ved operation eller såkaldt konservativ behandling, hvor arm eller ben blev lagt i stræk eller bandageret med gips. Efter endt indgreb blev patienten kørt direkte tilbage til sin afdeling, idet opvågnings- og intensivafdeling først blev etableret efter midten af 1950'erne med ansættelse af narkoseoverlæger. Operationsteamet af læger, sygeplejersker og sygeplejeelever drak den velkendte kop kaffe efter endt arbejde, og for lægerne var det tilladt at ryge en pipe tobak.

”At bo på det sygehus, hvor man var ansat, var ikke blot en ret, men en pligt.”



ARKIVFOTO: DANSK SYGEPLEJEHISTORISK MUSEUM

ARKIVFOTO: INSTITUT FOR SØNDERJYSK LOKALHISTORIE

Det blev udvidet flere gange og havde ved Genforeningen 92 sengepladser. Bygningen er nu nedrevet.

Haderslev Amts Sygehus, hovedbygningen med haveanlæg. Bygningen blev taget i brug 1928 og betød en væsentlig forøgelse af sengepladser; dette var i høj grad nødvendigt efter stagnation på sygehusområdet under første verdenskrig.

Aabenraa Sygehus i 1900-tallet. Den statelige bygning er højt beliggende i den bakkede by og rummer i dag Skolen for Social- og Sundhedsuddannelser, Tale- og Høreinstitut samt Center for Hjælpe midler og Kommunikation.

Patient og pårørende

Som stuegangen var formiddagens højdepunkt på sengeafdelingerne, var besøgstiden det hver eftermiddag – og som regel også to gange ugentligt om aftenen. Tiderne lå fast, og der blev sagt tydeligt ”besøgstid forbi,” når tiden var inde. Klokkeren var da 15 eller 16, og aftenvagterne skulle begynde med aftentoiletet hos patienterne, være klar til stuegang og senere til servering af aftensmaden. Et stueorgel hørte til den velindrettede afdeling og blev brugt hver aften, til morgensang om søndagen og altid ved højtider og gudstjenester.

Et mørkt kapitel var, at indlagte børn ikke måtte modtage besøg. Hensigten var velment, der måtte ikke rippes op i børns hjemlængsel, det kunne skade helbredelsen. Mere heldigt stillet var både børn og voksne på epidemiafdelinger. De besøgende måtte se til deres pårørende gennem vinduerne, kunne vinke til dem og forsøge at kommunikere opmuntring. Men når aftengangen gik i gang, måtte de besøgende ved epidemiafdelingerne også fortrække. Heldigst hvad angik besøgstid var de patienter, der om sommeren blev flyttet ud i liggehaller i haven; her var der næsten ubegrænsede muligheder for sammenkomst med familie og venner.

Vigtige gøremål

Rengøringen på alle sygehuse blev udført af gangpiger, på afdelingerne også af sygeplejeelever, og den var grundig. Vand, brun sæbe og skurebørste var grundlæggende remedier, hjørnerne i skuffer, skabe og på stuerne blev kontrolleret af afdelingssygeplejersken eller en anden kompetent og skarpøjet person. Hygiejnen var i højsædet, og målet var også ad den vej at undgå hospitalsinfektioner.

Remedier, der blev anvendt i behandling og pleje, dvs. instrumenter, injektionssprøjter og kanyler, katetre og gummihandsker, sutter til spædbørnenes flasker og andet, blev rensat og steriliseret ved kogning eller i autoklave. Lugten af brændt gummi er ikke ukendt for ældre sygeplejersker, som i skyndingen glemte at slukke for gassen.

Aften- og nattevagten, der indtil slutningen af 1930'erne havde et omfang på tolv timer, blev efter henstilling fra Dansk Sygeplejeråd ændret til otte timers vagter henholdsvis aften og nat. I Dansk Sygeplejeråds henvendelse til politikerne hed det: ”Nattevagttjenesten

udføres overvejende af elever, og det kræves, at hun skal være inden for patienternes omkreds i 12 timer i træk i indelukket luft, i anstrengende spænding, fordi hun er pålagt et arbejde, der overstiger hendes kræfter både åndeligt og legemligt.”

Om tilkald af kompetent hjælp hed det: ”Ethvert sygehus bør have mindst én uddannet sygeplejerske som nattevagt, så eleven ikke i nødsituationer skal tilkalde en af dagvagterne eller vække afdelingssygeplejersken, der har sit værelse på afdelingen.”

Det kendte mønster videre frem gennem årene blev, at aften- og nattevagt blev delt til otte timer hver, at det fortsat var sygeplejeelever, der var i vagt, men med en ledende sygeplejerske at henvende sig til, og at afdelingssygeplejersken senest i 1940'erne flyttede fra stuen på afdelingen til en funktionær bolig.

Dagmar Bork er tidligere forstander for Haderslev Sygehus, Dagmar.Bork@mail.dk

Hun er nu pensionist med stor interesse for Sønderjyllands historie, specielt den historie, der er knyttet til sygepleje og sundhedsvæsen. En angivelse af de kilder, artiklen er baseret på, kan fås ved henvendelse til forfatteren.

Artiklen er tidligere publiceret i ”Sønderjysk Månedsskrift, nr. 7, 2006.

))) ENGLISH ABSTRACT

Bork D. From poor house to modern hospital. *Sygeplejersken* 2007;(19):56-9.

Hospital services have always weighed heavy on the local authorities' scales, and Southern Jutland County Council is no exception. The history of the hospitals in the borderlands is characterised by the extensive construction of hospitals in the late 19th century, by the stagnation of developments caused by the 1914-18 war, followed by renewed growth after Southern Jutland's reunion with Denmark in 1920. Everyday life has been the hospitals' fulcrum during the Danish and German periods alike.

Key words: Hospital services, Southern Jutland, everyday life, nursing history.



Kulturnatten

Fredag den 12. oktober 2007

Velkommen til kulturnat i Dansk Sygeplejeråd. Dansk Sygeplejeråd slår igen dørene op til Kvæsthuset, Sankt Annæ Plads 30, kl. 18.00 – 23.00.

Kl. 18.00-21.00 - Især for børn

På skadestuen får du din arm lagt i gips og sat op i en slynge, hvis du vil. Børn kan lære førstehjælp: Hvad gør jeg, når jeg har skåret mig i fingeren eller skal have fat i en politimand eller ambulance? Rigtige sygeplejersker giver gode råd!

Kl. 18.30 - Foredrag

Dansk Sygeplejeråd flyttede ind i Kvæsthuset i 2005. Huset er fra 1695 og var oprindeligt sygehus for flådens kvæstede søfolk. Historiker Nete Wing Ender fortæller om husets omskiftelige historie.

Kl. 18.30 – 22.00 - Rundvisninger

Der vil løbende være rundvisninger i dette tidsrum.

Kl. 20.00 - Sygeplejerske på gaden

Gadesygeplejerske Gitte Wandschneider fortæller om at være sygeplejerske for udsatte grupper.

Kl. 20.45 - Sygeplejerske i verdens brændpunkter

Sygeplejerske Merete Engell fortæller om at have været udsendt otte gange for Læger Uden Grænser. Hun har i 2007 modtaget Florence Nightingale-medaljen og er blevet kåret som "verdens sejestede dansker" af P3's lyttere.

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



Temaet er sundhedsjura, test dig selv eller din kollega

- 1** Er sygeplejersken, ifølge lov om sygeplejersker, forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed under udøvelsen af sin gerning?
- Ja, men det er beskrevet i autorisationsloven, § 17, lov om sygeplejersker eksisterer ikke som selvstændig lov længere.
 - Nej, det er ikke konkret formuleret nogen steder, men er en fælles antagelse i sygeplejen.


- 2** Er sundhedsloven resultatet af en reform på lovgivningsområdet, som består af en samling centrale lovbestemmelser på sundhedsområdet?
- Nej, sundhedsloven består af en række nye love, bl.a. lov om alternativ behandling og lov om tværkulturel minoritetspleje.
 - Ja, loven trådte i kraft den 1. januar 2007 og tegner en offentlig sektor, hvor kommuner, regioner og stat har hver sin opgavemæssige identitet.

- 3** Er lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge, lov om hjemmesygeplejerskeordninger og lov om ligsyn, obduktion og transplantation blevet ophævet?
- Ja, det er de. Indholdet er nu en del af sundhedsloven.
 - Nej, de eksisterer fortsat som en del af lov om sundhed i kommuner, regioner og stat.

- 4** Findes der en autorisationslov, som samler autoriserede sundhedspersoner i én lovgivning?
- Nej, det er ikke muligt af hensyn til faggrænser og funktionsområder.
 - Ja, loven hedder lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, den er fra 2006 og omhandler alt autoriseret personale i sundhedssektoren.

- 5** Er psykiatriloven blevet revideret i 2006?
- Ja, det er den. Loven omhandler nu bl.a. skærmning, undersøgelse af post, og den definerer tvang.
 - Nej, lovgivningen i EU forhindrede en revision af dansk psykiatrilovgivning.

Man bliver så trygt taget ved hånden

 For 15 år siden udkom en lille undselig bog med en børnetegning på forsiden. Tegningen forestiller en pige, som står på en kirkegård. På himlen er et par store sorte skyer, allerøverst i venstre hjørne titter et lille stykke af solen frem. Bogen er skrevet af *Atle Dyregrov*: "Sorg hos børn" med undertitlen: "en håndbog for voksne." Denne lille bog har siden haft stor betydning for mange børn, som har mistet en mor, far eller søskende, for takket være den har de stået mindre alene i deres sorg. Størsteparten af børnehaver og skoler har nu en plan for, hvordan de skal agere, når et barn rammes af sorg.

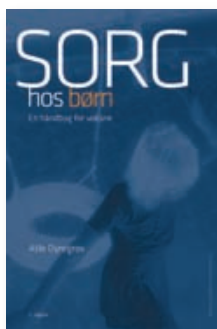
Den 15 år gamle bog er kommet i en ny udgave. Skelettet er det samme, men indholdet mere omfangsrigt. Forskningen på området har medført, at der nu er betydelig mere viden om børn, deres behov og reaktioner. I den nye udgave er denne viden opdateret, og bogen har undervejs i teksten mange referencer til yderligere fordybelse. Teorier om tilknytning og forskelle i drenges og pigers måde at tackle deres sorg på er eksempler på noget af det nye i 2.-udgaven.

Jeg er normalt noget af en tudemoster. Jeg undrede mig derfor over den manglende tåreflod, da jeg læste mig igennem det tunge emne, børn som rammes af sorg. Måske er grunden, at det lille stykke sol, som titter frem på forsiden af 1.-udgaven, er symbolsk for den måde, Atle Dyregrov behandler sit stof på, der er håb selv i det allermest triste. Man bliver så trygt taget ved hånden med anvisninger på, hvordan man konkret og helt ned i detaljen hjælper og støtter barnet og familien.

Som håndbog lever den op til mine forventninger, overskuelig indholdsfortegnelse, fyldig litteraturliste med henvisninger til både fag- og skønlitteratur til børn og voksne, internetsider, handleplaner og undervisningsmateriale.

Enkelt, konkret og lysende klart giver Atle Dyregrov et indblik i børns reaktioner, når de bliver ramt af sorg, og viser, hvordan vi voksne kan støtte og hjælpe dem.

Af *Hanne Lindhardt*, sundhedsplejerske i *Furesø Kommune*.



Atle Dyregrov
Sorg hos børn
Dansk Psykologisk Forlag 2007
164 sider – 248 kr.
ISBN 978-87-7706-449-4

Medicinfri Søvn?

Tinnitus • Søvnbesvær
Stress • Uro • Angst



- Hjælper dig til en mere afslappet og behagelig indsovning.
 - Naturens egne lyde vil føre dig ud til havets brænding, skovens susen eller et helt andet sted...
 - Lydpuden ligner en almindelig hovedpude og kobles til en CD afspiller, MP3 afspiller, radio eller TV, lydgenerator eller kasettebåndoptager.
- Direkte bestilling:

www.lydpuder.dk v/Steve Ritzau
Gl. Røsnæsvej 47b • Kalundborg
40 37 44 71

psykoterapeutisk
institut århus

Grundlagt af Christine Byriell
psykoterapeut MPF

Psykoterapeutisk uddannelse

- 2-årig grunduddannelse
- 3. og 4. års overbygning
- Assertion, supervision, klinik

Telefon 7021 3140
www.piaa.dk

))) Kort om nye bøger

Ældre & naturmedicin

Udgivet af ÆldreForum,
januar 2007

ISBN-13 978-87-90651-48-0

ISBN 10 87-90651-48-0

Ca. hver fjerde pensionist og efterlønsmodtager anvender naturmedicin, dvs. naturlægemidler eller kosttilskud, viser en undersøgelse fra 2000. Publikationen gør opmærksom på vigtige forholdsregler ved brug af naturmedicin og beskriver dokumentationen for virkningen af nogle af de stoffer, der indgår i naturmedicin.

Bogen kan rekvireres vederlagsfrit på aef@aeldreforum.dk eller læses på www.aeldreforum.dk

(jb)

Vurdering og visitation af selvmordstruede

Rådgivning til sundhedspersonale 2007

Elektronisk ISBN:

978-87-7676-469-9

Trykt version: ISBN:

978-87-7676-470-2

Publikationen kan hentes på www.sst.dk eller bestilles hos Sundhedsstyrelsens publikationer, e-mail: sundhed@schultz.dk mod et ekspeditionsgebyr.

Rådgivningsmaterialet skal kvalificere sundhedspersonalets identifikation, vurdering og visitation af selvmordstruede – både ved selvmordsforsøg, ved fremsatte selvmordstanker og ved mistanke om selvmordsfare. På baggrund af bogens anbefalinger er det hensigten, at der udarbejdes lokale instrukser for afdelingens håndtering af selvmordstruede patienter.


(jb)



Nedtur i Grønland



Kim Leine
Kalak
Gyldendal 2007
344 sider – 399 kr.
ISBN 978-87-02-05531-3

 Kim Leine er sygeplejerske. Han er født og opvokset i Norge, men kommer som 17-årig til Danmark for at bo hos sin far.

Forældrene blev skilt, da Kim var fem år.

Opvæksten i et indremissionsk miljø har forstærket ønsket om at komme til Danmark for at være sammen med faderen.

Imidlertid viser det sig, at hans far ikke er det menneske, Kim havde et billede af. Kim bliver seksuelt misbrugt, indtil han siger stop i en næsten voksen alder.

På trods af disse opvækstvilkår formår Kim at tage studentereksamen og derefter at uddanne sig til sygeplejerske.

Kims drøm er at komme ud at rejse, og han forventer, at uddannelsen som sygeplejerske kan give ham de muligheder.

Afrika er drømmen, men ved en tilfældighed bliver det Grønland, der bliver det første rejsemål.

Udlængsel har været drivkraften for Kim Leine, så det er ikke sygeplejen, der er i fokus i bogen og dermed heller ikke omdrejningspunktet i beskrivelsen af grønlandssopholdet.

Kim er blevet gift, og han har fået to børn. Hele familien rejser til Grønland og bor de første år i Nuuk, som er landets hovedstad.

Allerede i Nuuk oplever Kim de kulturforskelle, der

naturligt må være mellem Grønland og Danmark. Det både fascinerer og betager ham.

Forfatteren fortæller ærligt om sine oplevelser med grønlandske kvinder. Forhold som hans kone tilsyneladende accepterer.

Familien trives og får lyst til at opleve Grønland under andre forhold.

Kim Leine får stilling som sygeplejerske i en bygd i Østgrønland. Langt fra alt, men med faglige udfordringer, som Kim Leine, i hvert fald for en tid, honorerer. En lille bygd med få indbyggere kan betyde nærhed på alle planer. Kim lever med i dette liv, og grønlænderne tager ham til sig. Kim bliver i deres øjne "Kalak," altså en rigtig grønlænder.

En nedtur begynder.

Kone og børn rejser hjem, og for Kim fortsætter de-routen, der medfører, at han må forlade Grønland.


Bogen er særdeles velskrevet og svær at lægge fra sig. Forfatteren er i stand til at beskrive det hændelsesforløb, som får konsekvenser i forhold til det liv, han havde ønske om at leve. Om det er fortiden, der indhenter ham, eller det er tilfældigheder, afsløres ikke, men beskrivelsen er gribende uden at være sentimental.

Af Sussi Caroline Hansen, pensioneret sygeplejerske.

Udmarvende at være i kontakt med sorgen



Kari Dyregrov og Atle Dyregrov
Sosial nettverksstøtte
ved brå død
– Hvordan kan vi hjelpe?
Fagbokforlaget 2007
268 sider – 349 nkr. + porto
Bogen kan købes på
www.fagbokforlaget.no
ISBN 978-82-450-0484-7

 "Vi læres jo opp til å takle de fleste situasjoner i livet, men når plutselige og traumatiske dødsfall skjer, er vi totalt hjelpeløse både på å takle det selv og på å støtte andre," siger en far, som har mistet sin datter.

Denne bog har til formål at afhjælpe noget af den magtesløshed, som familie, venner og kolleger kan føle, når de møder sorgen på nært hold hos dem, som pludselig har mistet et barn eller en anden nærtstående person. Bogen henvender sig også til dem, som er ramt af sorg, for "møtet mellom sosiale nettverk og sørgende er avhengig av begge parter for å lykkes." Også professionelle, som kommer i kontakt med de efterladte, er målgruppen.

Kari og Atle Dyregrov har i mange år både forskningsmæssigt og i praksis arbejdet med sorg og krise hos børn og voksne. Denne bog er baseret på et stort forskningsprojekt, som forfatterne har udarbejdet om efterladte ved traumatiske dødsfald og venner og familie til efterladte.

Bogen skydes i gang med beskrivelse af generelle sorg- og krisereaktioner og ikke mindst et opgør med de gamle sorgteorier omkring sorgens faser og holdninger til, hvordan et sorgforløb skal være. Ca. 20 pct. sørgere ikke, konstaterer forfatterne. Bliver deres reaktion problematiseret, og bliver de sat i behandling, kan de få det værre. Denne beskrivelse følges op af, hvilke symptomer der indikerer, at sorgen er fortrængt, og at der er behov for behandling.

På vanlig vis er Dyregrov meget konkret og detaljeret i sin rådgivning. Et af rådene til de efterladte og deres netværk er at benytte metakommunikation, altså kommunikation om kommunikationen. Det er udgangspunktet for, at de efterladte får den støtte, de ønsker og har behov for, og netværket får mulighed for at give udtryk for, hvad de er i stand til at yde og give.

Det kan være meget udmarvende at være i tæt kontakt med sorgen, nogle pårørende bliver sekundært traumatiserede, og andre brænder ud. Sidste kapitel omhandler støtte til det sociale netværk.

Bogen hviler på et solidt teoretisk fundament og parrets mangeårige erfaring. Rådgivningen er konkret og detaljeret. Indholdet kunne med fordel være mere stramt redigeret. Her er mange gentagelser. Til gengæld er indholdsfortegnelsen meget detaljeret, hvilket gør det nemt at vælge de afsnit ud, som har relevans. I slutningen af hvert kapitel er hovedbudskabet gengivet i overskuelig punktform.

Sproget er enkelt, så skulle bogen ende med ikke at blive oversat til dansk, kan den sagtens fordøjes på norsk.

Af Hanne Lindhardt, sundhedsplejerske i Furesø Kommune.

Fødselen i fokus gennem fortællinger

 Dette er en anderledes bog.

Den er svær at placere og befinder sig i feltet mellem skøn- og faglitteratur med sin blanding af faglig og saglig information og farverige, personlige skildringer af familier i fødselsforløbet.

Bogens fokus er fødselen, dens natur, kultur, sociologi og psykologi samt de faglige og medicinske aspekter, og det kommer til udtryk i en række fortællinger om fødsler. Fortællingerne er oplevet og fortalt af jordemoderen og tolket af hende, men der forekommer gengivelser af personernes udtalelser.

Man bliver fanget ind af de forskellige dramatiske, smertefulde, lykkelige og tragiske historier. De rummer et stort spekter af menneskelivet, som det på godt og ondt udspiller sig omkring et barns fødsel.

Der er respekt, indlevelse og menneskekærlighed i historierne, og man genkender oplevelsen af at få lov at være med i andre menneskers dramaer, vilkår og valg for en tid. Man kender udfordringen i som professionel at gå ved siden af, at prøve at forstå, stille sig til rådighed og være bevidst om, at man har et stort ansvar for det, familien lægger i ens professionelle hænder.

Fortællingerne beskriver bl.a.:

De vanskeligheder, der kan være ved at blive far eller mor, når omstændighederne gør, at man ikke kan eller tør forholde sig til ansvaret og tage barnet til sig.

Angsten for at miste et barn, der fødes meget for tidligt, eller at miste, fordi man har mistet før.

Den uventede fødsel. Når moderen ikke har opdaget eller erkendt sin graviditet.

At få et barn med misdannelser og tabuet grimme børn.

Fødselens fysiske og psykiske rammer: Hvem der skal deltage i fødselen, hvor skal den foregå, muligheder og begrænsninger, samspillet i familien.

Det vil være meget individuelt og afhængigt af, om man er professionel eller en vordende forælder, hvad der vil fange interessen.

Som professionel synes jeg, den ene fortælling griber den næste, og alle er interessante. For den, der selv er gravid, kan jeg forestille mig, at beretningerne kan virke overvældende. Den gravide vil ofte være meget koncentreret om egen graviditet og beskytte sig mod historier om andres mere eller mindre vanskelige fødsler.

De faktuelle oplysninger er relevante, og det er rigtig godt at blive opdateret med viden om mulige fødestillinger, smertelindring, og hvilke valg og muligheder der er, tiden op til fødselen, sikre tegn på, at fødselen nærmer sig, undersøgelserne i graviditeten, fødselens varighed, og hvordan den beregnes, samt årsager og holdninger til kejsersnit.

Overordnet er bogen dejlig personlig, rummelig og meget lidt dogmatisk.

Man suges ind i fortællingerne, taknemmelig over at få lov at være med i så sårbare sammenhænge, og man bladrer ivrigt for at få at vide, hvordan det ender for familierne.

Det havde været dejligt med en fortælling fra en anden kultur end den typisk danske, da det må være en del af hverdagen på de danske fødesteder. Det havde givet bogen større bredde.

Bogen kan anvendes som oplæg både på fødselsforberedelseskurser og på efterfødselskurser, og måske kan den følges op af "kærlig hilsen fra sundhedsplejersken" og andre faggrupper.

Et tættere samarbejde mellem jordemødre og sundhedsplejersker kunne under alle omstændigheder være på ønskelisten i fremtiden, så vi var gensidigt ajour med udviklingen i vores fag.

Af Tove Sheth, sundhedsplejerske,
ansat i Fredensborg Kommune.



Grit Niklasson
Kærlig hilsen fra
jordemoderen
Bogforlaget Frydenlund 2007
143 sider – 229 kr.
ISBN 978-87-7887-471-9

Introduktion til Ernæringsterapi

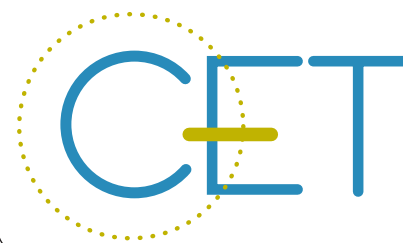
8.-9. December 2007 - kl. 10-17
Pris kr. 1.200,-
Tilmelding nødvendig!

Fordybelsesterapi

– samtaler med kroppen
4 kursusmoduler
Start: 12.-14. November 2007

Pris: kr. 2.900,- pr. modul

Center for Ernæring & Terapi
Hejrevej 39
2400 København NV
Tlf.: 38 33 10 99



Perfektion i sigte! Optikservice Alle gængse fabrikater



OBS! Nu også HDScoper

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



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.

Arbejdsglæde

Arbejdsglæde er fælles tema for 5 faglige minutter i *Sygeplejersken* nr. 17, 18, 19, og 20. Læs hvilke associationer ordet har givet skribenterne, og skriv om din opfattelse af arbejdsglæde i bunden af denne klumme på www.sygeplejersken.dk

Sofies og Maries verden

10 minutter for sent til første aftale og med hår, der stritter vandret ud, knalder *Sofie* døren op til grupperummet og skriger ind i lokalet: "Så I den idiot på skærmen i aftes? – De tror fand'eme, at antallet af hænder er ligefrem proportionalt med kvalitet. Skal vi gi' dem en hånd?"

Det er en helt normal *Sofie*-entre. Måske ikke særlig hensigtsmæssig, men *Sofie* er så meget tilstede i sin arbejds hverdag, at det er svært at være udeltagende i, hvad der sker omkring hende. Det smitter mere end mononucleosis, og det er nøjagtig lige så underholdende at erhverve smitten.

Man kan simpelt hen ikke lade være. Med at engagere sig.

Engagerede kolleger er en gave og en pest. Det er jo ikke sikkert, de er engagerede i det samme, som du er, men de trækker dig over på deres banehalvdel, og inden du ved af det, er du involveret i deres aktuelle sager. Det er aldrig kedeligt, men tidskrævende og lærerigt.

Du er måske selv engageret i dit arbejde med lidt færre decibel og mindre blå blink, men lur mig, om du ikke benytter enhver lejlighed til at tale om hjertebarnet og dine aktuelle problemstillinger, for det er jo dét, der kendetegner den engagerede medarbejder: Ethvert emne kan relateres til sagen, som dermed får nye vinkler.

Det er derfor, *Marie* altid løber ind i obstiperede patienter. Patienterne er til gengæld utrolig heldige, at de (også) lige løber ind i *Marie*, for hun er en skrapsak til at kortlægge mavens forunderlige verden, og ingen kan som hende spore, at der er problemer med de faste leverancer og de afledte effekter – eller rettere: mangel på samme.

Når *Marie* øjner, at der er obstipation i luften, stiger temperaturen to grader i lokalet, mens munden kværner, og armene går som propeller, og selv om du har fordybet dig i en aktuel sag til et møde om tre minutter, bliver du grebet af diskussionen og energien, og det er lige før, en ordstyrer er nødvendig, trods det I kun er tre til stede.

Sofie og *Marie* gør en forskel for både patienter og kolleger. Det kan mærkes og er synligt. De leverer brændstoffet til mange tanker og handlinger, og deres viden forbliver sjældent en hemmelighed. Nu er det jo ikke sådan, at dem, der larmer, er klogere end dem, der lytter, men tanker, der deles, inspirerer altså mere end tavshed og lukkede døre.

En engageret kollega, der brænder for faget og sagen, skaber varme for omgivelserne. Vi luner os lidt ved ilden, glæder os over de gratis grader og bliver lidt gladere (hvis vi da ikke bliver smæk-irriterede).

Nogle kolleger bliver engagerede i hvad som helst, og nogle bliver det aldrig i noget. Nogle glædes over alt og intet, og andre hopper i brønden, når lejlighed bydes. Sådan er vi skabt forskelligt, selv om det sidste nærmest er behandlingskrævende.

Men der er så sandelig flere gode grunde end lønnen til at være på arbejdet. Vi vil udfordres, inspireres og gøre en forskel, så det er tydeligt, at vi befinder os det rigtige sted, og ikke burde være blevet hjemme i køkkenet.

Hvis du ikke oplever dét momentvis, så find dig en pæl og knald hovedet ind i. Eller find dig et andet arbejde. Du har fortjent at smide din energi ind i noget, der berører dig og giver et mentalt afkast.

Kald det engagement. Kald det interaktiv involvering, eller lige hvad søren du vil. Kald det ... arbejdsglæde!

"Vi vil udfordres, inspireres og gøre en forskel, så det er tydeligt, at vi befinder os det rigtige sted og ikke burde være blevet hjemme i køkkenet."

redaktionen@dsr.dk