

Redderne vil erstatte sygeplejersker • 10

Sygeplejersken kan mundaflæse • 24

Spis ordentligt på dine vagter • 26

Selvskadende adfærd er selvbevarende adfærd • 44

SYGEPLEJERSKEN 20



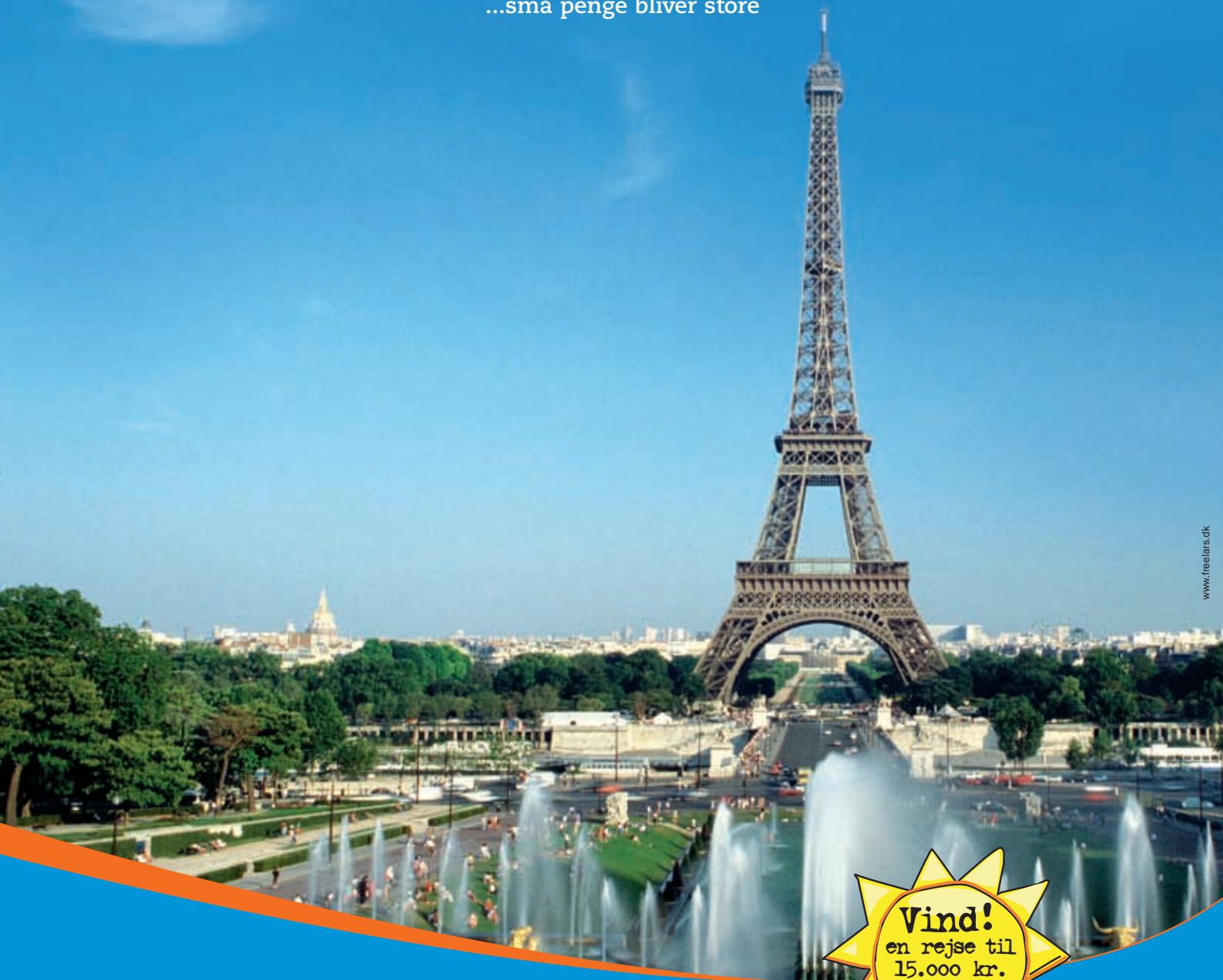
“Mit sundhedsvæsen
forstår mig ikke”

Om mænd og sundhed • 18-22

500 kroner er nok til, at du
kan **flyve mere**,
når du bliver ældre



Start din **opsparing** i dag
...små penge bliver store



Vil du se mere af verden, når du går på pension? Så er det nu, du skal gøre noget. Opret en supplerende pension hos PKA⁺. Det kræver kun et mindre beløb om måneden, og indbetalingerne kan trækkes fra i skat.

Bestil et tilbud på en supplerende

opsparing, fx en PKA⁺KAPITALPENSION eller en PKA⁺RATEPENSION, på vores hjemmeside, så er du med i lodtrækningen om en rejse ud i verden til 15.000 kroner. Konkurrencen løber indtil 1. november 2006. Klik ind på www.pkaplus.dk og læs mere.

PKA⁺
...mere pension

**Chefredaktør**

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

**Redaktionssekretær**

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

**Redaktør**

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

**Sygeplejefaglig medarbejder**

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

**Sygeplejefaglig medarbejder**

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

**Journalist**

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

**Journalist**

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

**Journalist**

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

**Journalist**

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

**Journalist**

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

**Journalist**

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

**Journalist**

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



Telefax til redaktionen: 3315 1841

ulighed i sundhed**18 Mænd dør af årsager, de ikke behøver at dø af**

Mænd dør stadig tidligere end kvinder. Sundhedsvæsenet skal blive bedre til at møde den mandlige patient.

fleksjob**24 Sygeplejerske med særlige evner**

På intensiv har en hørehæmmet sygeplejerske fundet sin rette hylde.

spis ordentligt**26 Fred din frokost**

Gode kostråd til vagterne.

dagbog**28 Fysiologisk mytteri****med på job****30 Det tavse kald**

Der er gode vibrationer på det akutte modtageafsnit på Aalborg Sygehus.

**kongres 2006****32 Kongres med mange temaer**

185 medlemmer af Dansk Sygeplejeråds kongres mødes fire dage i november. Se programmet og forslagene

fag**indre kaos****44 Selvskadende adfærd er selvbevarende adfærd**

De professionelle opgave er ikke at hindre patienten i at skade sig, hvis de ikke har et effektivt alternativ.

**sygeplejeforskning****48 Strategi for klinisk sygeplejeforskning****forebyggelse****54 Den uretfærdige usundhed****forskningsmetoder****58 Frygt ikke teori****i hvert nummer**

6 Aktuelt	61 Anmeldelser
34 Dansk Sygeplejeråd mener	64 Fem faglige minutter
34 Debat	65 Stillingsannoncer
40 Faglig information	77 Kurser/Møder/Meddelelser
60 Dilemma	

Forsidefoto: Modelfoto taget af Søren Svendsen

Tidsskrift for Sygeplejersker · Nr. 20 · 6. oktober 2006 · 106. Årgang · Udgivet af Dansk Sygeplejeråd
 Sygeplejerskens redaktion · Sankt Annæ Plads 30 · Postboks 1084 · 1008 København K · Telefon 33 15 15 55 · E-mail redaktionen@dsr.dk
 Internetadresse www.sygeplejersken.dk · Redaktionen forebeholder sig ret til elektronisk lagring og udgivelse af de faglige artikler i tidsskriftet
 Ikke-medlemmer kan tegne abonnement ved henvendelse til Dansk Sygeplejeråd · Årsabonnement 1025,00 kr. + moms. Pris pr. stk. 20,00 kr. + moms.
 Løssalg sker ved henvendelse til hovedkontoret · Stillingsannoncer sendes til Dansk Mediaforysning · Klamsagervej 27, 1. · 8230 Åbyhøj · Telefon 70 22 40 88 · Fax 70 22 40 77 · e-mail: dsrjob@dmfnet.dk · Forretningsannoncer sendes til Dansk Mediaforysning · Klamsagervej 27, 1. · 8230 Åbyhøj · Telefon 70 22 40 88 · Fax 70 22 40 77 · e-mail: dsrtekst@dmfnet.dk · Layout Tone Thoresen og Sanne Rigrtrup Møller · Tryk Graphx · Herlev
 Distribueret oplag 1. juli 2004 – 30. juni 2005: 75.763 · ISSN 0106-8350 · Medlem af Dansk Fagpresse

Vælg frit 1 bog for kun 29 kr.

+39 kr. i porto og ekspedition.

I Bogklubben for Sygeplejersker får du ny inspiration til dit arbejde. Som medlem af bogklubben får du et spændende udvalg af tidens vigtigste bøger om sygepleje og personlig udvikling. Og der er nye ekstratilbud i hvert blad. Benyt dig af det gode velkomsttilbud, bliv medlem og få bøgerne leveret til lave bogklubpriser, ofte 45% billigere end du kan få dem andre steder.



Kari Martinsen
Samtalen, skønet og evidensen

"[Man] kan roligt begive sig ud i teksten om samtalen, kommunikation og saglighed, selvom den indledes med både Kierkegaard og Sokrates i de første to linjer. Martinsen skriver om mennesket, der både kan være i rollen som sygeplejerske, patient eller noget helt andet, og hun ser dem i forbindelse med den vestlige filosofis historie." – Lisbeth Uhrenfeldt, Sygeplejersken
176 sider
Forlagspris: 249 kr.*
Klubpris: 169 kr.
Best.nr. 167437

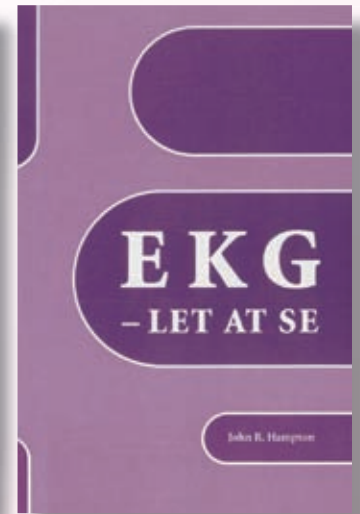
29 kr.



William R. Miller & Stephen Rollnick
Motivationssamtalen

"Bogen er særdeles handlingsorienteret og let tilgængelig. Citater og kliniske eksempler gør bogen både forståelig og læsevenlig (...) Bogen er relevant inden for misbrugsbehandling og andre områder, hvor motivation for adfærdændring er et kernepunkt." – Klinisk vejleder Nina Borck Porsager, Sygeplejersken.
268 sider
Forlagspris: 298 kr.*
Klubpris: 199 kr.
Best.nr. 162297

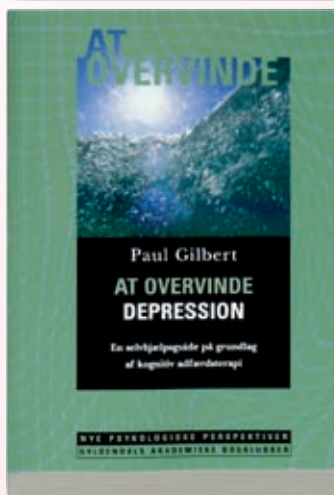
29 kr.



John R. Hampton
EKG

En letforståelig introduktion til EKG-begrebet, der sætter læseren i stand til at læse og tolke et EKG uden at drukne i komplekse detaljer.
125 sider
Forlagspris: 198 kr.*
Klubpris: 119 kr.
Best.nr. 160366

29 kr.



Paul Gilbert
At overvinde depression

Med afsæt i den kognitive adfærdsterapi giver Paul Gilbert en klar og udførlig gennemgang af de mekanismer og tankemønstre, der kan udløse en depression. Desuden præsenteres en lang række gode råd og teknikker til, hvordan vi selv bearbejder de depressive tanker.
346 sider
Forlagspris: 345 kr.*
Klubpris: 229 kr.
Best.nr. 164350

29 kr.



Kirsten Halskov Madsen og Lisbet Due Madsen (red.)
Sygeplejen i den palliative indsats

Om sygepleje, behandling og omsorg for uhelbredeligt syge og døende mennesker. "Med fodfæste i den palliative virkelighed skaber forfatterne balance mellem filosofi, viden, idealer og erfaring." – Sygeplejersken.
222 sider
Forlagspris: 239 kr.*
Klubpris: 149 kr.
Best.nr. 159707

29 kr.



Reinhard Stelter (red.)
Coaching

Seks kyndige skribenter giver deres bud på, hvordan coaching i praksis kan anvendes til kompetenceudvikling og læring. "... en meget fin bog. Den er solid, den er praktisk relevant, den er teoretisk kompetent og dybt forankret." – Steen Hildebrandt, Børsen.
279 sider
Forlagspris: 328 kr.*
Klubpris: 199 kr.
Best.nr. 163717

29 kr.



Troels Staehelin Jensen m.fl. (red.)
Smerter

Giver en systematisk introduktion til smerter og smertebehandling set i en biologisk, social og psykologisk sammenhæng. Førende læger, tandlæger, sygeplejersker, psykologer, fysioterapeuter, ergoterapeuter mm. har bidraget til bogen.
396 sider
Forlagspris: 365 kr.*
Klubpris: 229 kr.
Best.nr. 163162

29 kr.

Alt dette får du:

- sygepleje i teori og praksis
- psykologi og personlig udvikling
- opslagsværker
- kvalitetsromaner
- kogebøger



Inge Olsen

Farmakologi

Pædagogisk og let forståeligt beskrives de generelle farmakokinetiske og -dynamiske forhold, der gælder for alle lægemidler. Derefter beskrives de enkelte lægemidler, deres virkninger og bivirkninger. Sidste del handler om akutte forgiftninger.

328 sider, 2. udg.

Forlagspris: 388 kr.*

Klubpris: 259 kr.

Best.nr. 160721

29 kr.



Patricia Benner & Judith Wrubel

Omsorgens betydning i sygepleje

Benner og Wrubel opfatter omsorg som grundlaget for alt menneskeligt liv. Hvilke konsekvenser har det for sygeplejen? Med inspiration fra den tyske filosof Martin Heidegger kommer de to forfatterne ind på bl.a. kropslig intelligens, det personlige engagement, spørgsmålet om mening, stress, sygdom og sundhedsfremme. En vigtig bog for enhver sygeplejerske.

448 sider

Forlagspris: 418 kr.*

Klubpris: 239 kr.

Best.nr. 159814

29 kr.



Jens Glindvad og Anne W. Ravn

Ernæring og sygepleje

"Ernæring er omdrejningspunktet og sygeplejen kobles på undervejs. Næsten hvert kapitel indledes med at fremhæve sygeplejerskens ansvar i relation til det konkrete område og afsluttes med en opsummering af de vigtigste budskaber samt konkrete forslag til opgaver."

– Sygeplejersken.

219 sider

Forlagspris: 288 kr.*

Klubpris: 189 kr.

Best.nr. 162057

29 kr.



Erik Hippe m.fl.

Akutte medicinske tilstande

En klassiker blandt de medicinske lommebøger i den nyeste 6. udgave med nye kapitler, nye tabeller og nyt layout. "Denne kittelbog har i mange år været en nyttigt hjælp for den medicinske forvagt, og den nye udgave er udvidet med afsnit om administrative aspekter såsom information og samtykke samt onkologi og såkaldt fysisk udløste sygdomme." – Ugeskrift for læger.

291 sider

Klubpris: 179 kr.

Best.nr. 160416

29 kr.



Merete M. Mørch og Nicole K. Rosenberg (red.)

Kognitiv terapi

– modeller og metoder

Giver en introduktion til teorien bag det kognitive arbejde og beskriver, konkret og i cases, hvordan kognitiv terapi kan anvendes ved forskellige psykiske lidelser som angst, tvangshandlinger, depression osv.

391 sider

Forlagspris: 375 kr.*

Klubpris: 225 kr.

Best.nr. 163360

29 kr.

UDFYLD KUPONEN OG SEND DEN ALLEREDE I DAG – PORTOEN ER BETALT!

BESTILLINGSKUPON

Jeg vil gerne være medlem af Bogklubben for Sygeplejersker og modtager en bog efter eget valg til **kun 29 kr.** + 39 kr. i porto og eksp.

Jeg ønsker følgende bog til **29 kr.** med Best.nr.

Medlemsfordele ● Du får 7 gange om året tilsendt bogklubbens medlemsblad med mange spændende tilbud på aktuelle bøger ● Du får bøgerne til lave bogklubpriser ● Du kan nemt og hurtigt bestille ● 7 gange årligt vil du automatisk få tilsendt hovedbogen med posten, hvis du ikke afbestiller den. Den kan let afbestilles via Internettet, e-mail, telefon eller kupon ● Udover de bøger, du køber i din velkomstpakke, forpligter du dig til at købe tre bøger til klubpris det første år. I modsat fald bortfalder rabatten på velkomstpakken.

Skriv venligst med BLOKBOGSTAVER

Navn: _____

Adresse: _____

Post.nr.: _____ By: _____

Tlf.nr.: _____ E-mail:* _____

Underskrift: _____ (Skal udfyldes)

EKSTRA TILBUD



SPAR 579 kr.

(160713)

Ja tak, sammen med min velkomstpakke vil jeg gerne modtage **Klinisk ordbog** som gennem 74 år har været den ubestridte autoritet vedrørende den sundhedsmæssige terminologi. Den er nu udkommet i en ny, gennemrevideret og udvidet brugervenlig udgave med over 32.000 opslagsord. 1.291 sider. 16. udg. Forlagspris: 878 kr.* Klubpris: 429 kr. **Din pris lige nu kun 299 kr.**

KLIP HER!



Sendes ufrankeret Modtageren betaler portoen

bogklubben for sygeplejersker

+++ 0766 +++
1045 København K

"Vi skal bare først undersøge, om polske sygeplejerskers kvalifikationer stemmer overens med de danskes."

Bent Hansen (S), formand for Danske Regioner, som synes, at muligheden for at rekruttere udenlandske sygeplejersker er interessant, til Politiken.

Hvidovre Hospital styrker praktikken

Oprustning. "Observer en sygeplejerskes samtale med en patient og beskriv, hvordan kommunikationen mellem de to foregår."

Sådan lyder indholdet i en af de konkrete øvelser i en ny projektmappe, som de kliniske vejledere på Hvidovre Hospital netop har taget i brug.

Det seneste år har de kliniske vejledere arbejdet på at forbedre den kliniske undervisningsperiode, så sygeplejestuderende på alle semestre tilbydes en ensartet undervisning i det fælles indsatsområ-

de, observationsevne og handlekompetence.

"I forbindelse med debatten om sygeplejerskeuddannelsen har der været megen kritik af de studerendes kliniske undervisning. Vi mener, det kan styrke praktikken, at der på alle afdelinger findes en projektmappe, som indeholder konkrete øvelser tilpasset det enkelte semester, og at vi på de forskellige afdelinger har udarbejdet de samme retningslinjer for, hvad de studerende skal lære. Intentionen er at styrke de studerendes faglighed ved at kombinere

observationer og praktisk handlekompetence med teoretisk baggrundsviden," siger klinisk vejleder *Janne Orbæk* fra Hvidovre Hospital.

Erfaringerne fra projektet vil blive evalueret i løbet af 2007.

Yderligere oplysninger om projektet "Observationsevne og handlekompetence i klinisk praksis" kan fås ved henvendelse til klinisk vejleder Janne Orbæk, e-mail: Janne.Orbaek@hh.hosp.dk

(bso)

Minister truer a-kasse med kontrol

Af Katrine Birkedal Christensen, journalist

Ministertilsyn. *Det danske arbejdsmarked hungre efter sygeplejersker. Alligevel var 1.717 medlemmer af DSA sidste år ledige i en kortere eller længere periode. Det har fået beskæftigelsesministeren til at true DSA med skærpet tilsyn.*

"Jeg synes ikke, at det er rimeligt, at der er personer, som har kvalifikationer på områder, hvor der er flaskehalse, som er ledige eller i beskæftigelse på nedsat tid med supplerende dagpenge. Det gælder også for sygeplejerskers vedkommende," skriver beskæftigelsesminister *Claus Hjort Frederiksen*

(V) i et nyligt svar til Folketinget.

Ministerens reaktion kommer i forlængelse af en undersøgelse om ledige lærere og sygeplejersker fra den 30. august. Undersøgelsen viste, at ca. 1.000 sygeplejersker i 2005 var ledige i mindst 10 ud af 13 uger. En situation, som ministeren i et svar til Folketinget kalder "paradoksal."

Claus Hjort Frederiksen mener ligeledes, at undersøgelsen sår tvivl om, hvorvidt Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse (DSA) "i alle tilfælde administrerer rådighedsreglerne korrekt." Denne tvivl får nu ministeren til at be-

de om en redegørelse fra DSA, og samtidig truer han med yderligere kontrol af DSAs administration.

Både kritikken og truslen stiller formand for DSA, *Grete Christensen*, sig undrende over for.

"Undersøgelsen er jo lavet i samarbejde med Arbejdsmarkedsstyrelsen, der ikke har fundet grund til at rejse kritik af DSA. Og rent faktisk har Arbejdsdirektoratet lige lavet en undersøgelse af alle a-kasserne, hvor de har undersøgt, hvor mange fejl a-kasserne laver. DSA har nul fejl i deres rådighedsvurderinger," siger *Grete Christensen*.

Formanden kan ikke genkende den kritik, som ministeren rejser.

"Vi taler om 1.000 ledige ud af 55.000 aktive sygeplejersker. Det er en meget, meget lille del, vi taler om. Derfor undrer jeg mig over, at ministeren overhovedet vil bruge så meget tid på en a-kasse som DSA, der viser så flotte resultater."

Grete Christensen tilføjer: "Siden undersøgelsen blev lavet, er vores ledighed faldet med 40 pct. I dag, der har vi en historisk lav ledighed på 0,2 pct. De tal alene viser jo, at vi har meget gode resultater af det arbejde, vi laver."

Connie Kruckow skriver til oberst Ghadaffi

Appel. Den internationale sygeplejerskeorganisation, ICN, har opfordret de nationale sygeplejerskeorganisationer til at reagere på baggrund af, at fem bulgarske sygeplejersker og en palæstinsisk læge har siddet fængslet i Libyen siden 1999.

De er anklaget for bevidst at have inficeret børn i Libyen med hiv. I fængslet har de været udsat for fysisk og psykisk terror, deres retssager er blevet aflyst, og de er blevet truet med henrettelse.

Dansk Sygeplejeråds formand og direktør har fulgt ICNs opfordring og har skrevet appalbrev til Libyens leder *Muammar Ghadaffi*. I brevet appellerer *Connie Kruckow* og *Anne Granborg* til, at der bliver sørget for en hurtig og fair retssag til de fængslede sundhedspersoner, og at de sættes i husarrest i stedet for fængsel. De opfordrer endvidere til, at der bliver taget hånd om de familier, hvor børnene er smittet med hiv.

(sbk)

Praktisk hygiejne på dåse!

Nu introducerer vi en praktisk dåse med Antibac vådservietter til overfladedesinfektion.

Produktet indeholder de samme virksomme stoffer som Antibac overfladedesinfektion på flaske. Der er gennemført grundige test, som viser at servietterne giver samme effekt på bakterier, virus og svamp som den flydende desinfektionssprit.

Dåsen indeholder 150 vådservietter, som er biologisk nedbrydelige. Alkoholøsningen opfylder kravene til EN 1276 og EN 1650. Servietterne er CE-mærkede. Som ekstra udstyr fås ståldispenser til væg.

Antibac distribueres i Danmark av Kirudan AS, tlf: 36 37 91 00, www.kirudan.dk

Vi tager hygiejne alvorligt.



Arcus Kjemi AS, tlf: +47 64 98 08 01,
www.arcus-kjemi.no



Produktet leveres med dansk etikett.

Mænd og kvinder ER forskellige

Af Christina Sommer, journalist

Sunde danskere. Danske mænd lever i gennemsnit fem år kortere end kvinderne. Chefpsykolog på Rigshospitalet, Svend Aage Madsen, mener, at det danske sundhedsvæsen skal blive bedre til at møde den mandlige patient på hans præmisser. Hvad mener sygeplejerskerne?



FOTO: MICHAEL BO RASMUSSEN

Hanne Hartmann, afdelingssygeplejerske, Thoraxkirurgisk sengeafdeling T, Aalborg Sygehus

"Det er jeg helt enig i. Mænd er nok en smule tabt i systemet. De er ikke lige så snakkende som kvinder og har derfor svære ved at sætte ord på deres følelser og sygdom og synliggøre deres behov."

Behandler du mandlige og kvindelige patienter forskelligt?

"Vi har haft tendens til at tillægge mænd de samme behov som kvinder, men jeg synes, vi er blevet mere opmærksomme på forskellene de senere år. F.eks. lever de gamle kønsrollemønstre stadig. Skal en mandlig patient rådgives om kost ved udskrivning, skal konen være med. Det gælder ikke omvendt."

Hvordan kan det danske sundhedsvæsen være med til at mindske forskellen i den gennemsnitlige levetid?

"Bl.a. ved at være opmærksom på, at mænd og kvinder ikke er ens og derfor også skal behandles forskelligt."



FOTO: MICHAEL BO RASMUSSEN

Helga Hald, sygeplejerske, Akut Medicinsk Modtageafsnit, Aalborg Sygehus

"Overordnet mener jeg ikke, at vi skal fokusere på mænd som en speciel gruppe patienter. Men vi skal selvfølgelig møde den enkelte patient der, hvor han eller hun er, uanset køn, alder, race, religion, social baggrund osv."

Behandler du mandlige og kvindelige patienter forskelligt?

"Ubevidst gør jeg nok, med tanke på hvad der sker, når "mand møder kvinde." Men jeg tænker ikke over i det daglige – kun hvis patienterne spiller på kønsrollerne, hvor de bevidst forsøger at opnå noget i kraft af, at de er mænd eller kvinder. Den duer ikke hos mig."

Hvordan kan det danske sundhedsvæsen være med til at mindske forskellen i den gennemsnitlige levetid?

"Der skal fortsat oplysning til. Om sygdomme, forebyggelse, sund livsstil osv."



FOTO: KISSEN MØLLER HANSEN

Mette Nielsen, sygeplejerske, Reumatologisk afsnit 2021, Skive Sygehus

"Det kan jeg godt nikke genkendende til. Som kvinder i en kvindeverden kan vi have tendens til at behandle mænd og kvinder ens."

Behandler du mandlige og kvindelige patienter forskelligt?

"Nogle ting har jeg lettere ved at tale om med en kvindelig patient end med en mandlig patient. Jeg forventer nok, at kvinder er mere åbne, hvilket også ofte er tilfældet. Mænd skal mødes anderledes, og det er vi også opmærksomme på her på afdelingen. Vi tilbyder f.eks. musik til afspænding. Kvinderne er meget hurtigere til at sige ja end mændene, der spørger mere til hvordan og hvorfor. De er mere resultatorienterede."

Hvordan kan det danske sundhedsvæsen være med til at mindske forskellen i den gennemsnitlige levetid?

"Netop ved at fokusere på, at budskaber og tilbud om f.eks. rygeafvænnings og kostomlægning skal sælges forskelligt til mænd og kvinder."



FOTO: HEINE PEDERSEN

Mette Mattesen, sygeplejerske, M3, Medicinsk afdeling, Kalundborg Sygehus

"Det kan der godt være noget om, selvom jeg synes, at vi er godt gearet til mødet med alle patienter."

Behandler du mandlige og kvindelige patienter forskelligt?

"Ikke bevidst, men jeg vil nok tænke mere over det i fremtiden. For mænd forholder sig anderledes til sygdom. Jeg møder f.eks. en del alvorligt kræftsyge mænd, og de kan være meget svære at komme ind på. De er ikke vant til at tale om deres problemer, og nogle gange føler jeg mig lidt påtrængende."

Hvordan kan det danske sundhedsvæsen være med til at mindske forskellen i den gennemsnitlige levetid?

"Her er jeg enig med chefpsykologen. Vi må bl.a. have mere fokus på, at man skal gå til mændene på en anden måde end til kvinderne."

Læs også artiklen "Mænd dør af årsager, de ikke behøver at dø af" på side 18.

1. kvartal

2. kvartal

3. kvartal

4. kvartal



Nyhed:

Første og eneste kvartals-injektion til postmenopausal osteoporose

I.v. injektion i forfyldt sprøjte til patienter, hvor oral bisfosfonat-behandling ikke er velegnet



Bonviva®
ibandronat

Kvartals-injektionen

Bonviva® (ibandronat). Produktinformationen er forkortet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé, som kan rekvireres hos Roche a/s, Industriholmen 59, 2650 Hvidovre. Bonviva (ibandronatnatrium), filmovertrukne tabletter 150 mg, 3 mg/3 ml injektionsvæske i fyldt injektionssprøjte. Indikation: Behandling af osteoporose hos postmenopausale kvinder, med øget risiko for frakturer. Der er vist en reduktion af risikoen for vertebrale frakturer. Effekten på frakturer af lårbenhalsen er ikke fastslået. **Dosering:** *Månedstablet:* Anbefalet dosis er 1 tablet 1 gang om måneden (helst på samme dato hver måned). Tabletten skal indtages om morgenen efter mindst 6 timers faste, og patienten skal fortsætte med at faste 1 time efter indtagelse. Tabletten skal synkes hel med et glas postevand, og patienten må ikke ligge ned under indtagelsen og indtil 1 time efter. *I.v. kvartals-injektion:* Anbefalet dosis er 3 mg hver 3. måned, administreret som en intravenøs injektion over 15-30 sekunder. For begge formuleringer gælder, at patienten skal have et tilstrækkeligt calcium- og vitamin D-tilskud. Bonviva bør ikke anvendes til børn og unge. **Kontraindikationer:** Hypocalcæmi. Overfølsomhed over for ibandronat eller øvrige indholdsstoffer. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** *Månedstablet:* Bisphosphonater har været forbundet med dysphagi, esophagitis og esophageale eller gastriske ulcerationer. Patienter – især patienter med forlænget esophagustranstid - bør derfor være særligt opmærksomme på og i stand til at overholde doseringsvejledningen. Lægen skal være opmærksom på ethvert tegn eller symptom på esophagus reaktion under behandlingen, og patienten skal instrueres i at standse behandlingen med Bonviva og søge læge, hvis der udvikles sådanne symptomer f.eks. dysphagi, synkesmerter, retrosternal smerte eller halsbrand. Ved samtidig behandling med NSAIDs bør der udvises forsigtighed. Bør ikke anvendes til patienter med arvelig galactoseintolerans, en særlig form af hereditær lactasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glucose/galactosemalabsorption. *I.v. kvartals-injektion:* Proceduren for intravenøs administration skal nøje overholdes. Der skal udvises forsigtighed for ikke at give injektionerne intraarterielt eller paravenøst, da det kan medføre vævsskader. Ved sygdomme eller medicin, der kan påvirke nyrefunktionen, bør patienter regelmæssigt kontrolleres under behandling. For begge formuleringer gælder, at forstyrrelser i calcium- samt knogle- og mineralstofskeft bør behandles, før behandling med Bonviva initieres. Bonviva anbefales ikke ved serumkreatinin > 200 µmol/l eller kreatininclearance < 30 ml/min på grund af begrænset klinisk erfaring. Knoglenekrose i kæben, normalt set ved tandudtrækning eller lokal infektion (herunder osteomyelitis), er rapporteret blandt cancerpatienter, der får behandlingsregimer primært med intravenøst administrerede bisphosphonater. Mange af disse patienter fik også kemoterapi samt kortikosteroider. Knoglenekrose i kæben er også rapporteret blandt patienter med osteoporose, der får orale bisphosphonater. En tandundersøgelse med passende præventiv tandbehandling bør overvejes hos patienter med samtidig risikofaktorer (som cancer, kemoterapi, strålebehandling, kortikosteroider, dårlig mundhygiejne) før behandling med bisphosphonater. En individuel klinisk vurdering, baseret på fordele og ulemper, bør udføres af den behandelende læge, og tilpasses behandlingsplanen for hver enkelt patient. **Interaktioner:** Den orale biotilgængelighed for ibandronat er generelt nedsat ved tilstedeværelse af føde. Calciumtilskud, antacida samt visse perorale lægemidler med multivalente kationer (f.eks. aluminium, magnesium, jern) vil sandsynligvis påvirke absorptionen af Bonviva. **Graviditet og amning:** Bonviva bør ikke anvendes. **Bivirkninger:** *Månedstablet:* Almindelig: Dyspepsi, kvalme, mavesmerter, diarré, flatulens, gastroesophageal reflux sygdom, gastritis, hovedpine, indflydningssygdom, træthed, myalgier, artralgi, muskelkramper, smerter og stivhed i bevægeapparatet, udslæt. *Usædvanlig:* Dysphagi, opkastning, esophagitis herunder esophageale ulcerationer eller strikturer, svimmelhed, rygsmertter. *Sjælden:* Duodenitis, overfølsomhedsreaktioner, angioødem, ansigtsødem, urticaria. *I.v. kvartals-injektion:* Almindelig: Gastritis, diarré, mavesmerter, dyspepsi, kvalme, obstipation, smerter i bevægeapparatet og bindevæv, artralgi, myalgier, rygsmertter, influenzalignende symptomer, træthed, hovedpine, udslæt. *Usædvanlig:* Reaktionen på indgivelsesstedet, asteni, phlebitis/trombophlebitis. *Sjælden:* Overfølsomhedsreaktioner, angioødem, ansigts hævelse/ødem, urticaria. **Overdosering:** Erfaring savnes. Patienter, der har fået højere doser end anført, bør overvåges nøje. **Pakninger og priser (september 2006):** Vnr. 025588 Bonviva 150 mg, 1 stk. AUP 374,00 kr. Vnr. 025599 Bonviva 150 mg, 3 stk. AUP 1086,65 kr. Vnr. 049169 Bonviva 3 mg/3 ml, 1 stk. AUP 1145,15 kr. **Udlevering:** B. Tilskud: Individuelt tilskud. **Roche a/s**, Industriholmen 59, 2650 Hvidovre, tlf. 36 39 99 99, www.roche.dk **GlaxoSmithKline Pharma A/S**, Nykøer 68, 2605 Brøndby, tlf. 36 35 91 00, www.glaxosmithkline.dk

Redderne vil erstatte sygeplejersker

Katrine Birkedal Christensen, journalist

Kampagne. "Brug paramedicinere; de skaber ikke mangel på plejepersonale," står der på plakaten fra Dansk Ambulance Råd. Med kampagnen håber redderne at få flere opgaver i den nye præhospitale sektor, der netop nu står over for store forandringer.

Danske Regioner har planer om at halvere antallet af de afdelinger på sygehusene, der modtager patienter akut.

Tallet skal ned på 25 på landsplan.

Dermed lægger Danske Regioner op til store ændringer i den præhospitale sektor, hvilket har

sat et regulært kapløb mellem faggrupper og personale i gang.

Mens reddernes faglige organisationer håber at få flere opgaver til deres paramedicinere, tror Dansk Sygeplejeråd på, at patienterne får den bedste kvalitet, hvis reddere og sygeplejersker supplerer hinanden.

På sygehuse og Falckstationer har der sommeren over hængt plakater fra Dansk Ambulance Råd, der opfordrer til, at man erstatter plejepersonale med reddere.

"Paramedicinere får en målrettet uddannelse, og det er meningen, at de skal kunne er-

statte sygeplejersker i den præhospitale sektor," forklarer sekretariatsleder i Dansk Ambulance Råd, *Ebbe Vang*.

Sat uden for døren

Plakaten, der suppleres af en kampagne fra FOA, 3F og Reddernes Landsklub kaldet "Bud på en bedre indsats," kommer i anledning af, at Sundhedsstyrelsens ekspertgruppe netop nu diskuterer den fremtidige landsdækkende indsats på det præhospitale område. En diskussion, der ventes at føre til store forandringer.

Mens de fleste faglige medlemsorganisationer, ifølge Dansk Ambulance Råd, er blevet inviteret til en debat med ekspertgruppen, har reddernes faglige organisationer siddet uden for døren. Derfor forsøger Dansk Ambulance Råd, der består af ambulancereddernes faglige klubber i FOA og 3F, med kampagnen at få politikerne i tale.

Og i Storstrøms Amt har kampagnen muligvis haft effekt.

I de lokale medier har man kunnet læse, at amtets politikere er lune på tanken om at erstatte anæstesisygeplejersker med Falcks niveau 3-reddere – også kaldet paramedicinere. Men den lokale amtskreds i Dansk Sygeplejeråd siger nej tak.

"Det handler jo om kvalitet for patienterne. Vi er slet ikke enige i, at sygeplejersker kan erstattes af paramedicinere," siger *Mia Linda Møller*, amtskredsformand i Dansk Sygeplejeråd i Storstrøms Amt. Hun finder det "tragikomisk," at politikerne overhovedet overvejer

at erstatte sygeplejersker med paramedicinere.

"Paramedicinere i Danmark har intet at gøre med den betegnelse, som bruges i USA. Der er tale om Falckreddere på niveau 2, der med 10 ugers kursus opgraderes til paramedicinere. De anæstesisygeplejersker, som kører med ambulancerne i Storstrøms Amt, har mindst syv års uddannelse bag sig," tilføjer hun.

Behandling på en øde ø

Men Reddernes Landsklubs formand, *Palle Thirstrup*, mener, at paramedicinere er et godt bud på den rette bemanning i akutberedskabet.

"Hele vores uddannelse tager sigte på, at de her reddere kan klare sig selv på en øde ø, og der mener vi, at vi kan noget, der ikke ligger i sygeplejerskeuddannelsen. De behandlingsmæssige tiltag, som en redder eller en paramediciner kan udføre, dem kan han udføre alle steder. Det er de færreste sygeplejersker, der er uddannet til en egentlig præhospitale indsats, hvor det netop er det, vores uddannelse tager generelt sigte på," siger Palle Thirstrup.

Den præhospitale indsats varierer fra amt til amt. Mens Storstrøms Amt og Nordjyllands Amt nu vurderer, om paramedicinere skal have større ansvar i den præhospitale sektor, så besluttede Ringkjøbing Amt i april 2005, at amtet ikke ville indføre paramedicinere i den særlige præhospitale enhed. En beslutning, som formanden for amtets Sundhedsudvalg, *Jørgen Mathiasen (V)*, står ved i dag.

►► HVAD ER EN PARAMEDICINER?

I maj 2004 blev de første 12 paramedicinere uddannet på et prøvekursus på Social- og Sundhedsskolen i Silkeborg. Siden har yderligere otte reddere fuldført uddannelsen. Paramedicinere er tidligere gået under navnet "ambulancebehandler med særlig kompetence" eller "niveau 3-reddere," men det er nu besluttet at gennemføre brugen af ordet "paramedicinere."

- Ambulanceassistentuddannelsen (niveau 1), der erhverves som en del af "Erhvervsuddannelsen Redder," som varer to år og ni måneder. I uddannelsen indgår teoretisk undervisning med sundhedsfagligt indhold, hospitalspraktik, køreteknik mv.
- Ambulancebehandleruddannelsen (niveau 2) er en udbygning af grunduddannelsen og kan først erhverves efter halvandet års erfaring som ambulanceassistent. Undervisningen indeholder udvidelse af de sundhedsfaglige kompetencer bl.a. undervisning i fysiologi og medicinbehandling og yderligere hospitals- og ambulancepraktik.
- Paramedicineruddannelsen (niveau 3) er ny. For at blive paramediciner kræves mindst tre års erfaring og virke som ambulancebehandler. Uddannelsen består af otte dages undervisning i bl.a. symptomlære, anatomi, observationsteknik og håndtering af medicin, 10 dages hospitalspraktik på bl.a. anæstesi- og intensivafdelingen, seks dages kørselspraktik med lægeambulancen og en dag til eksamen. Paramedicinere skal som vedligeholdelsesuddannelse i hospitalspraktik en uge en gang om året.

Kilde: Reddernes Landsklub.



Sygehusene mangler plejepersonale

Oplysninger fra sygeplejerskerens faglige organisation fortæller, at der er mere end 1.100 ubesatte sygeplejerskestillinger på sygehusene.

Denne mangel på personale sætter i sagens natur sit præg på patienternes oplevelse af det danske sundhedsvæsen, og det virker således uforståeligt, at den samme personalegruppe nu også skal bruges til at løse opgaver i ambulancetjenesten.

Der er tale om opgaver, som i langt de fleste tilfælde kan klares af personale med en målrettet uddannelse, nemlig paramedicinere.

Sundhedsvæsenet har netop fået en ny personalegruppe i den præhospitale sektor, hvor ambulancerne hører til.

Paramedicinere har fået en uddannelse, som er målrettet til at blive brugt i den akutte indsats. Og de kan mere end du tror.

Brug paramedicinere; de skaber ikke mangel på plejepersonale, og de kommer når man ringer 1-1-2.



DANSK AMBULANCE RÅD

Redderenes faglige klubber, samlet i Dansk Ambulance Råd, har sommeren over under overskriften "sygehusene mangler plejepersonale" (billedet) forsøgt at skabe politisk fokus på deres nye paramedicinere. Målet er, at få sygeplejerskerne ind på sygehusene og paramedicinere ud i ambulancetjenesten. "Brug paramedicinere; de skaber ikke mangel på plejepersonale, og de kommer når man ringer 1-1-2," står der på plakaten. Et slogan, som Dansk Sygeplejeråd ikke er helt enig i.

"Den Præhospitale Enhed, der består af team med Falckreddere og anæstesisygeplejersker, giver tryghed og effektiv behandling. Da vi skulle lukke akutmodtagelsen i nogle af yderområderne, var der meget stor utilfredshed, men vi har efterfølgende fået meget ros for ordningen. Hvorfor ændre på noget, der fungerer så godt?" spørger Jørgen Mathiasen.

"Markante ændringer"

Beslutningen er dog ikke længere hans. Fra årsskiftet nedlægges amterne, og derefter bliver det landets fem regioner, der skal afgøre, hvordan de enkelte præhospitale løsninger skal udformes. Og der er lagt op til store forandringer. Faktisk

skal man forvente "markante ændringer," skriver Sundhedsstyrelsens Ekspertgruppe for gennemgang af akutberedskabet.

Gruppen har fået til opgave at komme med en række anbefalinger til regionernes planlægning af det fremtidige akutberedskab.

Og Dansk Ambulance Råd håber, at ekspertgruppen når frem til ændringer, der vil give redderne flere opgaver.

"Hvis vi kigger på udenlandske erfaringer, så kan man se, at paramedicinere får en mere fremtrædende rolle i den præhospitale indsats i modsætning til sygeplejersker," siger Ebbe Vang fra Dansk Ambulance Råd.

"Vi skal ikke sænke ambitionsniveauet"

"Jeg undrer mig over, at Dansk Ambulance Råd har opfattelsen af, at vi forsøger at tilrane os pladser i ambulancetjenesten. I det danske sundhedsvæsen er der ikke nogen, der har faste pladser. Det handler hele tiden om at have en bemanning, der tilgodeser patienterne bedst muligt," siger formanden for Dansk Sygeplejeråd, Connie Kruckow.

Formanden lader sig ikke provokere af reddernes plakat, men mener, at kampagnen er "helt nødvendig."

"Der er ingen mennesker, der arbejder overflødig i sundhedsvæsenet. Vi kan hverken undvære Falckreddere eller dem, der har taget overbygningsuddannelserne. Vi kommer til at stå i en situation, hvor der mangler hænder alle steder. Men det betyder jo ikke, at vi skal sænke ambitionsniveauet i forhold til patienterne. Så skal vi nok finde ud af at samarbejde, for det har vi gjort i mange, mange år," siger hun.

Et skridt i retning af et højere ambitionsniveau i sundhedsvæsenet er, ifølge Dansk Sygeplejeråd, at skabe en specialuddannelse for sygeplejersker, der arbejder i akutberedskabet.

"Uddannelsen skal sikre et højere fagligt niveau både i sygehusenes akutmodtagelser og i ambulancetjenesten," forklarer Connie Kruckow.

Hun mener i øvrigt, at sygeplejersker og reddere er hinandens forudsætninger i hverdagens akutberedskab, og med de kommende forandringer i den præhospitale sektor er det vigtigt, at faggrupperne fortsat supplerer hinanden.

"Det handler om at bruge de ressourcer, der er, bedst muligt," konstaterer Connie Kruckow.

Vi ville gerne have haft Danske Regioners kommentar og bud på en kommende løsning af akutberedskabet, men det har inden redaktionens deadline ikke været muligt at få en kommentar fra Danske Regioners formand, Bent Hansen (S).

(kbc)



ARKIVFOTO: HEINE PEDERSEN

Der er brug for alle hænder i det danske sundhedsvæsen, mener Dansk Sygeplejeråds formand, Connie Kruckow. Men ambitionsniveauet skal stadig være højt, og derfor mener hun, at sygeplejersker, der arbejder i den præhospitale sektor, skal opgraderes med en specialuddannelse.



FOTO: HEINE PEDERSEN

Koncentration. Klokkeren er 10.29 den 27. september på Tagensvej 20, Rigshospitalet. Klinisk vejleder *Charlotte Eskildsen* underviser studerende ved H:S Sygeplejerskeuddannelsen i at lægge et kateter op. Netop sygeplejerskeuddannelsen er i denne tid i fokus i Undervisningsministeriet, hvor en arbejdsgruppe skal komme med anbefalinger til, om uddannelsen skal laves om eller ej. Arbejdsgruppen skal være færdig i slutningen af oktober. *(snp)*

Pensionsbølgen rammer snart

Pensionsbyrde. De store efterkrigs-generationer vil begynde at forlade arbejdsmarkedet inden for de næste 10 år. Især i social- og sundhedssektoren vil der blive store huller at fylde ud. En ny opgørelse fra Pensionskassernes Administration (PKA) viser, at over 28.000 sygeplejersker, fysioterapeuter, bioanalytikere og andre erhvervsaktive inden for de otte faggrupper under PKA vil gå på pension inden for de næste 10 år, hvis det nuværende pensionsmønster fortsætter. Yderligere 12.000 har muligheden for at gå på pension i samme periode.

Blandt sygeplejerskerne kan det i værste fald dreje sig om helt op til 15.000 medlemmer der går på pension. Ifølge PKA svarer det tal til 26 pct. af de erhvervsaktive sygeplejersker.

Faggruppen med den største potentielle pensionsgruppe forventes dog at blive bioanalytikerne. Her kan helt op til 41 pct. af de erhvervsaktive medlemmer forventes at forlade arbejdsmarkedet i perioden, og det vil have alvorlig effekt på sundhedsvæsenets evne til effektivt at kunne diagnosticere sygdomme.

Hos PKA anbefaler man, at flere og bedre seniorordninger bliver taget i brug, for at de erhvervsaktive kan lokkes til at tage et år eller to mere på arbejdsmarkedet.

(bba)

Den Gode Medicinske Afdeling lukker

Af Christina Sommer, journalist

Kvalitet. I forbindelse med amternes bortgang lukker og sluker Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA). Mange af projektets erfaringer og resultater er dog allerede ført ud i livet på sygehuse, og arbejdet vil ligeledes sætte fingeraftryk i fremtiden.

Siden 2000 har udviklingsprojektet Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA) arbejdet med at udvikle kvaliteten af de samlede patientforløb på landets medicinske afdelinger. DGMA er finansieret af amterne og Hovedstadens Sygehusfællesskab, og det er derfor naturligt, at projektet lukker, når amterne nedlægges ved årets udgang.

Men det betyder ikke, at DGMA's arbejde med kvalitetsudvikling er spildt eller risikerer at blive glemt, pointerer projektleder Jørgen Steen Andersen.

"Meget af vores arbejde er allerede blevet implementeret mange steder. I samarbejde med læger og sygeplejersker på medicinske afdelinger landet over har vi fået formuleret en række mål, som kendetegner den gode medicinske afdeling. Og alene det er med til at udvikle den gode medicinske behandling," siger Jørgen Steen Andersen og fremhæver især de fire tværsnitsundersøgelser, DGMA har lavet siden 2000.

Arbejdet føres videre

I tværsnitsundersøgelserne gennemgår de deltagende afdelinger et udsnit af journaler på indlagte patienter på en række områder som planlægning under akut indlæggelse, medicinering og genoptræning.

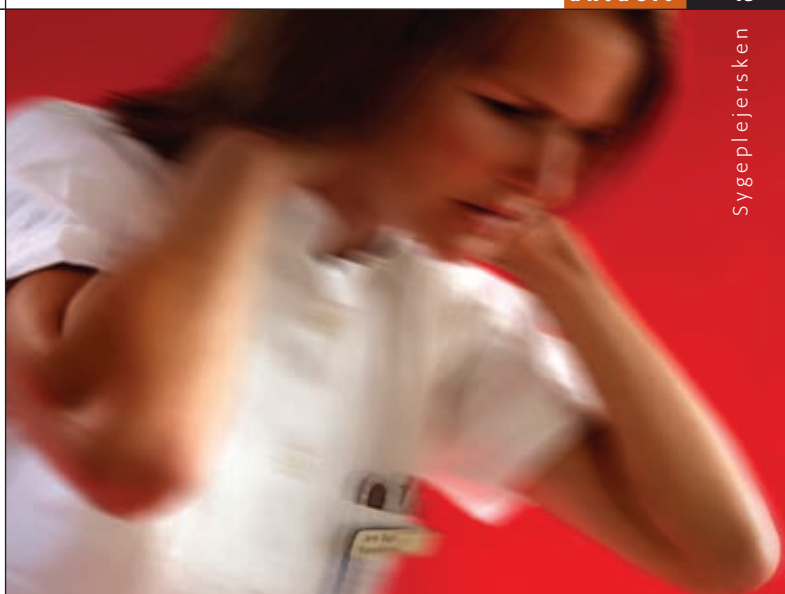
"Ved at deltage i tværsnitsundersøgelserne har afdelingerne fået mulighed for at se, hvordan de klarer sig på en række områder, både i forhold til sidste gang, men også i forhold til andre afdelinger. Og det er også med til at skabe udvikling," siger projektlederen.

Det samme er andre af DGMA's undersøgelser som f.eks. rapporter som "Veje til kvalitet" fra juli 2006. I fremtiden vil DGMA's resultater også kunne gøre gavn.

Allerede nu deltager DGMA i arbejdet med at udvikle den danske kvalitetsmodel og er med i et samarbejde om at udvikle en ny model for behandling af type 2-diabetes og KOL-patienter. Modellen skal sikre bedre samarbejde mellem sygehuse og praktiserende læger.

"Sekretariatet nedlægges fra årsskiftet, men vores publikationer vil stadig være tilgængelige på hjemmesiden www.dgma.dk, og jeg håber, at Danske Regioner med tiden viderefører vores arbejde i en eller anden form," siger Jørgen Steen Andersen.

ARKIVFOTO: SØREN HJØLM



Spørg om stress

Brevkasse. Er du i fare for at blive stresset på dit arbejde? Har du allerede problemer med at få dit arbejdsliv til at hænge sammen? Eller er du bekymret for en kollega eller for en leder, der længe har arbejdet under for stort pres?

Hvis du har spørgsmål om arbejdsrelateret stress, kan du fremover få svar og gode råd i dit fagblad.

I starten af november lancerer *Sygeplejersken* nemlig en brevkasse om stress (blad nr. 22).

Spørgsmål til brevkassen vil blive besvaret af Kirsten Holmboe, arbejdsmiljøkonsulent i Dansk Sygeplejeråds amtskreds i Århus. Hun har arbejdet med sygeplejersker og stress i over 10 år. Igenem årene har hun været ankermand på selvhjælpsgrupper for stressede sygeplejersker i Århus, og tidligere i år har hun startet en række lokale stresskurser op.

Har du lyst til at stille Kirsten Holmboe et spørgsmål om arbejdsrelateret stress, kan du skrive til: Sygeplejerskens Brevkasse, Sankt Annæ Plads 30, 1250 København K. Eller maile på brevkasse@dsr.dk

(lha)

Rettelse

På grund af en teknisk fejl i redaktionssekretariatet var det en ikke-godkendt version af artiklen "De nye kommuner slider sygeplejersker op," som blev bragt i *Sygeplejersken* nr. 19/2006 på side 6.

Derfor blev tillidsrepræsentant i Hundested Kommune, *Angela Pedersen*, ikke korrekt citeret. Vi bringer en præcisering:

Kommunesammenlægningen kunne nødvendigvis ikke starte fra bunden, da medarbejdere ikke kan ansætte uden ledelse. Der har helt fra start været stor medarbejderinddragelse i processen, hvilket må siges at være meget positivt.

Der har ikke manglet forståelse fra ledelsens side til at gå til diverse møder. Der er blevet givet den fornødne tid.

Sygeplejersken beklager fejlen.

Redaktionen



TILBAGEBLIK

Striden om jibab'en

Tilbageblik. Hvilken påklædning er passende for en sygeplejerske, og plejer den passende påklædning at være upassende for en muslimsk kvinde?

Det spørgsmål blev rejst, da *Sygeplejersken* i nr. 19/2006 skrev om en muslimsk kvinde, der havde nægtet at tage arbejde i Høje-Taastrup Kommunes hjemmepleje, fordi hun ikke kunne gå i en dragt, der stemte overens med hendes religion. Hendes klædedragt – en såkaldt jibab – bestod af en langærmet kjortel. Den levede ikke op til uniformsreglementet. Hensynet til håndhygiejnen ville være sværere at opretholde iført lange ærmer, mente kommunen.

Gratisavisen 24timer bragte den 21. september historien om kvindens sag og beret-

tede, hvordan Danske Sundhedsorganisationers A-kasse (DSA) har givet kvinden karantæne, fordi hun nægtede at tage et arbejde, der bl.a. indebar uniform med kortere og mere hygiejnerigtige ærmer.

Radioavisen kom til dagen efter og valgte at fokusere på den forskelsbehandling af muslimske kvinder, der foregår inden for sundhedsvæsenet. Men hvor Høje-Taastrup Kommunes hjemmepleje forbyder jibab'en, kan det åbenbart godt lade sig gøre på Hvidovre Hospital. I et enkelt tilfælde har en muslimsk kvinde her arbejdet iført netop en jibab. Den lægelige direktør på Hvidovre Hospital, *Torben Mogensen*, mente ikke, at de lange ærmer var til fare for patienterne, så længe man smøgede ærmerne op. Sådan bogstavelig talt.

"Pointen er at få folk til at føle sig komfortable, og dermed få dem ud af hospitalerne så hurtigt som muligt – og derved spare penge," siger Costume Service Manager Tim Meadows fra firmaet, der producerer den burkalignende hospitalsdragt efter et ønske fra muslimske patienter.

England

Nyt hospitalstøj til muslimske patienter

Patienttilfredshed. Et britisk hospital i Lancashire tilbyder fra november måned alle muslimske, kvindelige patienter en burka-lignende dragt.

Fagbladet *Sygeplejersken* skrev i nr. 19/2006, at flere muslimske sygeplejersker i Danmark ønsker at bære en sygeplejerskeuniform, der dækker arme og ben. Tilsyneladende er det ikke kun personalet, der har religiøst funderede ønsker til hospitalstøjet. I England har muslimske patienters ønske om at bære en form for burka fået det første engelske hospital til at introducere en burka-lignende dragt til patienterne.

Royal Preston Hospital i Lancashire er det første britiske hospital, som fra 1. november introducerer dragten, der dækker hele patientens krop fra top til tå – inklusive ansigtet. Dragterne koster ca. 135 kr. pr. stk., og ifølge den britiske avis *Daily Mail* er der allerede betydelig interesse for de nye patientdragter.

"Pointen er at få folk til at føle sig komfortable og dermed få dem ud af hospitalerne så hurtigt som muligt – og derved spare penge," siger *Tim Meadows*, Costume Service Manager for Interweave Textile, der er firmaet, som producerer hospitalsdragten, til den engelske avis *The Telegraph*. (kbc)



Muslimske sygeplejersker vil gå i kjortel

Påklædning: Flere sygeplejersker med indvandrerbaggrund ønsker at arbejde i kjortel, hvor arme og ben er tilslækkede. Men det giver problemer med hygiejnen. Dansk Sygeplejeråd efterlyser fælles retningslinjer.

AF MORTEN VESTERGAARD OG OLE HALL
Korte ærmer og blottede ben eller lange kjortel med lange ærmer. Det er en afgørende forskel for nogle af de mange kvinder med indvandrerbaggrund, som stemmer til sygeplejersker.

Mangfoldighedsnetværket, der er et netværk for ansatte med anden etnisk baggrund end dansk i sundhedssektoren, fortæller, at hun jævnligt får henvendelser fra sygeplejersker, der ikke kan få lov til at bære en kjortel på deres arbejdsplads.

Dårligt argument
»Sygeplejerskerne leder sig diskrimineret, fordi nogle hospitaler tillader kjortel, mens andre afviser det,« siger Özlem Cecic, der selv er sygeplejerske.

den enkelte afdelings- sygeplejerske at afgøre, om en ansat må bære en kjortel. Der bliver manglet på sygeplejersker i fremtiden, og hvis vi vil rekruttere kvinder med anden etnisk baggrund end dansk, er det vigtigt, at de ikke føler sig diskriminerede,« siger hun.

Kreative løsninger
Formanden for Dansk Sygeplejeråd, Conny Kruckow, mener, at en af løsningerne er, at sygeplejerskerne må gå i kjortel. Derfor mener hun, at Sundhedsstyrelsen skal udarbejde præcise retningslinjer for, hvordan sygeplejersker med indvandrerbaggrund må gå klædt.

»Det kunne f. eks. være praktisk med en standarduniform for sygeplejersker, som alle hospitaler kunne have sine til-« siger hun.

Sygepleje med lange ærmer?

Flere infektionshygiejnisk erber på Rigshospitalet ønsker sygeplejersker at overføre B.A. cobakbakterier og Stokkidegge, hvis de arbejder med lange ærmer.

»Sygeplejerskerne skal afslutte hænder og vaske underarme efter kontakt med en patient, men det kan ikke lade sig gøre at rengøre et ærme på en kjortel på samme måde.

»På B.A. Amager Hospital og Frederiksberg Sygehus har lægerne for nylig klippet de lange ærmer af deres kuffer, netop for at det ikke rykkes.

Dansk Sygeplejeråd har 53.000 medlemmer, der er ansatte på 118 hospitaler og 120000 patienter i Danmark med anden etnisk baggrund.



Historien om sygeplejersken, der ønskede at arbejde i en særlig kjole – en såkaldt jibab, gik igen i flere medier, efter den havde været omtalt i Sygeplejersken nr. 19/2006. Blandt andet i Jyllands-Posten den 27. september, der bragte flere artikler om emnet.

Historien om uniformerne gik igen i Jyllands-Posten fem dage senere. Her kom det frem, at forvirringen om, hvilke regler der skal gælde for påklædningen, er total inden for hovedstadsområdet hospitaler. Ledelserne på Hvidovre Hospital, Rigshospitalet og Bispebjerg Hospital modsætter sig lange ærmer blandt sygeplejerskerne, mens man på Frederiksberg Hospital og Amager Hospital er mere åbne.

Özlem Cecic, formand for Mangfoldighedsnetværket og selv uddannet sygeplejerske, udtalte, at nogle af de begrænsninger, der er i uniformskravene skal lempes, fordi de afholder unge muslimske kvinder fra at søge til faget. Det er uheldigt i en tid, hvor der mangler ca. 1.100 sygeplejersker i Danmark, mente hun.

Formand for Dansk Sygeplejeråd, Conny Kruckow, sagde, at hensynet til patienternes sikkerhed må komme i første række, når man diskuterer uniformer. Hun kunne godt tænke sig, at Sundhedsstyrelsen ville udarbejde klare retningslinjer for, hvordan muslimske sygeplejersker må gå klædt.

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

(bba)

Rettelse

I Sygeplejersken nr. 19, bragte vi ved en fejl kun halvdelen af sygeplejerske Özlem Cecic' citat om en kendelse fra Pressenævnet. Nævnet gav hende ikke medhold i, at Nordjyske Stiftstidende havde handlet imod god presseskik, da avisen offentliggjorde en række kritiske artikler om en undersøgelse fra Mangfoldighedsnetværket, som Özlem Cecic er formand for.

Hun skulle have været citeret for: "Pressenævnets afgørelse viser, at ytringsfriheden giver avisen lov til at komme med deres beskyldninger og anfægtede Mangfoldighedsnetværkets troværdighed, til trods for at klagekomiteen siden fastslog, at vi havde ret, da vi sagde, at Aalborg Kommune diskriminerede."

Sygeplejersken beklager fejlen.
Redaktionen

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



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

Diplomuddannelse målrettet tillidsrepræsentanter

Spydspidser. Professionel ledelse og organisationsudvikling er i fokus på arbejdspladserne, og fællestillidsrepræsentanter og tillidsrepræsentanter bliver i stigende grad inddraget i at deltage i udviklingsarbejdet. De opgaver vil Dansk Sygeplejeråd nu ruste organisationens spydspidser til. I samarbejde med Danmarks Forvaltningshøjskole (DFH) har Dansk Sygeplejeråd udviklet en helt ny diplomuddannelse

inden for den offentlige sektor med særlig fokus på sundhedsområdet.

Oplysninger om uddannelsen kan fås hos *Karin Fabricius*, Dansk Sygeplejeråd, telefon 3315 1555, e-mail: kaf@dsr.dk. Du kan finde uddannelsesbeskrivelse og studiehandbog på www.dsr.dk/trnet

(sbk)



www.dsr.dk

Information om sygeplejerskeportalen

Ny uniform til Sygeplejerskeportalen

Den har strammet længe. Og den er måske heller ikke så moderne længere. Derfor besluttede Dansk Sygeplejeråd for mange måneder siden, at Sygeplejerskeportalen skulle have ny uniform. Med andre ord: www.dsr.dk bliver relanceret.

Den nøjagtige dato for, hvornår portalen går i omklædningsrummet, trækker den gamle af og ifører sig den nye, er fredag den 13. oktober. Datoen taget i betragtning håber redaktionen ikke på forudsete overraskelser.

Forberedelserne har været i gang længe. Medlemmer og andre interessenter har været gennem flere undersøgelser for at kortlægge behov og forventninger.

I løbet af de seneste måneder har mange i Dansk Sygeplejeråd været i gang med at lægge indhold ind. Processen har også været brugt til at rydde op, så det er ikke alt fra den gamle portal, der er lagt ind på den nye.

Hjemmesiderne fra amtskredsene, a-kassen, Sygeplejersken og de Faglige Selskaber kommer ikke i ny uniform i denne omgang, men bliver udstyret med nye faneblade øverst. Det er målet, at alle sites med tiden får samme design. Der vil med næste nummer af Sygeplejersken komme et indstik med en præsentation af portalens muligheder.



Pia Gede Nielsen,
webredaktør,
pgn@dsr.dk



Kristian Eskildsen
webjournalist,
kes@dsr.dk



Anders von Benzon
Kjærsgaard,
webassistent,
abk@dsr.dk

The screenshot shows the new website layout for Dansk Sygeplejeråd. At the top, there is a navigation bar with tabs for 'DSR', 'Sygeplejersken', 'Synergi', 'Amtskredse', 'Faglige Selskaber', and 'A-kassen'. Below this is a search bar and a language selector. The main content area features a large article titled 'Kulturnat i København' with a photo of a teddy bear. To the left is a sidebar with a 'Log ind' button and a list of links for 'Medlemmer', 'Tillidsrepræsentanter', 'Sikkerhedsrep.', 'Ledere', 'Studerende', 'Seniorer', 'Pressen', and 'Annoncer'. At the bottom, there are four columns of links for 'Om DSR', 'Fag', 'Arbejdsvilkår', and 'Sundhedspolitik', each with a 'Mere' button.

Nye pakker skal hindre medicinfejl

Pilleproblemer. Sidste år blev der indberettet 3.666 fejl i forbindelse med medicinering på de danske hospitaler. En del af fejlene skyldtes, at pakkerne fra medicinselskaberne ligner hinanden for meget, så de forkerte piller blev valgt.

For at rette op på problemet vil de nye regioners fælles indkøber, Amgros, lægge pres på medicinalindustrien for at få branchen til at gøre pakkerne mere forskellige.

"De nye regioner giver os alle muligheder for at optimere patientsikkerheden. Vi kan bedre evaluere, hvor tingene går galt, og hvad der skal optimeres og herefter bl.a. stille konkrete krav i udbuddene til pakkernes udformning," siger adm. direktør for Amgros, *Flemming Sonne* til Jyllands-Posten.

Ida Sofie Jensen fra medicinalindustriens brancheorganisation Lif mener også, at det vil hjælpe at ændre på emballagen.

"Men hvis det kræver nye investeringer og øgede omkostninger, skal regionerne jo være villige til at betale for det," påpeger *Ida Sofie Jensen*.

(bba)

Har du talt genstande i denne uge?

MAX. Når Sundhedsstyrelsen i denne uge for 16. år i træk har gentaget sit budskab om, at kvinder højst må drikke 14 genstande om ugen, og mænd maksimalt 21, var det med en fed understregning og uddybning af ordet "MAX". Ifølge Sundhedsstyrelsen vælger mange danskere nemlig at opfatte budskabet som en anbefaling, og ikke den advarsel, det er.

I år har styrelsen derfor introduceret endnu et max-tal: 5, da forskning viser, det er skadeligt at drikke over fem genstande på én gang.

(cso)

Hør blandt andre:

Antropolog
Anne Mette Holme Bertelsen

Psykiater MPF
Emilie Melchior
Kempner Institut

Jordemoder, cand. scient.
soc. og socialrådgiver
Grit Niklasson
Jordemodernskolen,
Sundheds CVU Aalborg

Chefpsykiater
Svend Aage Madsen
Rigshospitalet

Sygeplejerske
Lone Jacobsen
Rehabiliteringscenter for
Torturofre

INSTITUT FOR
Kompetenceudvikling

www.ifku.dk

an informa business

Mødet mellem sundhedspersonale og gravide/nyblevne forældre

– Kommunikation og opsporing

Konference · København · 6. og 7. december 2006



På konferencen bliver du klædt bedre på til at:

- Kommunikere og skabe relation med nutidens forældre
- Bryde igennem med dine budskaber
- Opfange signaler på mistrivsel
- Arbejde målrettet med sundhedsfremme og egenomsorg
- Håndtere og prioritere opsporede problemer
- Hjælpe og vejlede overvægtige

Medlemmer af Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker får 20 % rabat

Læs mere og tilmeld dig direkte på www.ifku.dk/sund

Sådan kan du tilmelde dig eller bestille brochure:

☎ 35 25 33 45

@ registration@ifku.dk

FAX

35 25 35 46

✉

ifku ApS, Postboks 801, 2100 København Ø

www www.ifku.dk/sund



Fagligt Selskab for
Sundhedsplejersker

Citaterne stammer fra en interviewundersøgelse under ledelse af Svend Aage Madsen med mænd om deres liv som overvægtige, samt pjecen "Mænd har også psykiske problemer" udgivet af Sundhedsstyrelsen m.fl. i forbindelse med Men's Health Week 2006.

"Jeg havde kontakt til min læge og fik taget mit levertal, fordi jeg drak for meget rødvin om aftenen og i weekenderne – det er jo en sutteklud, når man har ondt i sjælen. Men vi talte aldrig om depression."

Mand, 52 år, maniodepressiv.



FOTO: HEINE PEDERSEN

Har du talt med din patient i dag? Og lagde du mon mærke til, om det var en mand eller kvinde? Hvis ikke, er der risiko for, at dine råd om pleje, egenomsorg eller forebyggelse er spildte, i hvert fald hvis patienten er bærer af Y-kromosomet. Det mener chefpsykolog Svend Aage Madsen, der er formand for Selskab for Mænds Sundhed i Danmark og medforfatter til bogen "Kend din krop, Mand."

MÆND DØR AF ÅRSAGER, DE IKKE BEHØVER AT DØ AF

Køn, sund og rask? Trods mange sundhedsfremmende tiltag og tilbud målrettet den danske befolkning dør mænd stadig tidligere end kvinder. For at rette op på det skal sundhedsvæsenet blive bedre til at møde den mandlige patient på hans præmisser, mener chefpsykolog og formand for Selskab for Mænds Sundhed i Danmark, Svend Aage Madsen.

Mænd har ingen ide om, hvordan de undersøger sig selv for testikelkræft, mens mange nok har en anelse om, hvordan en kvinde kan tjekke sig selv for brystkræft. Kvindenavne dominerer i den praktiserende læges aftalebog, mens mænd ofte springer det led over og ryger direkte på hospitalet, når sygdommen er ude. Og selvom dobbelt så mange kvinder som mænd får stillet diagnosen depression, og dobbelt så mange kvinder indlægges, begår dobbelt så mange mænd som kvinder selvmord.

Helt nye tal fra Sundhedsstyrelsens Dødsårsagsregister viser, at den danske

mand i dag kun bliver 75 år, mens kvinderne i gennemsnit når at runde de 80.

Og det kan bl.a. forklares med, at mødet mellem det danske sundhedsvæsen og den enkelte patient i høj grad er præget af kvinders tilgang til at forholde sig til og tale om sundhed og sygdom på, mener chefpsykolog ved Klinik for Psykologi, Pædagogik og Socialrådgivning på Rigshospitalet, *Svend Aage Madsen*, der også er formand for Selskab for Mænds Sundhed i Danmark.

"De to køn er udsat for de samme sundhedsfremmende kampagner og tilbud, men selv renset for kønsspecifikke sygdomme..."



”I Storbritannien har man bl.a. sendt team af læger og sygeplejersker ud på pubber med tilbud om at tage blodtryk, lave konditest og andre helbredstjek.”

►► FEM FORSLAG TIL BEDRE KOMMUNIKATION MED EN MANDLIG PATIENT

- Vær konkret – tingene skal ikke pakkes unødigt ind
- Stil konkrete spørgsmål, som kræver konkrete svar, måske kommer der en snak ud af det
- Jo mindre du forventer af samtalen, jo mere vil manden som regel sige
- Udvis sympati, ikke medlidenhed, som kan fjerne følelsen af at have kontrol
- Han bestemmer selv, hjælp med at opstille og formidle muligheder.

Kilde: Rigshospitalet.

►► SÅDAN HJÆLPER DU BEDST DIN ÆLDRE MANDLIGE PATIENT

- Samtalen: Sæt dig ind i, hvordan han oplever situationen. Vær aktivt lyttende. Forhold dig konkret til situationen og inddrag manden i problemløsningen. Vær bevidst om, at han kan føle sig reduceret som mand.
- Kroppen: Nedsætter en somatisk sygdom mandens bevægelse og uafhængighed, rammes han hårdt. Ældre mænd er ikke meget for at søge læge og overser derfor symptomer på alvorlige sygdomme som prostata- og endetarmskræft. De finder det pinligt og frygter udfaldet.
- Sindet: Ældre mænd udsat for sygdom, funktionstab eller nære dødsfald kan blive grebet af afmagt og være i fare for at udvikle en depression, der kan og skal behandles. Mænd i antidepressiv behandling kræver særlig opmærksomhed, da de har stor risiko for at stoppe behandling og større risiko for at begå selvmord.
- Det offentlige: Mange ældre mænd har svært ved at bede det offentlige om hjælp, måske kender de ikke deres muligheder eller rettigheder.
- Din rolle: Find ud af, hvor den ældre mands bekymring ligger, hvad er hans behov? Husk, at mænd er handlingsorienterede og gerne vil hjælpe sig selv.

Kilde: "Fokus: Mænds psykiske sundhed," Sundhedsstyrelsen i samarbejde med flere.

► domme bruger kvinderne de praktiserende læger og alle de forebyggende tiltag mest, mens mændene fylder op i hospitalssengene. Kvinderne giver sig i højere grad hen til de tilbud, der er," siger Svend Aage Madsen vel vidende, at han generaliserer.

Omsorg eller viden

Som et eksempel på de to køns forskellige tilgange til sygdom fremhæver chefpsykologen en simpel influenza kontra den alvorlige sygdom:

"Når mænd er en smule syge, f.eks. med influenza, er de til deres samleveres irritation åh så syge, mens kvinderne derimod har tendens til at spille martyrer og klare det hele trods 39 i feber. Men så snart der er tale om mere alvorlige sygdomme, kontakter mændene lægen langt senere i sygdomsforløbet end kvinder. Derfor har sygdommen ofte udviklet sig mere alvorligt. Og hvor alvorligt syge kvinder gerne vil have omsorg og en masse følelsesmæssige tilbud omkring sig, efterlyser mænd i højere grad faktisk viden, råd og valgmuligheder at forholde sig til. Og det skal

sundhedsvæsenet være mere bevidst om," siger Svend Aage Madsen.

Kræft og psykosociale tilbud

At der også er forskel på sundhedsvæsenets tilgang til den mandlige og kvindelige patient, både før, under og efter diagnosen er stillet, er sygdomme som underlivs- og prostatakræft eksempler på, fortæller Svend Aage Madsen. Hvor kvinder regelmæssigt får tilbud om screening for underlivskræft, er det ikke tilfældet med mænd og prostatakræft.

"Diskussionen, om vi skal screene mændene eller ej, foregår nu, men vi screener som bekendt ikke mænd regelmæssigt for hverken prostata- eller testikkelkræft, selv om flere og flere bliver ramt og dør af sygdommene."

Dertil kommer, at mange mænd nok ikke engang ved, hvordan de kan undersøge sig selv for eksempelvis testikkelkræft, hvorimod en del af dem nok har en formodning om, hvordan man undersøger en kvinde for brystkræft.

"Sundhedsvæsenet har simpelthen ikke haft samme fokus på de specifikt man-

derelaterede sygdomme. Man ser jo heller ikke opslag om selvhjælpsgrupper og andre psykosociale tilbud til f.eks. mænd helbredt for prostatakræft, som man ser det til kvinder helbredt for brystkræft, selvom jeg er overbevist om, at mænd også har et stort behov for at diskutere deres liv efter en kræftsygdom," siger han.

Syge, vrede mænd

Hvorfor det er blevet sådan i ikke blot Danmark, men også i mange andre vestlige lande, har chefpsykologen ikke noget entydigt svar på.

"Om det var kvinderne, der stod og efterlyste psykosociale tilbud, eller om det var sundhedsvæsenet, der så, at kvinder græder, og så fik lyst til at hjælpe dem, skal jeg ikke kunne sige. Men det er jo velkendt, at syge og pressede mænd ofte lukker af og samtidig ofte bliver vrede, mens kvinder i højere grad giver udtryk for deres sorg og ked-af-det-hed. Og det er 100 gange nemmere at hjælpe én, der er ked af det, end én, der er distancerende og inde-lukket."

En del af forklaringen på, at mænd reage-

”Mænd vil prøve at skjule svaghed, især hvis det er noget psykisk. Man mister jo ikke prestige af et brækket ben, men selvværdet falder, når man skal være væk fra arbejdet i lang tid på grund af depression. Man er usikker, når man kommer tilbage, for hvordan vil kollegerne betragte dig? Og man risikerer at blive betragtet som en ustabil arbejdskraft.”

Mand, 53 år, depressiv.

rer, som de gør, kan ifølge Svend Aage Madsen også tilskrives den gamle manderolle:

”Når man som mandlig patient modtager hjælp, ønsker man at bevare noget af sin autonomi og selvstændighed. Mænd slipper ikke bare håndtaget og giver sig 100 pct. hen i at være patient. Man er samtidig også smed, psykolog eller journalist ved siden af, mens kvinder – igen generaliseret – i høj grad er gode til at tage imod alt det, det nu handler om, når man er patient og ligefrem kan nyde af hyggesnakke med andre patienter og sygeplejerskerne,” siger Svend Aage Madsen.

Kønsspecifikke tiltag

Der er ikke forsket meget i mænds måde at forholde sig til sygdom på, men fokus flytter sig i disse år. Sundhedsvæsenet verden over er ved at få øjnene op for, at mænd har en anden tilgang end kvinder, og det kommer bl.a. til udtryk i, at der flere steder er blevet stiftet selskaber som Selskab for Mænds Sundhed i Danmark, der så dagens lys i 2003. De arbejder alle på at skabe interesse for manden som selvstændigt køn i sundhedsvæsenet, hvad angår både forebyggelse og behandling.

”Der er lavet undersøgelser, der viser, at mænd svarer motion og kvinder sund kost på spørgsmålet om, hvordan man undgår

overvægt. Mænd tænker altså mest på, at det handler om, hvor meget de rører sig, og ikke så meget på kost og drikke. Der er en markant forskel her, selv om de to køn har været udsat for de samme kampagner, og her er spørgsmålet så, om vi ikke skal tænke i mere kønsspecifikke tiltag,” siger Svend Aage Madsen.

Og det spørgsmål er mere relevant end nogensinde, set i lyset af, at Institut for Folkesundhed netop har afsløret, at der er flere overvægtige end normalvægtige mænd i Danmark. 53 pct. af alle voksne mænd er nu overvægtige, mens tallet for kvinder er 36 pct.

Konteksten vigtig

I den forbindelse henviser han bl.a. til erfaringer fra Sverige, der viser, at mænd også har brug for omsorg og at tale om følelser i forbindelse med mødet med sundhedsvæsenet. Her inviterede man via et oplæg på Gøteborg Sygehus mænd til et møde med emnet: ”Snart far, kom og diskuter, hvilke følelser og tanker du gør dig.” Der kom ingen. Så annoncerede man

et møde, hvor der ville blive undervist i nybagte fædres rettigheder og pligter i forbindelse med faderskab og andre juridiske og økonomiske forhold.

”Her dukkede 50 mænd op. Og 20 minutter efter, mødet var startet, talte alle om følelser og forventninger i forbindelse med det at blive far. Og i vores egen fædreundersøgelse (*Madsen, Lind & Munck, Fædres tilknytning til spædbørn, 2002, red.*), hvor vi interviewede 42 mænd én gang før, lige efter og fem måneder efter, de var blevet fædre, talte alle mænd fire gange længere, end vi havde forventet, om forhold til deres mor, far og partner, om sig selv som far, sexliv efter fødslen etc. De kværnede løs, så jo, mænd kan godt tale om følelser, men det afhænger i høj grad af konteksten, og hvordan vi som professionelle møder dem,” siger Svend Aage Madsen.

I den forbindelse henviser han til, at Selskab for Mænds Sundhed i løbet af 2007 ønsker at udvikle nogle undervisningskompendier rettet mod sundhedspersonalet om netop kommunikation og mødet med de mandlige patienter.

Helbredstjek på pubben

At møde mændene på rette tid og sted kan også være løsningen på det allerede omtalte dilemma: at ►

”De kværnede løs, så jo, mænd kan godt tale om følelser, men det afhænger i høj grad af konteksten, og hvordan vi som professionelle møder dem.”





”Vi har bl.a. lavet undersøgelser, der viser, at mænd svarer motion og kvinder sund kost på spørgsmålet om, hvordan man undgår overvægt. Mænd tænker altså mest på, at det handler om, hvor meget de rører sig, og ikke så meget på kost og drikke.”

”Jeg har selv taget initiativ til at tale med min læge om min overvægt, men det er for overfladisk. Enten er de ikke uddannet godt nok i at vejlede, eller også er det bare for nemt for dem at spytte en recept ud på nogle piller. Det kan godt være, at han ikke har tid til at sætte mig ind i, hvad jeg ikke må spise eller noget som helst, men så mener jeg, at han burde have mulighed for at sende mig til en diætist.”

Overvægtig mand, 50 år.

mænd opsøger den praktiserende læge senere end kvinderne, så en ellers helbredelig sygdom ofte udvikler sig unødigt alvorligt.

”Kvinder får f.eks. langt flere melanomer end mænd, men undersøgelserne viser også, at mænd har næsten dobbelt så stor dødelighed pga. melanomer. Og derfor drejer det sig om at finde ud af, hvordan vi møder mændene tidligt nok og på deres præmisser,” siger chefpsykologen og opfordrer interesserede til at kigge nærmere på undersøgelsen ”The state of men’s health across Western Europe” fra 2003, som den engelske forsker Alan White står bag. Alan White er uddannet sygeplejerske og er i dag verdens første professor i Men’s Health.

Og netop i Storbritannien, hvor man er meget langt fremme på området, taler man f.eks. om at etablere dedikerede mandeklinikker eller klinikker på arbejdspladsen, så mændene kan få tjekket blodtryk, hjerte og kolesteroltal i arbejdstiden.

”I Storbritannien har man sendt team af

læger og sygeplejersker ud på pubber med tilbud om at tage blodtryk, lave konditest og andre helbredstjek. Det var naturligvis et stunt, men pointen er god nok. Mænd får bare ikke ringet til lægen, før det er alvorligt, og her tror jeg, at løsningen i højere grad må være, at lægen kommer til dem, f.eks. på jobbet. I gamle dage, hvor vi sendte mænd i krig, var det drevet af en holdning a la: mænd kan ofres. Det hed kvinder og børn i båden først. Men den indstilling er der ikke grund til at have i vores samfund længere. Vi har et samfundsmæssigt problem, hvor der går mange gode år til spilde, fordi mænd dør af årsager, de ikke behøver at dø af,” siger han.

”Og der er faktisk ikke noget odiøst i at tænke i kønsspecifikke udtænkte sundhedstilbud – det handler egentlig bare om at være bevidst om, at køn er én optik at sætte på sundhedsfremme og sygdom, akkurat som f.eks. social ulighed, geografiske og etniske forskelle er,” siger Svend Aage Madsen og understreger slutteligt, at hele arbejdet på dette område står i stor gæld til kvindernes arbejde med at sætte fokus på deres køn i sundhed.

cso@dsr.dk

►► NÅR DU TALER OVERVÆGT MED EN MANDLIG PATIENT, SKAL DU ISÆR VÆRE OPMÆRKSOM PÅ

- Hvilke muligheder ser manden for at tabe sig i vægt?
- Er manden tilfreds med sit seksualliv?
- Er seksualiteten en del af mandens bekymring?
- Hvilke ord bruger manden om sin vægt?
- Hvilke ord bruger du, når du taler om hans vægt?
- Mener du, at du forstår ham?
- Ser manden en sammenhæng mellem sin overvægt og din viden?
- Hvad forventer han af dig?
- Hvad tilbyder du ham?
- Er manden tilfreds med sit helbred på trods af følgesygdomme?
- Er der noget, der bekymrer ham i forbindelse med hans vægt?
- Får du startet en dialog, der tager udgangspunkt i hans fortælling?

Kilde: Pjecen ”At tale overvægt med din mandlige patient,” Rigshospitalet.

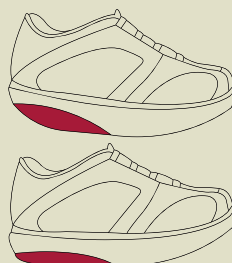
►► SELSKAB FOR MÆNDS SUNDHED I DANMARK. Selskab for Mænds Sundhed i Danmark blev oprettet i marts 2003 i forbindelse med den første markering af Men’s Health Week i Danmark. Selskabet arbejder for at skabe interesse for og dermed forbedring af mænds sundhed. Selskabet markerer med støtte fra bl.a. Sundhedsstyrelsen hvert år i juni Men’s Health Week. Temaet for 2007 er netop sundhedspersonalets møde og kommunikation med de mandlige patienter, mens temaer tidligere år bl.a. har været mænd, overvægt og motion, mænd og seksualitet og mænd og psykisk sundhed. Læs mere på selskabets hjemmeside www.sundmand.dk

 step into a better body

Med fokus på fysik...
– nyd et godt helbred!

“MBT er ikke kun et
modefænomen, men en
livsstil, en funktionel sko og et
træningsredskab.”

Erik Veje Rasmussen
MBT Danmark A/S



Bemærk Masai Sensoren som bl.a. mindsker
belastningen på dine led.



**Verdens mindste motionscenter. Med sko fra MBT
træner du kroppen skridt for skridt – MBT giver
begrebet fritidsaktivitet en ny betydning!**



Find din nærmeste MBT-Shop eller forhandler på www.mbt-danmark.dk.

MBT
physiological footwear

DSR Bank

Undskyld, men hvornår har du tænkt
dig at hente dit gratis MasterCard?



Hent et ansøgningsskema med det samme på www.dsrbank.dk eller ring og hør nærmere på 3378 1927

bedst til private

DSR Bank er en filial af Lån & Spar Bank A/S, København, CVR 13538530

Mundaflæsning. Hvor er der brug for en hørehæmmet sygeplejerske i fleksjob? EA var tæt på at give op, fordi hendes handicap næsten var kommet til at overskygge, at hun er en dygtig sygeplejerske. I dag har hun fundet sin rette hylde som intensivsygeplejerske. Et speciale, hvor hun oven i købet kan bruge sin særlige kompetence: Hun kan mundaflæse.

Sygeplejerske med særlige evner

For et år siden havde EA, 39 år, et fleksjob, som sled så hårdt på hende, at hun var begyndt at tænke på at droppe helt ud af sygeplejen. Hendes lille handicap var åbenbart for stort et problem. I dag er situationen helt vendt. Hun har fået nyt job på Intensivafdelingen på Frederiksberg Hospital, der ellers regnes for at være en hård afdeling. Arbejdsglæden har hun fået tilbage i en grad, så hun går fra arbejde med fornyet energi. Oven i købet har hun fået overskud til at gå i gang med den toårige specialuddannelse til intensivsygeplejerske.

På Frederiksberg Hospitals Intensivafdeling har man gode erfaringer med folk i fleksjob og arbejdsprøvning. Her er det ikke noget problem, hvis en sygeplejerske kun kan arbejde to vagter i træk som f.eks. EA. Holdningen er, at det faste personale ikke skal trættes med ekstravagter. Så bruger man hellere vikarer fra afdelingens eget timelønkorps.

"På min tidligere arbejdsplads følte jeg, det var et problem at få mine vagter passet ind. Min tidligere leder sagde ligeud, at jeg ikke skulle regne med at finde et job på de vilkår. Den holdning fik det til at gå ned ad bakke med mit humør," siger EA.

Hun er én af de 200.000 danskere i arbejde, som har høreprøblemer. Det svarer til omkring hver 10. Langtfra alle er dog så svært hørehæmmede, at de har problemer i forhold til at holde fast på et job. Men folk med høreprøblemer er i risiko for at isolere sig socialt og glide tidligt ud af arbejdsmarkedet.

Den lille svaghed

Når man taler med EA, bemærker man ikke hendes lille svaghed. Høreapparaterne sidder helt inde i øregangen.

►► **NYE REGLER FOR FLEKSJOB.** Når man arbejder i fleksjob, har reglerne hidtil sikret, at man får fuld løn, uanset at man kun er i stand til at arbejde på deltid. Fra 1. juli 2006 er reglerne strammet. Læs om de nye regler på Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasses hjemmeside: www.dsa-akasse.dk

Socialrådgiverne i a-kassen kan oplyse om betingelser for fleksjob på tlf. 3315 1066.

EA kan arbejde to vagter i træk og højst i 24 timer pr. uge. Hvis hun arbejder mere, kommer hun til at overanstrenge sig.

Hun taler normalt. Ofte går der lang tid, inden kolleger, patienter og pårørende opdager, at hun går med høreapparat.

"Jeg bliver meget træt, hvis jeg arbejder mere end to dage i træk, og hvis jeg arbejder over 24 timer om ugen. Jeg tror, det skyldes, at jeg skal bruge ekstra kræfter pga. min nedsatte hørelse. Men jeg har jo aldrig prøvet andet end at være hørehæmmet, så jeg kan ikke sige, hvad forskellen præcis er," siger hun.

Hun har været igennem en lang udredning af hørehandicappet og dets betydning for hendes erhvervsevne, inden hun blev visiteret til fleksjob. Når hun ikke arbejder mere, end hun kan holde til, er hørehandicappet ikke noget problem.

Når arbejdsdagen på otte timer er forbi, har EA fået tilført mere energi, og hun er ikke længere udmattet som før, når hun kommer hjem til sin familie.

Oversygeplejerske Sonia Ebbesen ser ikke noget problem i at tilrettelægge vagterne efter EAs behov. Sonia Ebbesen bruger i øvrigt også høreapparat, når hun er til møder med mange deltagere.



"Intensivafdelingen er et godt sted at arbejde, fordi man kan koncentrere sig om én patient, som man kommer hele vejen rundt om. Samtidig er det et sted, hvor der sker noget, og det er meget teknisk. Der er ikke så megen mundtlig kommunikation med patienterne, og det er en fordel for mig," siger EA.

Ekstra kompetence

Da hun blev ansat 1. marts 2006, var sygeplejerskerne lidt betænkelige ved, hvad det nu ville betyde for dem at have en kollega med nedsat hørelse. Det eneste, EA reelt ikke kan, er at lytte i stetoskop, men i stedet bruger hun en anden metode. Hun har faktisk tilført afdelingen en ekstra kompetence, som de ikke havde forventet. Hun har den force, at hun kan mundaflæse patienter, som kan være vanskelige at aflæse for andre.



EA skulle overvinde en lille modstand mod at stille op til foto af sit ellers meget diskrete høreapparat. I mange år har hun helst villet skjule sit handicap, fordi hun mener, at mange hørehæmmede bliver opfattet som tungnemme. Faktisk har hver 10. i arbejde problemer med hørelsen.

Normalt er fleksjob og deltid uforeneligt med at tage en specialuddannelse, men In-tensivafdelingen har hjulpet EA med at få en særlig ordning, hvor hun følger to hold i to forskellige uger i stedet for et hold i en hel uge ad gangen. Det betyder, at hun går på uddannelsen hhv. to og tre dage ad gangen frem for fem dage i træk.

Ekstra hænder, ja tak

Frederiksberg Hospitals Intensivafdeling har haft svært ved at rekruttere personale, fordi det ifølge oversygeplejerske *Sonia Ebbesen* er hårdt arbejde både fysisk og psykisk. Vagtbelastningen er stor, og der kan være langt imellem de oplevelser, hvor alt ender lykkeligt for patienter og pårørende. På grund af vanskeligheder med at få de ledige stillinger besat, har afdelingen før taget imod tilbuddet om ekstra hænder, når en sygeplejerske f.eks.

har været syg og skal i arbejdsprøvning for at få vurderet restarbejdsevnen, inden man bliver visiteret til fleksjob.

”Det koster os jo ikke noget, og vi har kun gode erfaringer. Vi vil gerne give alle en chance, men vi ansætter ikke nogen, hvis det kun er den næstbedste. EA fik jobbet, fordi hun var den bedste ansøger. Vi har i øjeblikket to sygeplejersker i fleksjob, og når de er på arbejde, så er de her 100 pct., og de har ikke haft ekstra sygedage pga. deres handicap, for deres arbejdsevne er så nøje udredt,” siger *Sonia Ebbesen*.

Hun understreger dog, at det øvrige personale skal acceptere at give plads til mennesker, der ikke kan arbejde på fuld kraft.

”Hvis ikke de gør det, så bliver det ikke sjovt for nogen, men heldigvis har vi den plads. Hvis nogen lufter den tanke, at det er

uretfærdigt, at folk i fleksjob får fuld løn, selv om de arbejder på deltid, så plejer jeg at spørge: Kunne du tænke dig at bytte og selv skulle leve resten af livet med en kronisk sygdom?” siger *Sonia Ebbesen*.

Hun mener, at Intensivafdelingen er særlig rummelig, fordi man giver alle sygeplejersker stor indflydelse på at tilrettelægge

”Min tidligere leder sagde ligeud, at jeg ikke skulle regne med at finde et job på de vilkår.”

deres vagter. For nylig fik afdelingen Frederiksberg Hospitals trivselspris. Det er ikke alle sygeplejersker i fleksjob, som vil kunne arbejde på en intensivafdeling.

”Man skal kunne løfte, og folk med rygproblemer skal nok gå efter arbejde, hvor der ikke er patienter i senge,” siger *Sonia Ebbesen*.

sbk@dsr.dk

Spis ordentligt. Når man har et job, hvor man yder omsorg til andre, kan man let komme til at glemme sig selv. Måltider bliver sprunget over, eller de bliver erstattet af slik og hvidt brød. Det går ud over velværet og fører til træthed, hovedpine, fordøjelsesproblemer, vægtproblemer og lav stresstærskel.

Fred din frokost

Når diætist *Jonna Sylow* underviser sygeplejestuderende på Helsingør Sygehus i kost og ernæring til syge, så starter hun altid seancen med at spørge: "Hvor mange af jer har fået morgenmad?" Det er der ca. en tredjedel, der har. Dernæst spørger hun: "Hvor mange drikker en halv liter mælk om dagen?" Her er der som regel ingen, der rækker fingeren i vejret. Heller ikke mange får de fire skiver rugbrød om dagen, som kostkompasset tilråder (se boks). Resultatet er, at man ikke får de næringsstoffer, man har brug for, og man kan let komme til at lide af fordøjelses-

"Sygeplejersker er gode til at nurse patienterne, men ikke særlig gode til at nurse sig selv."

problemer som halsbrand, forstoppelse og oppustethed. Jernmangel er også udbredt blandt unge kvinder.

"Sygeplejersker har selvfølgelig ikke brug for særlige kostråd, men de har en særlig risiko for at komme til at lide af fordøjelsesproblemer, fordi deres skiftende arbejdstider og søvnrytmer forstærker generne. Derudover giver de skiftende vagter besvær med at få et godt måltidsmønster," siger *Jonna Sylow*.

Hun er ikke ude på at løfte pegefingeren over for sygeplejersker, for al erfaring viser, at det er en dårlig metode. Derimod vil hun gerne rådgive plejepersonalet om, hvordan de passer godt på sig selv. Det er god egenomsorg at tage hensyn til, hvad man spiser.

Slikskåle overalt

Med sit blotte øje kan *Jonna Sylow* konstatere, at de sygeplejestuderende, hun har til undervisning, er blevet tungere, end de var for bare 5-10 år siden. Og det gælder måske ikke kun de studerende.

Når hun går rundt på sygehuset, lægger hun mærke til, at slikskålene står fremme overalt. Der ligger oven i købet store poser på lager til at fylde op. Der er næsten altid hvidt brød og marmelade på bordet, når plejepersonalet holder møder. Om aftenen og natten står menuen ofte på kiks, yoghurt og slik. Helt ulogisk ud fra et ernæringsmæssigt synspunkt så spiser sygeplejersker mindst, når de arbejder mest.

"Når man har travlt, er det hurtigt at tage et par stykker slik. Så mærker man ikke, at man er sulten. Når man ikke spiser sig mæt ved nogle ordentlige måltider, kommer man til at småspise, og det fylder op, så man ikke har appetit til at spise noget mere næringsrigt," siger hun.

"Vi ved godt, at der skal benzin på bilen, for at den kan køre, og alle sygeplejersker ved, at kroppen ligesom en maskine kræver brændstof, hvis den skal yde høj kvalitet. Sygeplejersker er gode til at nurse patienterne, men ikke særlig gode til at nurse sig selv. De skal huske, at der skal gode kræfter til at være sygeplejerske," siger hun.

Dropper morgenmaden

Når hun taler med de sygeplejestuderende om, hvorfor de ikke

spiser morgenmad, lyder svaret ofte, at de ikke er sultne om morgenen.

"Det kan hænge sammen med, at man ikke får noget ordentligt at spise i løbet af



► ENKLE KOSTRÅD TIL VAGTERNE

I dagvagt:

Ordentlig morgenmad hjemmefra.

Grovbrød til morgenmøder frem for hvidt brød.

Frokost i kantinen i rolige omgivelser. Eller sørg i det mindste for en ordentlig madpakke frem for at nøjes med rester fra patienternes mad. Spis helst et sted, hvor du kan koncentrere dig om maden.

Brød og frugt til eftermiddagsmåltid.

Frugt til møder frem for slik.

I aftenvagt:

En god frokost, inden du møder i vagt.

Tag din egen aftensmad med.

Et let mellemmåltid, f.eks. en grovbolle senere på aftenen og frugt frem for slik.

I nattevagt:

Et mellemmåltid, inden du møder i nattevagt.

Om natten har kroppen lavere enzymaktivitet, og fordøjelsesprocessen går langsommere. Derfor er det godt at spise to lette mellemmåltider i løbet af nattevagten, f.eks. ved ettid og igen et let måltid, inden man skal hjem og sove. Tag f.eks. rester fra aftensmaden med og varm maden op. Det kan også være en sandwich, brød, frugt og grønt. Væske hjælper på fordøjelsen.

Hovedmåltid, når du vågner.

Læs om Fødevedirektoratets kostråd, kostkompasset og frokostopskrifter på www.altomkost.dk

arbejdsdagen. Så er man grovsulten om aftenen og spiser alt for meget. Måske får man også noget sødt bagefter. Så er det ikke så underligt, at man ikke er sulten om morgenen.”

Hun råder derfor til, at man sørger for at få nogle gode vaner med tre regelmæssige hovedmåltider og 2-3 mellemmåltider i løbet af dagen. Hvis man spiser sundt i overensstemmelse med

kostkompasset til de fastlagte måltider, er man sikker på at få de næringsstoffer, kroppen har brug for. Det skulle gerne give appetitten tilbage til morgenmaden og måltiderne i de skæve vagter. Og mindske lysten til at fylde sig med usund kost. Lidt slik i ny og næ skader dog ikke, understreger Jonna Sylow.

”Man kan godt spise, indtil man ikke længere er sulten frem for at blive ved at spise, indtil man er godt mæt. Kostråd skal være enkle. Hvis de er alt for indviklede, er der ikke nogen, der orker at følge dem i mere end 14 dage,” siger Jonna Sylow.

For at undgå fordøjelsesproblemer er det ikke nok at spise sundt. Man skal også sætte sig ned og give sig tid til måltiderne.

”Mange sygeplejersker vil tage sig til hovedet. De har jo ikke tid til at spise frokost. Klokkerne ringer, der er telefoner, og de bliver forstyrret af henvendelser. Men frokosten burde være fredet. Man er nødt til at tage op på arbejdspladsen, hvordan man kan organisere spisepausen,” siger Jonna Sylow.





►► SCENER FRA EN OPERATIONSSYGEPLEJERSKES LIV

Hverdagen som sygeplejerske på en operationsgang er meget krævende både fysisk og psykisk. Det erfarne sygeplejerske *Charlotte Willaume* på egen krop, da hun tog springet fra en røntgenafdeling til OP. De nye arbejdsudfordringer fik hende til at nedfælde en række oplevelser og tanker angående både job og privatliv – oplevelser og tanker, hun det næste halve år ganske uheldigt deler med *Sygeplejerskens* læsere. De to første afsnit blev bragt i nr. 16 og 18.

Næste afsnit kommer i nr. 22, og her kan du læse om Charlotte Willaumes blandede oplevelser som patient – på den anden side af journalen.

Fysiologisk mytteri

Kæmper stadig med kroppen. Eller mod kroppen. Krop har ikke opdaget, at hjerne har besluttet sig for operationssygeplejen, og krop vil ikke acceptere de nye oplevelser, det medfører. Nogle af operationerne er meeget lange, det vil jeg medgive kroppen. Så langt, så godt. Det er varmt, der lugter af brændt kød, især når ventilationen på stuen ikke virker. Og hvad sker der? Krop kriser halvvejs gennem operationen.

Det kommer som en flodbølge af varme, der skyller op fra tærerne. Fodsålerne begynder at prikke, musklerne i lårene føles som efter et maraton (ikke at de nogensinde har prøvet det), indvoldene synker 10 cm med et ubehageligt undertryk i lungerne til følge, halsen blusser, og til sidst koger kvinderne nok til at autoklavere instrumenter på. Ved nu, hvordan det vil være i overgangsalderen.

Og så sniksnakker min mund sig gennem krisen. Har ikke altid specielt meget kontrol over, hvad den siger. Det er, som om der løber en speciel nerve gennem mig. Når temperaturen stiger, sender x-tra-nerve besked til gør-dig-selv-til-grin-centret i hjernen, der sender besked videre til mund, der som refleks åbnes. Alt dette sker i løbet af et par sekunder og pacifice-

rer fuldstændigt den frie vilje. Alle emner kan bruges.

Forleden åbnede mund sig og sagde: "Du dufter simpelthen fantastisk dejligt. Hvad er det for et mærke, du bruger?" Min krops øjne var til min skræk rettet mod brysk kirurg. Der blev MEGET stille. Min mund: "Det er, fordi jeg gerne vil give min kæreste en deodorant i fødselsdagsgave, og jeg har ingen idé om, hvad jeg skal købe, og det tager simpelthen så lang tid at gå i Matas og få ekspedienten til at tage hver enkelt ud af montren, så man kan dufte til den, og det ender altid med, at man lugter, som jeg ved ikke hvad, for man skal jo sprøjte det på huden, så det ligesom bliver varmet op, for det får jo duften til at ændre sig meget, og så er det jo nemmere at spørge de mænd, jeg møder, som jeg synes dufter godt, om, hvad de bruger, for så er den jo ligesom afprøvet og godkendt. Hvis du ved, hvad jeg mener?" Stilhed. Læge: "Det kan jeg ikke huske. Det er min kone, der har købt den." Mund: "Nå." Stilhed. Krise overstået. Hvorfor sagde mund også "simpelthen fantastisk dejligt?" Hvorfor ikke bare "godt"? Brysk kirurg ser altid så underligt på mig nu.

redaktionen@dsr.dk





Kaldesnorene i Medicinerhuset har fået selskab af en elektronisk anordning, hvor patienten foruden at trykke efter hjælp selv kan styre bl.a. tv- og radiosignaler.

Vibrationer eller ... Nogle vælger en svag ringetone, mens andre som Lene Secher har sat telefonen på lydløs med vibrator. Fælles for alle er, at patientkaldene når hurtigt og ret så tyst frem til rette person.

Det store whiteboard, hvor oversigten over patienter og vagthavende medarbejdere løbende er blevet ajourført, er også blevet computeriseret. Her er Lene Secher (tv.) i gang med at vende sine patienters status før stuegang, i dag med afdelingslæge Georg Thorsell og lægestuderende Silja Braaten, Hæmatologisk afdeling, Aalborg Sygehus.



Gode vibrationer. Selv når alle patienter har brug for hjælp samtidigt, ånder der nogenlunde ro på Akut Modtageafsnit på Aalborg Sygehus. I hvert fald akustisk, hvor ringende klokker er blevet afløst af vibrerende telefoner i personalets brystlommer.

”Nurse finder” står der meget passende med rødt på fladskærmen. Sygeplejerske Lene Secher er netop mødt på Akut Modtageafsnit (AMA) i Medicinerhuset på Aalborg Sygehus, og noget af det første, hun gør, er at logge sig på det elektroniske kaldesystem. Hun markerer, hvilke patienter hun er primær og sekundær kontaktperson for, og putter en trådløs DECT-telefon i sin brystlomme, før hun går videre med dagens opgaver.

Hiver en af hendes patienter i snoren efter hjælp, går vejen til Lene Sechers opmærksomhed nemlig ikke gennem en ringende klokke, men derimod telefonen, som vibrerer i hendes brystlomme. På displayet kan Lene Secher se, præcis hvem der har brug for hjælp, og komme patienten til hjælp ved lyden af sine hurtige fodtrin – og ikke meget andet.

”Der er ingen klokker, der ringer, og det giver en helt anden ro. Alle har arbejdet steder, hvor der både er ringende klokker og lamper, der blinker. Midt i vores ro og fred er jeg virkelig blevet klar over, hvor meget det påvirker både personale og patienter,” siger Lene Secher.

AMA har plads til i alt 16 patienter med vidt forskellige problemer lige fra lungebetændelser til Kronisk Obstruktiv Lungelidelse (KOL), alkohol- og stofmisbrug.

Det tavse kald

Vagternes travlhed varierer meget, og er Lene Secher optaget som primær kontaktperson andetsteds, går kaldet videre til den sekundære kontaktperson efter fire ring. Er dette også forgæves, ryger det ud til alle på vagt, ligesom en lampe over hver stue tavst lyser rødt, hver gang en patient trækker i snoren. Så er man sikker på, at hjælpen når frem.

De trådløse telefoner bruges også til interne opkald og sms'er i Medicinerhuset, ligesom evt. brandalarmer og nødkald også går til telefonerne. Alle telefoner er koblet på afdelingens i alt 11 monitorer, og falder en patients blodtryk f.eks. voldsomt, vil alarmer ryge videre til alle telefonscreens:



”Det betyder, at jeg kan bevæge mig lidt længere væk fra patienten, men stadig være sikker på, at jeg modtager alarmer.”

Har det nye kaldesystem slet ingen ulemper?

”De første dage var lidt kaotiske, men nu har vi styr på det, selvom der nok er

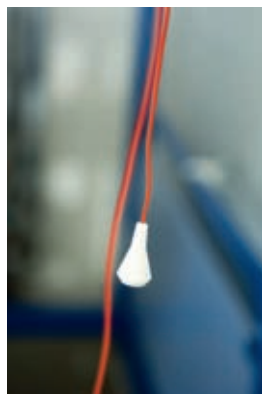


DECT-telefonerne bliver efter hver vagt rengjort med specielle klude og rengøringsmidler til elektronisk udstyr.

Af Christina Sommer, journalist • Foto: Michael Bo Rasmussen



Morgenmøde på AMA, hvor personalet gør status over de patienter, der p.t. er indlagt, deres tilstand og videre færd i det danske sundhedsvæsen.



Klokkerne, der larmer, er væk, men det er stadig den gode gamle snor, patienterne hører i, når de har brug for hjælp.

De trådløse DECT-telefoner kan ikke bruges til eksterne opkald – her må Lene Secher og hendes kolleger stadig ty til de traditionelle, stationære telefoner.



nogle finesser ved systemet, vi endnu ikke har opdaget. Skulle det gå i stykker, skal der også ofte fagfolk til at fikse det, og vi skal som altid tænke på hygiejnen. Men ellers har vi kun haft ganske små opstartsproblemer.”

cso@dsr.dk

►► HVAD ER DIN BEDSTE OPLEVELSE MED EN PATIENT I DEN SENESTE UGE?

”Det var, da vi i samarbejde med det geriatriske team fandt en aflastningsplads til en af vores patienter. Der var en uge til, han skulle på plejehjem, han klarede sig dårligt og var bange for at være hjemme. Vi løste et presserende problem for ham og hans familie, der gav udtryk for deres glæde og taknemmelighed, og det er altid en god fornemmelse.”

Kongres med mange

Politik og sygepleje. Der bliver nok at tale om, når de 185 medlemmer af Dansk Sygeplejeråds kongres mødes fire dage i november.

Den førte politiks betydning for folkesundheden, sygeplejens kvalitet og sygeplejerskers arbejdsmiljø. Fremtidens udfordringer og opgaver for sygeplejerskerne tillidsrepræsentanter. 26 forslag fra amtskredsene. Forslag fra hovedbestyrelsen, heriblandt forslag, som udspringer af et oplæg vedrørende køns politik. Og en ny skitse til, hvordan Dansk Sygeplejeråd navigerer videre i retning af en ny struktur.

Alt dette kommer – sammen med beretningen om den forløbne kongresperiode – til debat blandt de 185 delegerede ved Dansk Sygeplejeråds ordinære kongres i dagene 6.-9. november 2006. Kongressen finder sted i Falkoner Centret i København, og debatten om de mange forslag vil blive temaopdelt efter Dansk Sygeplejeråds vision, hvilket vil sige *organisation, fag og samfund*. Debatten må forventes at blive omfattende og langvarig. Det viser allerede de indledende

drøftelser i Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse.

Hovedbestyrelsen fortsætter behandlingen af forslagene ved sit møde i den kommende uge. Ved redaktionens slutning var antallet af forslag fra amtskredsene reduceret fra 27 til 26, og antallet kan falde yderligere, når amtsbestyrelserne har haft lejlighed til at overveje forslagene en gang til oven på den første debat i hovedbestyrelsen. I den aktuelle situation er der desuden stærkt beslægtede forslag fra flere amtskredse.

Forslagene

Hovedstadens amtskreds kommer med ikke færre end 11 af de i alt 26 forslag fra amtskredsene. I ledsagende bemærkninger hedder det, at det ikke er alle de stillede forslag, amtsbestyrelsen er samstemmende om, men at intentionerne i forslagene har så stor relevans, at en diskussion på kongressen er ønskelig.

Hovedstadens amtskreds forslag 1: DSR skal udarbejde et holdningspapir vedrørende ligestilling omhandlende køn, etnicitet, religion, seksuel orientering, alder og handicap.

Hovedstaden forslag 2: Formålet med DSRs samfinansierede ph.d.-stipendier ændres. *Amtskredsen begrundet forslaget med, at sygeplejeforskningen bør være fri og som udgangspunkt ikke styret af politiske interesser og strømninger her og nu.*

Hovedstaden forslag 3: Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse skal snarest muligt igangsætte valghandling til Lederforeningen i Dansk Sygeplejeråd.

Hovedstaden forslag 4: DSR skal sætte fokus på faglig kvalitet i relation til indførelse og brug af økonomiske styringsredskaber. Hvor går grænsen for effektivitet og produktivitet, når man har med omsorg og pleje at gøre?

Hovedstaden forslag 5: DSR skal sætte fokus på sygeplejerskers arbejdsvilkår og deres betydning for den sygeplejefaglige kvalitet i behandling og pleje.

Hovedstaden forslag 6: DSR igangsætter et pilotprojekt om mobning.

Hovedstaden forslag 7: DSR skal i den kommende kongresperiode arrangere en konference om fremtidens psykiatri.

Hovedstaden forslag 8: DSRs Hovedbestyrelsesmøder skal som udgangspunkt være åbne for medlemmer af DSR.

Hovedstaden forslag 9: Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse skal i den nye struktur foruden de centrale som lokale repræsentanter, herunder studerende og ledere, sammensættes af yderligere fem kongres-

►► DAGSORDEN FOR DSRs KONGRES 6.-9. NOVEMBER 2006

1. Velkomst
2. Valg af dirigenter
3. Valg af stemmetællere
4. Godkendelse af dagsorden
5. Godkendelse af forretningsorden
6. Beretning om Dansk Sygeplejeråds virksomhed
7. Velfærd
8. Tillidsrepræsentanternes roller
9. DSRs fremtidige struktur
10. Indkomne forslag fra amtsbestyrelserne og hovedbestyrelsen:
 - a. Organisation
 - b. Fag
 - c. Samfund
11. Forslag til ændring af DSRs love
12. Forelæggelse af regnskab
13. Forelæggelse af rammebudget, herunder fastsættelse af kontingent
14. Valg af statsautoriseret revisor
15. Valg af medlemmer til Sygeplejeetisk Råd
16. Valg af 1.- og 2.-næstformand
17. Eventuelt

temaer



Der må forventes tæt trafik til talerstolen, når Dansk Sygeplejeråds ordinære kongres i november behandler de mange debattertemaer.

ARKIVFOTO: SØREN SVENDBEN

medlemmer, der ikke i forvejen er medlem af hovedbestyrelsen.

Hovedstaden forslag 10: Kongressens medlemmer kan fremsætte punkter til dagsordenen på hovedbestyrelsens møder.

Hovedstaden forslag 11: DSR skal i den kommende kongresperiode udarbejde analyser, der belyser sammenhængen mellem dødelighed, genindlæggelse, genoplivning, liggetid m.m. og antal sygeplejersker. Desuden foretage analyse af, hvilke konkrete kompetencer der mangler i kommunernes hjemmeplejeordninger. På den baggrund skal udarbejdes retningslinjer for normeringer fordelt på dag- og aften/natarbejde. *Forslaget er stærkt beslægtet med forslag 16 fra Københavns og Frederiksborg amtskredse.*

Københavns amtskreds forslag 12: DSR iværksætter initiativer, der giver ledere, tilids- og sikkerhedsrepræsentanter et fælles grundlag for at forbedre arbejdsmiljøet på deres fælles arbejdsplads.

Københavns amtskreds forslag 13: DSR skal iværksætte initiativer, der sikrer, at sygeplejerskerne får størst mulig indflydelse på udviklingen og implementering af informationsteknologi i sundhedsvæsenet.

Frederiksborg amtskreds forslag 14: Vedtægternes paragraf 22 stk. 3 ændres, således at kongresdelegerede som enkeltpersoner kan fremsætte forslag. *Fyns amtskreds har fremsat et lignende forslag.*

Frederiksborg og Københavns amtskredse forslag 15: DSR skal udarbejde analyser, der sætter organisationen i stand til at vurdere, hvad den tiltagende brug af målinger og standarder på sundhedsområdet i Danmark betyder for sygeplejen.

Frederiksborg og Københavns amtskredse forslag 16: DSR skal arbejde for, at der udarbejdes retningslinjer for normeringer – dels fordelt på dag- og aften/natarbejde og dels retningslinjer for normeringens størrelse på forskellige områder og funktioner.

Roskilde amtskreds forslag 17: Der indføres vedtægter i Dansk Sygeplejeråds love, der beskriver, hvordan valgte formænd og næstformænd kan afsættes i valgperioden.

Roskilde amtskreds forslag 18: Ændring af DSRs love paragraf 15, stk. 6 vedrørende suppleringsvalg.

Vestsjællands amtskreds forslag 19: DSR skal finansiere og implementere projektet "Din viden – borgernes sikkerhed" fra Københavns amtskreds som et landsdækkende projekt, til styrkelse af sygeplejerskernes fagidentitet.

Vestsjællands amtskreds forslag 20: *Forslaget trukket.*

Fyns amtskreds forslag 21: Alle kongresdelegerede kan fremsætte forslag til behandling på kongressen. *Frederiksborg amtskreds har fremsat et lignende forslag (forslag 14).*

Fyns amtskreds forslag 22: Dansk Sygeplejeråd skal arbejde for at mindske social ulighed i Danmark og dermed mindske den sociale ulighed i sundhed.

Fyns amtskreds forslag 23: Hovedbestyrelsens møder er åbne for medlemmerne.

Ribe amtskreds forslag 24: DSR skal arbejde for forbedrede vilkår for amtsbestyrelses-medlemmer i forbindelse med bestyrelsesarbejde.

Århus amtskreds forslag 25: At der i den nærmeste fremtid afsættes ressourcer til økonomisk, juridisk og faglig ekspert-hjælp til amtskredsene.

Viborg amtskreds forslag 26: At DSR styrker rekrutteringen og fastholdelsen af sygeplejersker som sikkerhedsrepræsentanter.

Viborg amtskreds forslag 27: Dansk Sygeplejeråd skal intensivere indsatsen for at rekruttere og fastholde sygeplejersker på arbejdsmarkedet.

sp@dsr.dk

►► FORSLAGENES FULDE ORDLYD

Forslagene til kongressen fra Dansk Sygeplejeråds amtskredse og begrundelserne for forslagene kan læses i deres fulde ordlyd på Dansk Sygeplejeråds kongreshjemmeside på adressen: www.dsr.dk/kongres2006

Usund ulighed

Sociale faktorer. Der er en god nyhed og en dårlig nyhed.

Den gode nyhed er, at de fleste danskere kan se frem til et stadigt længere og sundere liv. Danskernes middellevetid er steget siden midten af 1990'erne efter års stagnation.

Den dårlige nyhed er, at det ikke gælder alle, men kun de fleste. For hver femte dansker ser billedet helt anderledes ud. De dør for tidligt og har for mange sundhedsproblemer.

F.eks. er der stor social ulighed i dødeligheden: Mænd med et mellem-langt eller højt uddannelsesniveau har haft det største fald i dødeligheden, mens lavtuddannede kvinder har haft det mindste fald.

Den sociale ulighed viser sig også i en række af risikofaktorerne. F.eks. er der tre gange så mange svært overvægtige blandt voksne med mindre end 10 års uddannelse som blandt voksne med mere end 15 års uddannelse.

“Hverken sundhedsvæsenet eller velfærdssamfundet kan leve med, at sociale faktorer i den grad har betydning for, hvor mange år og hvor sundt man lever, og hvor høj livskvalitet man har.”

Beskæftigelse er en anden vigtig faktor bag den sociale ulighed. F.eks. har halvdelen af de arbejdsløse københavnere en langvarig sygdom, mens det kun gælder ca. hver fjerde blandt dem, der er i arbejde. Også andre faktorer spiller ind, bl.a. boligforhold og arbejdsmiljø.

Det skal der gøres noget ved!

For mig at se er den sociale ulighed i sundhed et af de allerstørste problemer i sundhedsvæsenet. Hverken sundhedsvæsenet eller velfærdssamfundet kan leve med, at sociale faktorer i den grad har betydning for, hvor mange år og hvor sundt man lever, og hvor høj livskvalitet man har.

En af løsningerne har Dansk Sygeplejeråd allerede bragt på banen:

Tidligere på året lancerede vi et forslag om en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse, der bl.a. skal reducere den sociale ulighed i sundhed. Med et helt nyt, visionært forslag bakker Danske Regioner op om, at der skal sættes massivt ind på området. Det giver håb om, at der snart sker noget.

Helt konkret skal der sættes systematisk ind over for de otte folkesygdomme (bl.a. kræft, hjertesygdomme og KOL) og risikofaktorerne (bl.a. rygning og alkohol). Og hver eneste kommune og region skal forpligtes til at sætte ind over for den sociale ulighed i sundhed, både i den borger- og patientrettede indsats. Sygeplejerskerne er helt centrale aktører – f.eks. sundhedsplejerskerne, der er afgørende for, at den tidlige opsporing og indsats kan lykkes.

I dag findes der både garantier og penge til at nedbringe ventelister. Det samme skal vi have til sundhedsfremme og forebyggelse. Det er nødvendigt, for at vi kan komme den sociale ulighed i sundhed til livs.



Connie Kruckow

Connie Kruckow, formand



Alle skal følge de samme regler

Af Vibeke Juul Juulsen, sygeplejerske

Kommentar til temaet "Religion og uniformer" i Sygeplejersken nr. 19/2006.

Vist er der brug for mange arbejdshænder på vores hospitaler. Også de tilrejsendes. Ved mødet med danske hospitaler må alle udefra sluge nogle kameler, da alt, hvad vi har af teknikker inden for pleje, diagnostik, behandling, de fysiske rammer og teknik, samt hele vor viden om mennesket, afviger fra det islamiske verdensbillede. Der er derfor meget, man som muslim må tilpasse sig her hos os. Skulle blot en lille del af det nævnte ændres til at stemme med Koranen og tilhørende tankegange, ville sundhedsvæsenet hurtigt bryde sammen.

Der er religionsfrihed i Danmark – i privatlivet, ikke på arbejdspladsen. På hospitalet gælder denne religion: bedst mulige varetagelse af patienternes sundhedstarv. Alle andre religioner må underordnes dette princip. Vi ved ikke alt, men at lange ærmer er til skade for patienternes sundhed. Tørklæder kan dog være en forbedring. Men det korte af det lange er, at lader vi vore principper flyde på ét punkt, vil det snart ske på andre også. Små problemer løses lettere end store. Vi går ind for ligestilling: Buddhister, shamanister, muslimer, ateister og kristne skal følge de samme regler: regler, som sagligt begrundes i den evidensbaserede sundhedspraksis.

Vibeke Juul Juulsen er ansat på Hovedortocentret, Rigshospitalet.

“En medpatient begynder pludselig at græde. En tilstedeværende sygeplejerske sætter sig hos patienten. Hun spørger, lytter, trøster og opmuntrer. Samtalen slutter først efter en halv times tid, hvor patienten lyder mere rolig og afklaret. Jeg imponeres over den professionelle omsorg og undres over, om tiden tages fra sygeplejerskens frokostpause.”

Cand.pæd. og pensionist Kirsten Reisby rapporterede direkte fra sin hospitalsseng til dagbladet Information.

Spild af ressourcer

Af Mette Gammelgaard, sygeplejerske

Kommentar til debatindlægget “Et værdigt alternativ” i Sygeplejersken nr. 18/2006.

Jeg vil påstå, at sygeplejeuddannelsen, som den er skruet sammen i tiden, formår at fastholde for mange, der primært er interesseret i at studere tunge teoretiske værker og vil bruge uddannelsen som springbræt til videre uddannelse, og for få, der er interesseret i at være sygeplejersker og have fingrene i fadet.

Det er meget fint, at *Kirsten Simper Madson* vil være en sygeplejerske, der (citater) “kan mere end at lægge en forbindelse,” og også at hun (citater) “kan bruge denne viden i praksis,” men hvor er det ærgerligt, at en så velkvalificeret sygeplejerske kun vil pleje patienterne i et par år; hvor er det ærgerligt, at

en så dygtig kvinde ikke har ambitioner på fagets vegne, på patientplejens vegne og på sundhedsvæsenets vegne. Har faget råd til det spild? Har samfundet?

Hvad sker der med sygeplejen, hvis sygeplejerskerne bliver mere teoretiske end praktiske? Hvad sker der, hvis vi bliver bedre til *Habermas*, *Foucault* og *Løgstrup* end til at lave et sengebåd på en immobil patient, passe de demente, lægge en forbindelse, observere et sår, passe patienter, der er dødsyge af kræft, lede og koordinere sygeplejen, dosere og håndtere medicin og vejlede om dens virkning og bivirkninger, lægge en venflon, hænge en kemokur op og vide, hvad der sker med patienten i behandlingsforløbet – bliv selv ved!

Så falder kvaliteten af den konkrete, direkte patientrelaterede sygepleje.

Selvfølgelig skal vi have “de store tænkere” med ind i sygeplejeuddannelsen. Teorien skal danne grundlag for vores syn på mennesket, på sundhed og sygdom, men den

skal være praksisrelateret og ikke svæve ude i galaksen i et forsøg på at akademisere sygeplejen – væk fra patienterne. Sygeplejen skal ikke være et “værdigt alternativ” til medicinstudiet, men være sit eget fag, der er funderet i praksis med en grundig teoretisk underbygning af alt, hvad vi siger og gør. Teori og praksis skal vægtes med fokus på praksis. Så vi kan uddanne nye sygeplejersker, der er generalister med sundhedsvæsenets specialisering og krav for øje. Sygeplejersker, der vil pleje syge, gamle og svage mennesker frem for at læse videre, og som er rustet til at tage del i praksisfaget sygepleje fra dag ét. For der er hårdt brug for sygeplejersker, der brænder for sygepleje og har teorierne i orden til at kunne håndtere dilemmaerne, de store beslutninger og kommunikationen med patienter og pårørende.

Mette Gammelgaard er i øjeblikket freelancevikar på fuld tid.

Fordrejning af virkeligheden

Af Helle Mathar, sygeplejelærer, cand.mag. i filosofi

Kommentar til citat af Tove Videbæk på s. 37 i Sygeplejersken nr. 17/2006.

Formanden for Hospice Forum Danmark *Tove Videbæk* har i august fået spalteplads mange steder med sit budskab: “Jeg siger nej tak til aktiv dødshjælp – men ja tak til aktiv livshjælp!” Sidst i *Sygeplejersken* nr. 17/2006. Jeg er af den mening, at vi bør respektere det andet menneskes ønsker vedrørende livet og døden, uanset om dette måtte være et nej eller et ja tak til aktiv dødshjælp.

Ud over at sige nej tak til aktiv dødshjælp siger *Tove Videbæk* ja tak til aktiv livshjælp. Det er for mig et nyt begreb i debatten om aktiv dødshjælp. Så hvad kan det betyde? *Tove Videbæk* beskriver f.eks. i Politikens spalter akut livshjælp som smertestillende behandling, anden lindrende behandling og udvidede hospicemuligheder. Men at bruge begrebet “aktiv livshjælp” om smertebehandling til uhelbredeligt syge mennesker opfatter jeg som en misforstået forskønnelse eller fordrejning af virkeligheden.

I den etiske debat om dødshjælp skelnes

der normalt mellem aktiv og passiv dødshjælp. Med aktiv dødshjælp menes hjælp til at afslutte livet for uhelbredeligt syge mennesker, der anmoder om dette.

Dette er i dag ulovligt, men undersøgelser viser, at et flertal af befolkningen ønsker denne mulighed legaliseret. Passiv dødshjælp er bl.a. beskrevet i den nye sundhedslov, at “en uafvendeligt døende patient kan modtage de smertestillende, beroligende eller lignende midler, som er nødvendige for at lindre patientens tilstand, selv om dette kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet” (§ 25, stk. 3). Man kan godt diskutere, om det er velvalgt at bruge beskrivelsen passiv dødshjælp om dette, men “aktiv livshjælp” er efter min mening en misforstået begrebsliggørelse af det, der foregår.

Det er selvfølgelig vigtigt at arbejde for, at uhelbredeligt syge mennesker får muligheder for bedre smertestillende behandling, anden lindrende behandling og udvidede hospicemuligheder. Men det må være rimeligt, at alle gives muligheden for at vælge mellem disse forskellige alternativer. Måske vil jeg så engang sige ja tak til hospice, måske vil jeg sige ja tak til aktiv dødshjælp. Men jeg ønsker at bestemme over mit liv, ligesom *Tove Videbæk* bestemmer over sit.

Helle Mathar er ansat ved CVU Øresund, H:S Sygeplejerskeuddannelsen, Institut for Human- og samfundsvidenskab.

Hvad mener du




www.sygeplejersken.dk

Denne uges spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:

Behandler du bevidst mandlige og kvindelige patienter forskelligt?

Svar på spørgsmål stillet i *Sygeplejersken* nr. 18/2006:

Undervisningsminister *Bertel Haarder* (V) lægger op til, at sygeplejerskeuddannelsen skal ændres. Er du enig?

Svar	antal	pct.	
Ja	189	61,4	
Nej	101	32,8	
Ved ikke	18	5,8	
Total	308	100,0	

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



Kortlæg problemet

Af Hanne Bille, cand.comm.

Kommentar til debatindlægget "Svært at få en konstruktiv dialog" i Sygeplejersken nr. 17/2006.

I indlægget fra Videncenter for Amning (tidligere Ammekomiteen (AK)) beskyldes vi for at være ukonstruktive. Sandheden er dog, at vi foreslog dem et samarbejde om at kortlægge problemet. Vi ville lave en omfattende spørgeskemaundersøgelse og fandt det naturligt at bede AK om sekretariatsbistand. AK er jo finansieret af Sundhedsstyrelsen og måtte have stor interesse heri. Det eneste, de ville, var selv

at formidle vores resultat til spædbarnsvenlige afdelinger. Resultater, som vi har brugt et halvt år af vores fritid på? En ikke særlig attraktiv arbejdsfordeling mellem to parter, der påstår at have et fælles problem, og som står så ulige, når det gælder ressourcer.

Vi kan bare konstatere, at AK fortsat hævder, at de med deres "10 bud" er garant for, at nybagte mødre ikke presses. Men hvorfor så ikke gøre en indsats for at kortlægge problemet? For nybagte mødre bliver presset. Vi ved, at hele 3,5 pct. allerede føler pres på barselgangen. Dvs.

der er dobbelt så mange, der føler pres, som der er kvinder, der på det tidspunkt er holdt op med at amme. Sammenholdt med at problemer oftest melder sig, efter kvinden forlader barselgangen, så bekræfter det, at vi kun har set toppen af et meget stort isbjerg.

AK erklærede dengang smagløst, at 3,5 pct. var "en god nyhed," fordi det ikke var højere! Andre kan så være forargede over, at så mange nybagte mødre oplever, at støtte og omsorg erstattes af pres. Vi opfordrer derfor stadig personale til at tage afstand fra Sundhedsstyrelsens amme-strategier.

De hindrer nemlig kvinders selvbestemmelse og adgang til information om alternativer under graviditet og barsel. I stedet bør personalet løbende spørge kvinden, hvordan hun vil ernære sit barn, og løbende fremlægge alternativer, hvis amningen går i fisk eller bliver det mindste pinefuld for mor og barn.

"De var ikke på min side, men på amningens," er en af de kommentarer, vi har fået fra en flaskemor, der har oplevet Sundhedsstyrelsens ammeregime. Vi deler stadig denne opfattelse, indtil Sundhedsstyrelsen ændrer sine publikationer. Indtil da må vi konstatere, at flere fødeafdelinger, bl.a. Hvidovre, nu anbefaler flaskebarn.dk som informationskilde til gravide i tilfælde af senere ammeproblemer. Egentlig burde de vel henvise til Sundhedsstyrelsen, hvis Sundhedsstyrelsen rent faktisk var til hjælp på dette område?

Hanne Bille er initiativtager til flaskebarn.dk

Tine Jerris er ansat som koordinator i Videncenter for Amning.

Svar

Af Tine Jerris, cand.comm., biolog

Videncenter for Amning er ikke blevet anmodet om sekretariats-

bistand i forbindelse med en kortlægning af problemet – og har derfor en forventning om, at flaskebarn.dk selv formidler resultatet af deres undersøgelse. Vi forventer at anvende resultatet i den fortsatte udvikling af kvaliteten i omsorgen, især på de fødesteder, som er godkendt som spædbarnsvenlige.

Videncenter for Amning mener ikke, at kvaliteten af støtte og information er i orden, når 3,5 pct. har følt sig presset.

Men spørgsmålet er, om det skyldes de officielle danske anbefalinger.

Faktisk var der i 2002 kun halvt så mange, der følte sig presset på de fødesteder, som er godkendt som spædbarnsvenlige sammenlignet med andre fødesteder.

Videncenter for Amning kan ikke garantere, at nybagte mødre ikke føler sig presset til at amme på de spædbarnsvenlige sygehuse, men er forpligtet til at gribe ind, hvis det viser sig at være tilfældet.

Vi ser derfor frem til en tilbagemelding fra flaskebarn.dk, hvis der er spædbarnsvenlige sygehuse, som vi skal kontakte. Desuden har vi planer om at gentage den landsdækkende undersøgelse "Et øjebliksbillede" fra 2002 i efteråret 2007, se www.videncenterforamning.dk

Videncenter for Amning opfordrer initiativtagerne bag flaskebarn.dk til at tage direkte kontakt, hvis de har yderligere kommentarer til videncentrets aktiviteter.

Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør.



TEMPUR® EN PROFESSIONEL PARTNER

TEMPUR Venepuden er til forbedring af blodcirkulation og til trykaflastning af ben og hæle.

Venepuden er specielt velegnet til at aflaste tryk på hæle. Venepuden fås med blødt velour betræk eller med inkontinensbetræk.

TEMPUR Venepude



TEMPUR er et viskoelastisk, temperaturfølsomt materiale bestående af åbne celler, der følger kroppens konturer nøjagtigt. Den sfæriske cellestruktur bevæger sig nænsomt omkring kroppens kurver, så der ydes fuldkommen støtte, hvor der er behov for det, dog uden der dannes modtryk.

TEMPUR Danmark A/S · Holmelund 43 · 5560 Aarup
Tlf.: 63 43 43 69 · www.tempur.dk

Når arbejde ikke betaler sig

Af Jytte Molbech, psykiatrisk sygeplejerske

De mekanismer, som inden for det private erhvervsliv er iværksat for at rekruttere og fastholde de dygtige medarbejdere, er inden for det offentlige arbejdsmarked stort set ikke eksisterende.

De kontinuerlige forringelser af arbejdsvilkårene for medarbejderne inden for sundhedssystemet, kombineret med patientgrupper med mere komplekse sygdomsbilleder, uden der er blevet tilført de nødvendige ressourcer, medfører en hverdag, der oftest er fyldt med stress og et stadigt større arbejdspress for de ansatte.

Mulighederne for videreuddannelse og dygtiggørelse er ligeledes stærkt begrænsede, idet de afsatte økonomiske midler til kursusaktiviteter og kompetenceudvikling er minimale. Personalet vil ofte møde afslag på ønsker, der fagligt og personligt er absolut relevante.

De offentlige arbejdspladser kan også være så pressede personalemæssigt, at medarbejderen mødes med et nej, simpelt hen fordi den ansattes faglige kunnen ikke kan undværes i kursusperioden.

Lønningerne står heller ikke mål med de krævede uddannelsesmæssige kompetencer. Derudover er tillæggene for de skæve arbejdstider ikke i overensstemmelse med de ulemper, det medfører.

Sygeplejersker har i mange år været en mangelvare, men det, at alle gerne vil have fingre i én, indebærer ikke bedre lønninger, muligheder for forfremmelse og arbejdsbetingede goder. Nogle af de gulerødder, der kunne være tillukkende for at starte uddannelse inden for faget eller blive i sit erhverv, tværtimod.

Virkeligheden som sygeplejerske er, at du blot får endnu mere travlt, jo mere eftertragtet du er.

Den kontante afregning lønnes i form af øget stress og risiko for erhvervsbetingede sygdomme som tak for indsatsen. Så det kan jo ikke undre, at det bliver mere og mere vanskeligt at skaffe og fastholde kvalificeret personale inden for det offentlige arbejdsmarked.

Det er på høje tid, Dansk Sygeplejeråd iværksætter overenskomstmæssige tiltag, der varetager sygeplejerskernes interesser på en tidssvarende og anstændig måde.

*Jytte Molbech er ansat på
Psykiatrisk Skadestue P1,
Odense Universitetshospital.*

Skriv kort

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

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

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

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

Svar

Af Connie Kruckow, formand

Dansk Sygeplejeråd har den holdning, at sygeplejerskers løn skal afspejle deres værdi for samfundet. Det mener vi ikke, at den gør i dag. Derfor arbejder vi hele tiden på at forbedre sygeplejerskers løn- og ansættelsesforhold, herunder deres muligheder for udvikling og kurser. Ved sidste overenskomst fik vi en ny lønmodel, som fremover vil sikre sygeplejersker et bedre lønforløb set over et arbejdsliv – faktisk vil sygeplejersker tjene ½ mio. kr. mere over et livsforløb. Vi vil naturligvis også ved de kommende overenskomstforhandlinger stædigt arbejde for at

hæve sygeplejerskernes løn. Og vi håber, at arbejdsgiverne indser, at de har et problem med at tiltrække og fastholde kvalificerede medarbejdere, hvis de ikke skaber attraktive og udviklende arbejdspladser.

Dansk Sygeplejeråd har sammen med Amtsrådsforeningen sat fokus på, at der skal afsættes flere midler til sygeplejerskers efter- og videreuddannelse.

Regeringen har i forbindelse med økonomiaftalerne sidste år mellem regeringen og kommunerne afsat flere penge. Men langt fra alt det, vi kunne ønske. Derfor vil Dansk Sygeplejeråd naturligvis fortsætte med at gøre opmærksom på det behov, som sygeplejersker har.



Tilhørerkort til Dansk Sygeplejeråds ordinære kongres 6.-9. november 2006

Dansk Sygeplejeråd afholder ordinær kongres i dagene 6.-9. november 2006 i Falconer Center, Falkoner Allé 9, 2000 Frederiksberg.

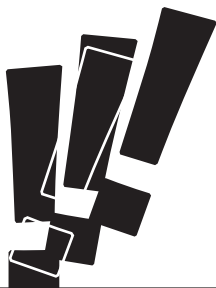
Dansk Sygeplejeråds medlemmer har adgang til at overvære kongressen som tilhørere. Tilhørerkort skal ikke rekvireres forud for kongressen men udleveres ved indgangen til kongresstedet mod forevisning af legitimation.

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

KONGRES
Sund Velfærd

06





Fordomsfuld tilgang

Af Morten Hougaard og Anders Pedersen, sygeplejersker og bøsser

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

Kære *Lith Stenderup!*

Som en reaktion på Deres indlæg omkring den lesbiske sygeplejestuderende, der ønskede et barn, skriver vi nu dette indlæg.

Det er selvfølgelig rettet specielt til Dem, men bør samtidig tjene som oplysning til de sygeplejersker, som måtte have et snævert og fordomsfuldt menneskesyn.

De skriver i Deres indlæg, at alle børn af lesbiske forældre eller børn vokset op i bøsse miljøet "al-

tid bliver afsporede, mordere eller af anden observans; pigeme bliver som mødrene, drengene bliver hadefulde mod alle kvinder."

Vi er dybt forundret over denne fordomsfulde tilgang til spørgsmålet og Deres medmennesker. Uanset om De måtte have konkrete erfaringer mange år tilbage, der kan underbygge denne uhyrlige påstand, så er det milevidt fra virkeligheden og i særdeleshed fra alle forskningsresultater på området.

Vi skal i den forbindelse citere fra *Børns Vilkår*, der, som så mange andre, tidligere har været mod-

stander af insemination til homoseksuelle. De ændrede først deres holdning til spørgsmålet, da de var 100 pct. overbevist om, at barnets tarv ikke blev tilsidesat. *Børns Vilkår* skriver bl.a.: "Børns Vilkår har aldrig været i tvivl om, at homoseksuelle er lige så gode forældre som heteroseksuelle ... Nye undersøgelser har vist, at børn fra homoseksuelle familier trives lige så godt som børn fra heteroseksuelle familier."

Der er desuden i svenske undersøgelser kun påvist positiv påvirkning af børn, der vokser op med to forældre af samme køn, idet der er en tendens til, at disse børn klarer sig bedre end børn, der vokser op med forældre af forskellige køn.

Børns Vilkår anbefaler faktisk, at

homoseksuelle får de samme rettigheder i forhold til adoption som heteroseksuelle.

Vi vil slutte vores indlæg her og blot minde både Dem og andre sygeplejersker om, at vi som sygeplejersker bør være åbne og tolerante, og ikke kun over for vores patienter, men i særdeleshed også over for vores kolleger. Vores viden, åbenhed og forståelse er med til at gøre vores fag stærkt.

Morten Hougaard er klinisk vejleder på Skadestuen, Amtssygehuset i Herlev, samt formand for Copenhagen Pride, og Anders Pedersen er projekt-sygeplejerske på Neurologisk afdeling, Bispebjerg Hospital, samt næstformand i Landsforeningen for Bøsser og Lesbiske.

Ytring uden respekt for medmennesker

Af Sinnet Sofie Henriksen, sygeplejerske

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

Kære *Lith Stenderup!*

Jeg har med stor glæde læst dit svar på dilemmaet om *Manja* og hendes og partnerens ønske om at få børn på et tidspunkt. Efter at have gået et par gange rundt om mig selv er jeg stadig forundret, forskrækket og forarget.

Min første tanke, da jeg læste dit svar, var, at det måtte da være udtryk for en provokation for at få en debat i gang og ikke din holdning som sundhedsperson til andre mennesker og deres valg af levevis. Jeg håber naivt og inderligt, at dette er tilfældet.

Jeg blev frygtelig vred over at læse dit svar. Mig bekendt findes der ingen undersøgelser/artikler, der viser, at børn opvokset hos homoseksuelle altid bliver afsporede, ja endog mordere!

Dine kommentarer bliver derfor personlige holdninger, som ikke kan begrundes ud fra en

saglig argumentation eller et nødvendigt teoretisk fundament.

Du skriver, at du for ofte gennem "din tid" har set det. Jeg har stor respekt for erfarne sygeplejersker med masser af god, praktisk erfaring, for jeg oplever, at jeg får utrolig meget fagligt med i rygsækken, når jeg hører jeres oplevelser og argumenter for, hvordan sygepleje skal og bør udføres.

Derfor bliver jeg meget ked af at læse, at du, en erfaren sygeplejerske, som skal være forbillede for os unge og grønne sygeplejersker, ytrer dig uden et teoretisk fundament og så tilmed uden respekt for dine medmennesker. Det er et frit land, vi lever i, vi har ytringsfrihed, og det respekterer jeg. Dit indlæg derimod har intet med ytringsfrihed at gøre, det er ren diskrimination. Jeg bliver utrolig flov på fagets vegne efter et så snæversynet indlæg.

Sinnet Sofie Henriksen er ansat på Hæmatologisk dagafsnit A640, Vejle Sygehus.



Kvæsthuset holder åbent i skolernes efterårsferie

Kvæsthuset holder åbent i skolernes efterårsferie – uge 42 – hvor alle sygeplejersker sammen med deres familie er velkomne til at komme forbi.

Dansk Sygeplejeråd byder på en kop kaffe, frisk frugt og sodavand i kantinen i tidsrummet 10.-15.00.

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



Redaktion

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

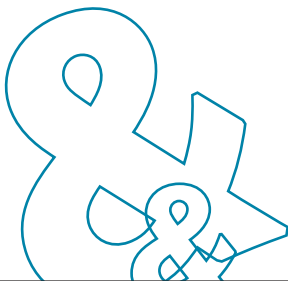
I Sygeplejerskens faglige sektion findes artikler, herunder resumeer af international forskning og anmeldelser, skrevet af sygeplejersker eller andre fagpersoner. Artiklerne i denne sektion er godkendt efter sygeplejefaglig vurdering og vejledning.

faglige artikler

På www.sygeplejersken.dk findes

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

Vejledninger tilsendes også ved henvendelse til redaktionen 3315 1555



►► Artiklen henvender sig til psykiatriske sygeplejersker i primær- og sekundærsektoren. Hovedbudskabet er, at fysisk aktiv levevis kan forebygge livsstilssygdomme hos psykisk syge og indgå som en del af behandlingen. Artiklen er baseret på et projekt igangsat af Sundhedsstyrelsen.

Fysisk aktivitet til psykisk syge

Af Henrik Howardsen, sygeplejerske

I *Sygeplejersken* nr. 9/2006 beskrives, hvordan psykisk syge er betydeligt mindre fysisk aktive end raske personer.

Det har for mange den konsekvens, at risikoen for livsstilssygdomme som adipositas, kardiovaskulære lidelser, diabetes og alt for tidlig død er forhøjet i forhold til resten af befolkningen.

Nogle af årsagerne til dette er sindslidelsens tendens til at manifestere sig med træthed og uoverkommelighedsfølelse, hvilket kan forstærkes af den medicin, patienterne behandles med.

Der har været mulighed for fysisk aktivitet på de psykiatriske behandlingsinstitutioner, men der har ikke været tradition for at betragte det som et behandlingstiltag.

Modelafdeling på cykel

Siden april 2005 har Sundhedsstyrelsen arbejdet på at få erfaringer med, hvordan man kan implementere fysisk aktivitet som en behandlingsmulighed til psykisk syge indlagt på sygehus.

Det er sket via projektet "Fysisk aktivitet i sygehusvæsenet – modelindsats på psykiatriske afdelinger," hvor fire psykiatriske afdelinger i henholdsvis Horsens, Middelfart, Odense og på Bornholm er blevet valgt til at have særligt fokus på fysisk aktivitet.

Hver modelafdeling er blevet opgraderet med sportsrekvisitter for ca. 225.000 kr. På Psykiatrisk Center på Bornholm er der blevet købt cykler, kondicykler, romaskine, gangstave og forskellige redskaber til boldspil og styrketræning og anlagt beachvolleyball- og petanquebane.

Der er også købt en trailer til transport

af cykler, til når patienter og personale kører med afdelingsbussen ud på øen for at motionere. Der er på den måde mulighed for både individuel træning og aktivitet i gruppe.

Inden projektet startede, blev der arrangeret undervisning for den tværfaglige personalegruppe. Vi delte viden om motion og diskuterede, hvordan projektet kunne integreres i dagligdagen.

Når patienter nu bliver indlagt på Psykiatrisk Centers åbne eller lukkede afsnit, taler vi med dem om aktivitetsmulighederne. Der bliver gennemført et interview, hvor erfaringer med fysisk aktivitet og patientens aktuelle ønsker og motivation bliver undersøgt, og der bliver udført en konditest og udarbejdet en personlig motionsplan.

De fælles, faste fysiske aktivitetstilbud er nedfældet i et ugeskema for hele centret. Morgengymnastik, vandgymnastik og aktiviteter, som vi samarbejder med socialpsykiatrien om, bliver præsenteret for patienten.

Erfaringerne med konditesten viser, at patienterne på de fire modelafdelinger forbedrer deres kondital signifikant under indlæggelsen.

Mange patienter har problemer med at gennemføre testen på grund af fysiske skavanker eller meget dårlig form. Det er her personalets opgave at vurdere, hvordan konditesten kan bruges som et motiverende element og ikke det modsatte.

Projektet skal evalueres

I løbet af projektperioden, som varer hele 2006, bliver erfaringerne med implementeringen af fysisk aktivitet evalueret af

Rådgivende Sociologer. De har fra projektstart undersøgt personalets holdning til fysisk aktivitet og til intentionen om at indføre mere fysisk aktivitet på de psykiatriske afdelinger. Undersøgelsen er gennemført ved hjælp af spørgeskemaer til personalet og kortlægger de holdningsmæssige baselinedata.

I løbet af efteråret 2005 og i foråret 2006 er der gennemført interview med personale og patienter for at afdække, hvordan det lykkes at implementere aktiviteterne og for at få indtryk af, hvilke barrierer der gør det vanskeligt.

Erfaringerne vil blive evalueret i projektperiodens slutning med henblik på at bruge dem til at brede initiativer med mere fysisk aktivitet ud til hospitalsindlagte patienter både i psykiatrien og i somatikken.

Hold fast i de gode vaner

For at sikre opfølgning på den øgede fysiske aktivitet er der afholdt informations- og dialogmøde med samarbejdspartner i socialpsykiatrien. Opfølgning efter udskrivelsen er vigtig, da mange patienter har brug for støtte til at holde fast i de gode vaner, som er blevet introduceret ved indlæggelsen.

Raske personer ved, hvor svært det kan være at holde fast i de gode intentioner om aktiv levevis. Psykisk syge har det ikke lettere med denne disciplin og har derfor brug for holdningsmæssig og strukturbaaseret støtte.

*Henrik Howardsen er specialeansvarlig sygeplejerske på Psykiatrisk Center, Bornholm.
henrik.howardsen@bcsygehus.dk*



ARKIVFOTO: HENRIK SØRENSEN/SCANPIX

Sammenhæng og helhed i rehabiliteringen

Af Tove Kilde, sygeplejerske, cand.scient.san., og Søren Sander Rasmussen, cand.mag.

Kompetenceudvikling. De nye storkommuner skal fremover løfte opgaven med rehabilitering. Sygeplejerskerne får her en vigtig rolle.

Strukturreform. Kommunale ændringer. Nye sundhedslove. Begreberne bliver i øjeblikket brugt i flæng, når politikerne fortæller om de nye storkommuner, der ved årsskiftet skal løfte nye opgaver, herunder rehabilitering.

Ændringerne betyder, at sygeplejersken skal være bedre til at udarbejde planer for rehabiliteringen med udgangspunkt i borgerens forståelse, betingelser og forudsætninger. Borgerens selvbestemmelse skal sættes i højsædet, og sygeplejerskernes rolle forandres til at være vigtige fagligt kompetente konsulenter i realiseringen af borgerens mål. Derfor bør samarbejdet med andre faggrupper også hvile på en tværfaglig forståelse og faglig selvforståelse. Det nye kursus "Kompetenceudvikling i Rehabilitering" tager højde for de nye udfordringer og ruster sygeplejerskerne til fremtiden.

MarselisborgCentret udbyder kurset i samarbejde med Hammel NeuroCenter og Jysk Center for Videregående Uddannelse. Foreløbig har Område Vest i Silkeborg Kommune og centrale aktører omkring Silkeborg Centralsygehus sendt forskellige faggrupper på kursus. Medarbejderne, der alle arbejder med rehabilitering af borgere, har modtaget undervisning i fem moduler a seks lektioner.

Af de 57 er 18 sygeplejersker. Sygeplejerskerne bliver undervist sammen med – og efter samme grundprincipper som – terapeuter, social- og sundhedshjælpere og andre faggrupper, der dagligt arbejder med rehabilitering i kommunen.

"Den helt store udfordring bliver at få alle aktører til at spille sammen omkring den enkelte borgers ønsker til rehabilitering. Det er sammenhæng og helhed, der er brug for, og her er kursusforløbet et stort og længe ønsket skridt i den rigtige retning," udtaler

Stig Langvad, formand for De Samvirkende Invalideorganisationer.

Stig Langvad ønsker, at borgeren skal opleve sammenhæng, tryghed og effektivitet i sit rehabiliteringsforløb. Uanset om det gælder borgerens kontakt til sygeplejersken, terapeuten eller social- og sundhedshjælperen. Og uanset om borgeren befinder sig på regionens sygehus, i det kommunale sundhedscenter eller i hjemmet.

Det stiller større krav til sygeplejerskerne og de øvrige faggrupper. Man skal fremover samarbejde på tværs af faggrænser og sektorer. Centralt for kursusforløbet er derfor at medvirke til kompetenceudvikling, hvor den enkelte faggruppe lærer at forstå såvel sin egen faglige rolle som andre faggruppers kompetencer.

Udgangspunktet for det tværfaglige samarbejde er at afdække borgerens ønsker, betingelser og forudsætninger. Rehabiliteringen skal være helhedsorienteret og tage udgangspunkt i borgerens mål.

I den forbindelse skal sygeplejerskerne have de nødvendige tværfaglige forudsætninger for at vejlede borgerne og kvalificere deres beslutninger. I sidste ende skal den professionelle kunne hjælpe og guide borgeren videre til et selvstændigt liv – med fokus på aktivitet og deltagelse.

Indholdet af "Kompetenceudvikling i Rehabilitering" er udarbejdet af en arbejdsgruppe med repræsentanter fra bl.a. KL og Amtsrådsforeningen. Kurset er i øvrigt det første af sin art, der henvender sig til alle faggrupper, der arbejder med rehabilitering.

Kursusforløbet vil på sigt blive udbudt via CVU'ernes efter- og videreuddannelsesafdelinger.

Tove Kilde er ansat som udviklingskonsulent i arbejdsgruppen til "Kompetenceud-

vikling i Rehabilitering." Søren Sander Rasmussen er informationsmedarbejder på MarselisborgCentret.

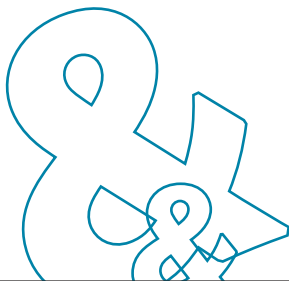
Yderligere information: Tove Kilde,
MarselisborgCentret, P.P. Ørumsgade 11,
8000 Århus C, tlf.: 8949 1294.
tk@marselisborgcentret.dk
www.marselisborgcentret.dk



Synergi
DSR's nyhedsbrev

Synergi er, når gode ideer samles og gør helheden endnu bedre. Og Synergi er både målsætningen og navnet på Dansk Sygeplejeråds elektroniske nyhedsbrev.

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



Sygeplejedokumentation med strøm og struktur

Af Line Carlsen, sygeplejerske, klinisk projektleder

►► Artiklen henvender sig til sygeplejersker med interesse i elektronisk patientjournal. Hovedbudskabet er, at dokumentation ved hjælp af it gør sygeplejen tydelig. Artiklen er baseret på et projekt på Storstrømmens Sygehus, Nykøbing Falster.

Sygehusledelsen på Storstrømmens Sygehus har taget initiativ til pilotprojektet ”Sygeplejedokumentation efter G-EPJ principper.”

Kuglepenen og papiret er erstattet med pc, og lange prosatekster er erstattet af notater, der er strukturerede, problemorienterede og præcise.

Det er resultatet af et pilotprojekt, der er initieret af Sygehusledelsen på Storstrømmens Sygehus og afprøvet på Storstrømmens Sygehus Nykøbing Falsters Hæmodialysecenter og Medicinsk afsnit 130, (nefrologi og gastroenterologi).

Formålet med projektet er at forberede personalet til fremtiden, hvor Sundhedsstyrelsens anbefalede grundstruktur for elektronisk patientjournal (G-EPJ) skal anvendes i sygeplejen.

G-EPJ er en national specifikation af det kliniske indhold i en elektronisk patientjournal, en opskrift for den kliniske del af indholdet i et EPJ-system. Samlet set har G-EPJ en kompleks struktur, hvor den kliniske proces anvendes som problemløsningsmetode.

Vi har benyttet os af muligheden for at begrænse indholdet af G-EPJ, så det kun er Sundhedsstyrelsens anbefaling om obligatorisk dokumentation, der anvendes (fokuseret oplysning, helbredstilstand, sundhedsaktivitet, indikation og udført handling).

G-EPJ kræver, at de it-systemer, som understøtter patientforløbet, anvender fælles data, og da Storstrømmens Sygehus

ikke råder over denne mulighed, har vi været nødt til at tænke kreativt for at kunne bruge det allerede eksisterende system.

Problemområder giver overblik

Vores værktøj er teksteditoren OPUS Notat, der gør det muligt at give hvert notat en notattype. Vi har valgt 12 notatyper, der relaterer direkte til de 12 sygeplejefaglige problemområder fra Sundhedsstyrelsens publikation: ”Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser.”

Klinikeren skal tage stilling til, hvilke af de 12 sygeplejefaglige problemområder der er aktuelle for patienten, når sygeplejen dokumenteres.

Indholdet af notatet er struktureret med en standardtekst, der består af fem obligatoriske G-EPJ-punkter:

- Fokuseret oplysning: Hvad sker der nu? (kliniske oplysninger/observationer).
- Helbredstilstand: Sådan opfatter jeg situationen (faglig overvejelse vedrørende årsager/sammenhænge).
- Sundhedsaktivitet: Hvad vil jeg gøre ved det, og hvad vil jeg opnå? (opstille konkrete planer for plejen og opstille mål for sundheden).
- Indikation: En kopi af helbredstilstanden (udpeger den helbredstilstand, som begrundes aktiviteterne).
- Udført handling: Sådan blev det; blev det, som jeg ville have det? (evaluering af den udførte handling).

- På den måde er sygeplejedokumentationen blevet struktureret både i form og indhold.

Inddelingen af dokumentationen bevirker, at den kliniske proces fremstår tydeligt, og at sygeplejen træder i karakter.

Det kræver øvelse at skulle tænke anderledes, når sygeplejen skal dokumenteres. Af og til medfører det hovedbrud at skulle beskrive den kliniske proces, men når beskrivelsen er færdig, giver det god mening.

Pilotprojektet er blevet evalueret, og der søges aktuelt midler til at kunne rulle projektet ud i hele Storstrømmens Sygehus.

*Line Carlsen er dialysesygeplejerske og klinisk projektleder på Storstrømmens Sygehus Nykøbing Falster.
sulca@stam.dk*

Projektgruppen, der har udformet og gennemført pilotprojektet, kommer fra Center for it og består af EPJ-chef Michael Dehn, sygeplejerske Jane Køhler Hansen, it-konsulent Anne Marie Hansen, konsulent Karsten Schiøtz, overlæge Birger Taylor Parby og dialysesygeplejerske og klinisk projektleder Line Carlsen.

Som referencepersoner har projektgruppen benyttet sig af ekspertise fra to klinisk uddannelsesansvarlige: Bodil Pedersen og Lotte Lindstrøm.



DLS

Er du leder i
sundhedssektoren?

Eller vil du gerne
være det?

Så er DLS
noget for dig

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

DLS udbydes i hele Danmark.

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

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

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

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

tlf. 54 888 224 • www.ceus.dk

HANDELSHØJSKOLE
CENTRET

CEUS
Handelshøjskolecenter

Tværfaglig portal for undervisere

Af Grete Wedege, sygeplejerske, master i læreprocesser

Samlingssted. En nordjysk portal skal indgå aktivt i uddannelsen af kliniske vejledere og undervisere.

I august åbnede en nordjysk portal – www.scvun.dk – for kliniske vejledere og undervisere i de mellemlange videregående sundhedsuddannelser (jordemoder, radiograf, fysioterapeut, ergoterapeut, sygeplejerske og bioanalytiker samt professionsbachelor i sundhed og ernæring). Portalen finansieres af forsøgs- og udviklingsmidler fra Undervisningsministeriet. Forsøgs- og udviklingsperioden afsluttes november 2007.

Med portalen er det hensigten at skabe et tværfagligt samlingssted for klinisk vejledning og undervisning med henblik på:

- information om klinisk vejlederuddannelse
- læring under og efter endt klinisk vejlederuddannelse
- videns- og erfaringsudveksling
- erfarings- og vidensopsamling til udvikling af klinisk vejledning.

Portalen består af tre dele:

- Hjemmeside, der er åben for alle med information om klinisk vejlederuddannelse
- Log-in-del, det vil sige adgang med password, hvor kliniske vejledere og undervisere samt uddannelses- og udviklings-

ansvarlige kan få adgang til bl.a. nyheder, materiale om vejlederrelevante emner samt litteratur

- Elektronisk konference (QuickPlace), hvor kliniske vejledere og undervisere samt uddannelses- og udviklingsansvarlige kan udveksle erfaringer og dele viden, diskutere samt stille spørgsmål og komme med bud på svar.

Desuden skal portalens log-in-del og den elektroniske konference indgå aktivt i uddannelsen af kliniske vejledere og undervisere.

Kliniske vejledere og undervisere, der er tilknyttet Sundheds CVU Nordjyllands kliniske uddannelsessteder, kan gratis tilmelde sig konferencen på vejleder.portal@scvun.dk

Yderligere information om portalen kan findes på www.scvun.dk under Udvikling og forskningstilknytning – Udviklingsprojekter – Nordjysk portal for kliniske vejledere.

Grete Wedege er uddannelsesleder og -konsulent på Sundheds CVU Nordjylland, tlf. 9633 1481. grete.wedege@scvun.dk

Selvskadende adfærd er

►► Artiklen henvender sig til sygeplejersker, der arbejder med patienter, som skader sig selv. Hovedbudskabet er, at den selvskadende adfærd i patientens perspektiv er en selvbevarende adfærd, og de professionelles opgave er ikke at hindre patienten i at skade sig, hvis de ikke har et lige så effektivt alternativ.

Artiklen er baseret på forfatterens arbejde med selvskadende kvinder og på specialet skrevet i forbindelse med analytikeruddannelsens afslutning i 2006 (*The function of self-mutilation. A Jungian perspective*).

Selvskadende adfærd blandt især unge kvinder er blevet tydeligere de senere år. Det er en adfærd, vi som behandlere berøres voldsomt af. Vi bliver ofte fortørnede, vrede, afvisende og angst. Dermed er vi ude af stand til at hjælpe. Hvis vi vil hjælpe dem, må vi møde dem der, hvor de er.

Når vi møder kvinder (og mænd), som skader sig selv i form af at skære sig eller tage overdosis af stoffer og alkohol, vil de fleste af os stå med en masse modstridende følelser, og de fleste af dem er af negativ karakter. Vi vil ofte være fyldt af vrede, være afvisende, måske stå med foragt eller hån i stemmen. Vi gør det, fordi disse mennesker vækker følelser i os, som vi ikke har lyst til at forholde os til – vi forsvare os.

Søren Kierkegaard har sagt følgende om, hvordan vi bør forholde os til et menneske, som har brug for vores hjælp: ”At man, når det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest må passe på at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst” (1).

Videre siger han i samme tekst, at ”Enhver, der ikke kan det, han er selv i en Indbildning, når han mener at kunne hjælpe en Anden. For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, må jeg forstå mere end han – men dog vel først og fremmest forstå det, han

”Vi skal turde lukke hende ind. At turde rumme det, der ikke kan rummes.”

forstår. Når jeg ikke gør det, så hjælper min Mere-Forståen ham slet ikke.”

Kierkegaard siger derved, at vi som behandlere er nødt til at starte der, hvor den selvskadende kvinde er, og derfor – som et minimum – må forstå det, hun forstår. Vi må prøve at forstå, hvilken baggrund hun kommer med. Men vi må, som Kierkegaard siger, også forstå mere end hun for at kunne hjælpe hende. Det er dette, denne artikel har til formål at skitsere.

Jeg vil i artiklen overvejende omtale den selvskadende som kvinde på grund af, at det ofte er kvinderne, der er i fokus i medierne i dag, og fordi forskningen synes at vise, at der er en overvægt af kvinder, som skærer sig selv. Der er dog til dato ikke et stort antal undersøgelser, som forholder sig til fordelingen mellem kønnene, og de foreliggende data svinger fra ingen forskel til en overrepræsentation på ca. 75 pct. blandt unge kvinder (2).

Ingen erfaring med omsorg

Forskningen inden for dette område er ret ung, men det, vi ved i dag, er, at over halvdelen af de kvinder, som er selvskadende, har været udsat for seksuelle overgreb (3,4,5), oftest fra faderen eller en anden nærtstående voksen. Omkring 4 pct. af alle kvinder har været udsat for far-datter-incest i form af egentligt samleje eller samlejeforsøg, og kigger vi på den ”psykiatriske population” af kvinder, er tallet oppe på ca. 30 pct.

Det er også klarlagt i dag, at der til tider er en sammenhæng

selvbevarende adfærd



ARKIVFOTO: ISTOCKPHOTO.COM

Den uro, de rummer, opleves af den unge kvinde af så voldsom en karakter, at hvis den ikke tæmmes og undertrykkes, vil det få katastrofale følger for hende selv og hendes omgivelser.

mellem selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser (6,7), således at de kvinder, der har været udsat for seksuelle overgreb, før de blev syv år, ofte har bulimi sammen med selvskadende adfærd og også ofte narkotika- og/eller alkoholmisbrug. Kvinder, der har været udsat for seksuelle overgreb efter syvårsalderen (præpuberteten), har oftere en kombination af selvskadende adfærd og anoreksi.

Når dette er sagt, må vi huske, at der er ca. 50 pct. selvskadende (kvinder), som formentlig ikke har været udsat for incest,

men – ser det ud til – på anden måde har været bragt i en psykisk set totalt ubærlig situation en eller flere gange, oftest tidligt i barndommen.

Børn, der udsættes for seksuelle overgreb uden for familien, og som lever i rammer, der er støttende og trygge, udvikler stort set aldrig selvskadende adfærd (8). Det samme er tilfældet, hvor faderen eller moderen begår et seksuelt overgreb, men hvor den anden forælder er i stand til at forholde sig til barnet og til det, det har været udsat for.

Kvinder, der skærer sig selv, kommer ofte fra familier, hvor begge forældre selv har haft en meget problematisk og belastet opvækst. Disse forældre har ofte svært ved at håndtere egne og dermed også deres barns følelsesmæssige og psykiske problemer. De selvskadende kvinder har derfor som regel ingen erfaring med, at de omkring dem er i stand til at hjælpe dem eller rumme deres svære følelser. For os som behandlere betyder det, at kvinden selvfølgelig må møde os med stor mistro og afvise vore tilbud om hjælp, noget, som kræver stor tålmodighed fra behandlerens side.

Selvbevarende adfærd

Hvorfor skader de sig selv? Spørger vi dem, vil langt de fleste fortælle, at de skærer i sig selv, fordi de har erfaret, at det at skære sig, så det bløder, giver en øjeblikkelig ro. Det er vigtigt at være opmærksom på, at mange ikke føler smerte i forbindelse med at skære sig! Det er med andre ord ikke den ydre smerte, som giver en lindring af den indre smerte!

Den uro, de rummer, opleves af den unge kvinde af så voldsom en karakter, at hvis den ikke tæmmes og undertrykkes, vil det få katastrofale følger for hende selv og hendes omgivelser. Så den voldsomme og tiltagende spænding, hun i perioder mærker, skal holdes nede med alle midler. Da det er voldsomme kræfter, hun rummer, skal der også voldsomme metoder til, for at det virker. At skære sig selv er en sådan metode. Det er derfor reelt en selvbevarende adfærd, kvinden (manden) udviser. Forhindrer vi hende i at håndtere dette meget voldsomme indre pres på den for hende bedste måde, er der selvfølgelig en risiko for, at hun begår selvmord. De selvskadende kvinder – og mænd – som ender med at tage deres eget liv, gør det, fordi de oplever, at de ikke længere kan holde denne orkan fra det ubevidste i skak, og oplever, at de ikke længere har håb om, at nogen kan hjælpe dem eller forstå dem.

Som hos ofre for krigstraumer og tortur

Hvordan ved vi, at der er tale om så voldsomme indre kræfter? Inden for de empiriske videnskaber har forskningen omkring Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) vist, at selvskadende kvinder og mænd udviser de samme symptomer, som ses under PTSD. Det vil bl.a. sige følelsesmæssig fladhed eller tilbagetrækthed i forhold til andre samt pludselige genoplevelser af "det oprindelige traume" (flashbacks) eller voldsomme mareridt, som refererer til det oprindelige traume. Hos selvskadende kvinder ►

► og mænd er der dog den forskel, at det eller de oprindelige traumer ikke længere huskes (9). PTSD er noget, vi normalt finder hos mennesker, som har været udsat for voldsomme krigstraumer (tidligere blev PTSD kaldt "granatchok") eller tortur. Det vil sige, at PTSD ses hos mennesker, som har været bragt ud i så voldsomme situationer, at psyken har været ude af stand til at håndtere det på normal vis.

En udbredt misforståelse i behandlermiljøet er, at selvskadende kvinder (og mænd) ikke er i stand til at håndtere almindelig anspændthed eller "dagligdags" konfliktsituationer, at disse kvinder med andre ord har en alt for lav tærskel. Det bunder i, at vi som behandlere oplever, at de skærer sig ved blot beskedne belastninger som f.eks. banale afvisninger, eller hvis kæresten slår op med dem. Men det, kvinden står med, er ikke en almindelig belastning. Det, der sætter processen i gang, er udadtil en forholdsvis banal situation, men det aktiverer en indre psykisk tyfon, som udspringer fra et helt andet sted i dette menneskes psykiske liv – fuldstændig som vi ser det hos ofre for krigstraumer og hos torturofre. Det er dette indre kaos, hun må kæmpe med og reagere på, og som hun må tæmme, som hun nu bedst kan – nemlig ved at skære sig, så det bløder.

Følgervirkninger efter seksuelle overgreb

Kigger vi på de tilfælde, hvor kvinden som barn har været udsat for et eller flere tilfælde af seksuelle overgreb/incest, er det muligt dybdepsykologisk at beskrive de processer, som sættes i gang i barnet i forbindelse med overgrebene. Ved de seksuelle overgreb konfronteres barnet på et alt for tidligt tidspunkt med voldsomme seksuelle psykiske energier (i den jungianske terminologi kaldes disse energier for arketyperiske seksuelle energier), som ligger i barnets ubevidste. Overgrebet er i sig selv voldsomt og uforståeligt for barnet, men det, der virkelig skader hende, er, at hendes jeg-bevidsthed konfronteres med den (arketyperiske) seksuelle energi fra hendes eget ubevidste på et alt for tidligt tidspunkt – længe før hun er i stand til at forholde sig til det, endsige integrere det. Og for at gøre det hele værre, så kan hendes forældre heller ikke hjælpe hende, fordi de selv har store problemer med deres egen seksualitet – som bl.a. udmønter sig i, at der foregår et seksuelt overgreb mod barnet.

De seksuelle energier er – selv for voksne mennesker, som har et stabilt og rimeligt velfungerende ego – svære at styre. Et lille barn har ikke et tilstrækkeligt stærkt ego til at håndtere disse energier, som trænger sig på fra det ubevidste. Hun vil ikke være i stand til at integrere disse. Arketyperiske energier, som ikke bliver indoptaget eller forarbejdet på en sund måde i bevidstheden, vil fortsat være meget primitive og voldsomme. Et så voldsomt indbrud af primitive og ubearbejdede energier fra det ubevidste vil oversvømme og omvælde det lille barns endnu sårbare, spinkle ego. Dette vil med stor sandsynlighed resultere i en psykose – en nedbrydning af jeg-bevidstheden. For at undgå dette bliver psyken nødt til at sætte en voldsom nødbremse i værk (10). Udefra set viser nødbremsen sig i de symptomer, vi kender fra PTSD.

Her tænker jeg på den følelsesmæssige fladhed (anhedoni) og tilbagetrukketheden fra andre. Psykologisk er der tale om en dissociation, dvs. en voldsom fraspaltning af erindringen om hændelsen eller hændelserne og følelserne forbundet hermed. Dette forsvar fungerer oftest nogenlunde, men i puberteten vil de seksuelle energier fra det ubevidste i sagens natur præsenteres for pubertetsbarnet på ny – som det sker for os alle. Forskellen er blot, at for hende er disse seksuelle energier stadig stemplet som yderst farlige, netop fordi hun i barndommen blev konfronteret med dem på et alt for tidligt tidspunkt. Som barn var hun i stand til via nødbremsen at lægge afstand til de voldsomme psykiske energier, men i puberteten bliver presset kraftigere og vedvaren-

"Også sygeplejerskerne uden for de psykoterapeutiske miljøer kan hjælpe i mødet med den selvskadende kvinde eller mand."

de. For ikke at risikere en psykoseagtig reaktion (det hun oplever som noget katastrofalt, der er under opsejling) må der selvfølgelig "rabiate" midler til – nemlig den selvskadende eller rettere selvbevarende adfærd!

Alt dette forklarer også, hvorfor der hos disse kvinder og mænd er en større hyppighed af gennemførte selvmord. Det er der, fordi disse truende gennembrud enten bliver for ubærlige, eller fordi kvinden forhindres i – eller oplever, at hun forhindres i – at passe på sig selv, fordi hun forhindres i at bruge det eneste middel, hun har erfaring for virker, at skære i sig selv!

At give hende lov til at skære sig ...

Vores opgave er at møde hende der, hvor hun er, og give hende en oplevelse af, at hun er sammen med nogen, som tør være sammen med hende og hendes store indre smerte og kaos. Som tidligere skrevet har den familie og det miljø, hun kommer fra, ikke kunnet rumme hende og hendes kaos. Så vi skal som behandlere prøve at gøre det, som hendes familie ikke har været i stand til, fordi den selv er invalideret.

Vi skal som behandlere ikke forhindre hende i at skære i sig selv, hvis vi ikke har et lige så effektivt alternativ! Det betyder ikke, at vi skal acceptere hendes adfærd som værende god. Vi må vise hende, at vi synes, at det er en ubehagelig løsning, som er uholdbar i længden, men samtidig tilkendegive, at vi kan acceptere, at der her og nu ikke er bedre alternativer til rådighed.

Et eksempel på de alternativer, som nogle gange bliver foreslået selvskadende kvinder og mænd, er at tage en elastik om håndleddet og bruge den til at frembringe smerte ved at "snappe" den mod huden! Det er jo et tamt alternativ til det at skære sig og svarer til at forlange af en løvetæmmer, at han udskifter pilsken med et stykke sytråd, samtidig med at vi ikke går med ham ind i løveburet, men bliver stående på den sikre side af tremmerne.

Når vi tør være sammen med hende, selv om hun skærer sig,

vil hun kunne få oplevelsen af at være rummet på et helt basalt niveau. Dette kan give hende mulighed for, på et senere tidspunkt i processen, at turde tro på, at vi sammen med hende er i stand til at rumme det indre kaos, som hun kæmper så voldsomt med. Hun vil med andre ord kunne få mulighed for langt om længe at integrere disse voldsomme (farlige) følelser og energier.

Vi skal derfor ikke forhindre hende i at skære sig, fordi vi ikke kan lide, at hun gør det, fordi vi bliver bange for det, hun gør, eller fordi det vækker følelser i os, som vi har det svært med. Det er ikke os som behandlere, det handler om. Det drejer sig om mennesker i stor indre nød, som må anvende voldsomme midler for ikke at gå i stykker.

Det handler ikke om, om hun begår selvmord eller ej. Hun leger ikke med døden, hun ønsker at leve! At vi er bange for, at hun begår selvmord, er vores egen sag. Vores angst bør ikke komme i vejen for hendes behandling. Hvis vi ikke kan rumme vores angst for, at hun begår selvmord, hvordan skal hun så kunne forvente, at vi sammen med hende kan rumme det, der virkelig er smertefuldt. Og oplever hun, at vi ikke kan rumme det, som hun virkelig har brug for bliver rummet, ja, så er hun måske fortabt. Medmindre vi eller hun kan finde andre, som er i stand til at hjælpe hende. Men ellers er der måske i sidste ende ikke andre muligheder for hende end at tage sit eget liv?

I den akutte modtagelse

Hvad med de sygeplejersker, som ikke arbejder i et psykoterapeutisk miljø, og som alligevel møder disse unge mennesker – i de akutte modtagelser eller hos de praktiserende læger. Kan de hjælpe?

Det føles ofte voldsomt og uoverskueligt at stå som sygeplejerske og tage imod disse mennesker. Vi kan som tidligere nævnt blive fyldt med vrede og foragt i sådanne situationer, vi føler os magtesløse. Dybest set er vi også magtesløse, for der findes ikke noget "quick-fix," som kan ændre den situation, den unge kvinde befinder sig i. Men hvis hun for én gangs skyld bliver mødt af et menneske, som accepterer hendes indre kaos, i stedet for at hun bliver vendt ryggen, vil den selvskadende med tiden få mod til at bede om hjælp. Vi må til gengæld acceptere, at vi ikke kan hjælpe hende, før hun selv er parat, før hun tør tro på, at der er nogle, som kan hjælpe hende med at forholde sig til det svære, hun rummer i sit indre.

For personalet i den akutte modtagelse handler det derfor om, hvordan vi møder disse mennesker (jf. Kierkegaard), dvs. den holdning vi bærer med os, og som vi læner os op ad i mødet med den selvskadende kvinde eller mand. Så også sygeplejerskerne uden for de psykoterapeutiske miljøer kan hjælpe i mødet med den selvskadende kvinde eller mand. Egentlig skal der ikke så meget til, før det gavner. Det handler om rummelighed, mere viden og færre fordomme.

I det terapeutiske forløb handler det, som det forhåbentlig fremgår af artiklen, mere om relationen mellem den selvskaden-

de kvinde eller mand og terapeuten end om terapeutens teoretiske udgangspunkt. Hvem kan vurdere, om relationen er holdbar? Det kan kun kvinden (eller manden) selv!

Henrik Balch er speciallæge og arbejder fuldtids som privatpraktiserende jungiansk analytisk psykoterapeut.

Litteratur

1. Kierkegaard S: Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed. SV3 18: 96-97.
2. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R: Deliberate self-harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ* 325: 1207-1211, 2002.
3. van der Kolk et al. (Ed.): Traumatic stress: the effect of overwhelming experience on mind, body, and society. The Guilford Press, 1996.
4. Swanston HY et al.: Sexually Abused Children 5 Years After Presentation: A Case-Control Study. *Pediatrics. Am Acad Ped.* 100:4: 600-608, 1997.
5. Mina EES, Gallop RM: Childhood Sexual and Physical Abuse and Adult Self-Harm and Suicidal Behaviour: A Literature Review. *Can J Psychiatry*, Vol 43, Oct 1998.
6. Sansone RA, Levitt JL: Self-Harm Behaviours Among Those with Eating Disorders: An Overview. *Eating Disorder.* 10;3: 205-213. 2002.
7. Wonderlich S et al.: Self-Harm and Bulimia Nervosa: A Complex Connection. *Eating Disorder.* 10; 3:257-267. 2002.
8. Babiker G, Arnold L: The Language of Injury. Blackwell, 1997.
9. van der Kolk et al. (Ed.): Traumatic stress: the effect of overwhelming experience on mind, body, and society. The Guilford Press, 1996.
10. Kalsched D: The Inner World of Trauma. Routledge 1996.

Yderligere referencer kan fås ved henvendelse til forfatteren, henrik@balch.dk eller www.balch.dk

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Balch H. Self-destruction is self-preservation. *Sygeplejersken* 2006;(20):44-7.

Self-destructive behaviour is in reality a form of self-preservation, a way of surviving. In other words, what we have here is not (failed) attempts to commit suicide. Self-destructive behaviour is most often regarded as being coupled with sexual abuse or incest in early childhood. New empirical research, especially into PTSD, shows that abuse is experienced by small children as physically unmanageable, resulting in intense dissociation of the events and their emotional consequences. When they become sexually aroused for the first time in puberty, these young people feel they are on the verge of a (psychotic) breakdown, which they can only keep at bay by cutting themselves. It is very important for therapists who encounter this self-destructive tendency in young people to realise the magnitude of the inner chaos they must relate to, and for them to receive them in this understanding – we have to receive them where they are right now.

Keywords: Self-destructive behaviour, incest, archetypes.

Artiklens fire forfattere: Fra venstre: Leder af sygeplejeforskningen, Susan Rydahl Hansen og klinisk oversygeplejerske Susanne Zielke. I midten sygeplejedirektør Janne Elsborg. Yderst til højre ledende oversygeplejerske Mette Lund-Jacobsen sammen med sygeplejerske Vanessa Veldman.



Bispebjerg Hospital Strategi for

► Artiklen henvender sig til chef- og forskningssygeplejersker. Artiklen beskriver resultaterne af den proces, Bispebjerg Hospital har gennemgået i forhold til udvikling af en lokal strategi for klinisk sygeplejeforskning 2004-2008.

Den nationale strategi for sygeplejeforskning 2005-2010 har til formål at fremme bevågenheden på dansk sygeplejeforskning og forskningens vilkår og genstandsområder (1). Med henvisning til MESUF-rapporten fra 2001 (se boks 1 side 51) og arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel pointeres det i strategien, at: "Forskning i sygepleje og anvendelse af forskningsresultater er fundamentet for sygeplejens faglige udvikling. Sygeplejeforskning skal være anvendelsesorienteret for at kunne udvikle en position i den eksisterende kvalitetsstrategi såvel som i den kommende Danske Kvalitets Model for sundhedsvæsenet. Anvendelsesorienteret forskning tager ud-

gangspunkt i sundhedsvæsenets behov for sygeplejefaglige ydelser" (1).

Sygeplejeforskning er således ikke længere en elitær beskæftigelse, men en tvingende nødvendighed, hvis vi vil medvirke til kvalitetsudvikling af den kliniske sygepleje.

Udgangspunkt i krav til forskningsbaseret praksis

I arbejdet med udviklingen af en strategi for klinisk sygeplejeforskning har vi på Bispebjerg Hospital (BBH) taget udgangspunkt i, hvilke krav til forskningsbaseret praksis der afspejles i bekendtgørelserne om uddannelserne til professionsbachelorer, kandidat og ph.d. i sygepleje (2,3,4), samt i, hvad der kendetegner forskningen og adskiller den fra udviklingsarbejde (5).

Forskning og udvikling er ifølge OECD et skabende arbejde baseret på et systematisk grundlag, der har til formål "at øge den videnskabelige og tekniske viden samt bruge denne viden til praktiske anvendelser." Det pointeres endvidere, "at et vi-

Prioritering. Forskning i sygepleje og anvendelse af forskningsresultater er fundamentet for sygeplejens faglige udvikling og kvalitet. Men behovet for viden er næsten uendeligt. Det er derfor nødvendigt at prioritere, hvilke satsningsområder der skal fokuseres på lokalt, regionalt og nationalt.

klinisk sygeplejeforskning

denskabeligt arbejde kan betragtes som forskning, hvis det primære formål er at skabe ny viden, at udvikle nye produkter eller processer eller at forbedre et produkt eller en proces” (5).

Der gøres dermed opmærksom på forskellen mellem et forsknings- og et udviklingsarbejde (se boks 2 side 51).

Strategien er endvidere udarbejdet på baggrund af Hovedstadens Sygehusfællesskabs (HS) forskningspolitik og mål år 2000 (8,9), strategipapir fra Sygeplejedirektørerne i HS (10), Den Europæiske Sundhedskomites rapport og rekommandationer for Sygeplejeforskning (5), den Nationale delstrategi for Sygeplejeforskning år 1999-2002 (6) og Forskningsministeriets delstrategi for Sundhedsforskning (11).

De ressourcer, der er til rådighed for sygeplejeforskningen, er endnu yderst begrænsede. Ideer og visioner må derfor udmøntes gennem en strategisk og velovervejede prioritering, organisering og strukturering set i et større og mere overordnet lokalt, regionalt og om muligt nationalt perspektiv. I den nationale delstra-

tegi for sygeplejeforskning 1999-2002 (6) og i Europarådets rekommandationer (12) anbefales det, at man nationalt, regionalt og lokalt lader mål og strategier bygge på fem punkter, beskrevet i boks 3 (se side 51).

Struktur og organisering

Struktur og organisering afspejles af de lokale institutionelle betingelser, men ideelt set også af sygeplejeforskningens udviklings- og vækstmuligheder, er relateret til en regional og national prioritering, organisering og samarbejde om forskning og kvalitetsudvikling.

Den nationale strategi for sygeplejeforskning 2005-2010 (1) anbefaler, at sygeplejeforskningen i særlig grad tager afsæt i regeringens folkesundhedsprogram fra 2002 ”Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010” (13). Programmet fokuserer på:

- Sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse relateret til de store folkesygdomme. ►

►► **FIGUR 1. SATSNINGSOMRÅDER FOR KLINISK SYGEPLEJEFORSKNING.** Model til prioritering og planlægning af den nationale, regionale og lokale sygeplejeforskning og det institutionelle samarbejde.

Målgruppe	→	Udsatte, akut/langvarigt/kronisk og uhelbredeligt syge, gravide, børn, unge, voksne, ældre og døende.
Indsatsområder i forhold til	→	Sygdomskategorier/lidelser: Aldersdiabetes, kræft, hjerte-kar-sygdomme, knogleskørhed, muskel- og skeletlidelser, overfølsomhedssygdomme, psykiske lidelser og kronisk obstruktiv lungesygdom
Proces/niveau: Sundhedsfremme Sygdomsforebyggelse Sygdom og lidelse Rehabilitering Lindring	↓	
Gennemgående temaer, der kan gå på tværs af specialer og aldersgrupper:		
<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitering • Patientforløb – herunder overgange mellem sektorer • Patientrådgivning/vejledning/undervisning • Mestring – håndtering • Samspil patient – pårørende – professionelle • Pårørende (som en ressource) • Patientperspektivet i sygeplejen 		

- • Nyorientering af sundhedsarbejdet.
- Mere helhedsorienteret forebyggelsesindsats.
- Bedre sammenhæng mellem forebyggelse, den enkeltes indsats og patientrådgivning.
- Støtte, rehabilitering.
- Fokus på en fælles indsats relateret til samspillet mellem patient, professionelle og familien.

Disse emneområder er selvfølgelig relevante, men set ud fra den levede virkelighed i sundhedssektoren vil et så snævert fokus på sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse kunne indebære, at udviklingen af viden om de akutte, kroniske og uhelbredeligt syge og døende nedprioriteres. Vi finder det derfor relevant, at den nationale, regionale og lokale forskning prioriteres i forhold til de indsatsområder, som er skitseret i figur 1 herover.

Modellen danner derfor grundlag for vort videre arbejde med at identificere, beskrive og prioritere vore lokale satsningsområder. Vi har erkendt, at en sådan prioritering og dermed motivationen for forskning er nært knyttet til de aktuelle og potentielle kvalitetsudviklingsprojekter, der arbejdes med på hospitalet. Prioriteringen af indsatsområder vil derfor tage udgangspunkt i de ubesvarede spørgsmål, som den systematiske litteratursøgning i kvalitetsudviklingen har efterladt.

At favne forskningen for samtlige målgrupper og indsatsområder er en omfattende opgave, som den enkelte forsker eller det enkelte sygehus ikke kan varetage alene. Det fordrer en fælles prioritering og satsning regionalt og om muligt nationalt i et netværkssamarbejde mellem hospitalsledelserne, sygeplejeforskerne og forskningsenhederne på sygehusenes kliniske specialeenheder i et samarbejde med den primære sundhedstjeneste, de universi-

tære institutioner og forskningskyndige på CVU'erne. Et samarbejde baseret på udarbejdelse af forskningsprogrammer, der kan danne rammen for forskningen og ansøgninger om midler til den. Det fordrer tillige, at den fremtidige forskning ideelt set relateres, prioriteres og organiseres i forhold til satsningsområder, udarbejdede programmer og etablerede netværk. Samtidig indebærer det et brud med en mere individuel forskning, styret alene af den enkelte forskers eller forskerstuderendes interesser.

Meningen er selvfølgelig ikke at dømme den fri forskning ude, men at lade forskningen styre af klinikkens behov og forskernes ressourcer. Vi ønsker tillige at prioritere og samle ressourcerne om en systematisk forskning, hvor de enkelte projekter bygger videre på og kvalificerer forrige og fremtidige projekter inden for samme felt, således at ressourcerne prioriteres til en konsistent forskning. Samtidig optimeres mulighederne for at skabe stærke netværk, der kan bygge på den akkumulerede viden og erfaring, ligesom mulighederne for at opnå større bredde og kontinuitet i forskningen optimeres. Det er derfor ønskeligt, at sygeplejerektorer, forskningsledere, universitære samarbejdspartnere, rektorerne for sygeplejeskolerne og evt. Dansk Sygepleje Selskab (Dasys), regionalt og om muligt nationalt etablerer et forum for struktur, organisering og prioriteringen af sygeplejeforskningen i overensstemmelse med f.eks. ovenstående model i figur 1.

Nødvendigt at samle ressourcerne

Mange afdelinger udarbejder – eller tilstræber at udarbejde – forskningsbaserede kliniske vejledninger. Men er tiden ikke inde til, at vi også hvad det angår, såvel regionalt som nationalt, samler ressourcerne om dette arbejde?

Det vil fordrer, at specialerne på nationalt plan, eksempelvis

►► **BOKS 1. MESUF-RAPPORTEN** (Medicinsk sundhedsfornings fremtid) fra marts 2001 er en opfølgning på anbefalinger til fremme af vilkårene for medicinsk sundhedsforskning. Rapporten kan hentes på Indenrigs- og Sundhedsministeriets hjemmeside, www.im.dk

►► **BOKS 3. ANBEFALINGER FRA EUROPARÅDET** om udarbejdelse af mål og strategier for sygeplejeforskning. Nationalt, regionalt og lokalt (12):

1. Struktur og organisering af sygeplejeforskningen.
2. Integration af sygeplejeforskning og praksis.
3. Udvikling af kompetencer inden for sygeplejeforskningen.
4. Finansiering af sygeplejeforskningen.
5. Nationalt og internationalt samarbejde.

►► **BOKS 2. FORSKELLEN PÅ ET FORSKNINGS- OG UDVIKLINGSARBEJDE** som beskrevet af OECD (5):

- Grundforskning er originalt, eksperimenterende eller teoretisk arbejde med henblik på primært at opnå ny viden og uden nogen bestemt anvendelse i sigte.
- Anvendt forskning er ligeledes originale undersøgelser med henblik på at opnå ny viden, men primært rettet mod bestemte praktiske formål.
- Udviklingsarbejde er systematisk arbejde baseret på anvendelsen af viden opnået gennem forskning og/eller praktisk erfaring med det formål at frembringe nyt eller forbedret materiale, produkter, processer, systemer eller tjenesteydelser.

gennem de faglige selskaber, samarbejder om prioritering, organisering, finansiering og ansættelse af kvalificerede personer, som i samarbejde med aftagerne af vejledningerne kan løfte opgaven.

I den forbindelse kan det være ideelt at samle forskning og udvikling i specifikke videns- og forskningscentre, hvor forskere og de ansvarlige for klinisk kvalitet og udvikling indgår i et tæt samarbejde om prioriterede satsningsområder for udvikling og forskning. Sådanne centre må ideelt set have et tæt samarbejde med – og om muligt tilknytning til – universiteter og CVU'er, således at de også kan bidrage med specifik viden til undervisning og uddannelse af såvel studerende som sygeplejersker på alle kompetenceniveauer.

Forskningslederen en vigtig katalysator

Vor lokale strategi for sygeplejeforskning blev udarbejdet i 2004 med udgangspunkt i ansættelsen af en forskningsleder. Stillingen blev dog først besat pr. 1. januar 2006, hvorfor det først nu er blevet muligt at arbejde systematisk mod en realisering af strategien. Det har derfor været nødvendigt at prioritere strategien og samtidig tage højde for, at forskningslederen for at opretholde og udvikle egen forskningskompetence har 40 pct. forskningsret og -pligt.

Forskningslederens overordnede opgaver er at:

- Initiere og medvirke i implementering af mål og strategi for sygeplejeforskningen på Bispebjerg Hospital.
- Rekruttere og vejlede forskningsaktive sygeplejersker, herunder ph.d.-vejledning.
- Etablere samarbejde til forskningsmiljøer i HS, nationalt og internationalt.

- Medvirke til ansøgning om eksterne fonds- og forskningsmidler.
- Medvirke til formidling af forskningsresultater.
- Udføre og publicere egen forskning.

Vi ønsker, at forskningen skal tage udgangspunkt i de specifikke og ofte komplekse kliniske problemstillinger, der råder i de forskellige kliniske specialer, men også i den forskningsbaserede viden, der relaterer til de enkelte områder, hvori behovet for ny viden og dermed grundlaget for nye forskningsprojekter udspringer fra. Derfor skal forskningen initieres og gennemføres af sygeplejersker, der har specifik indsigt i de enkelte specialer. Forskningslederen bliver derfor samarbejdspartner og vejleder i de enkelte forskningsprojekter, men ikke en person, der selvstændigt initierer og driver projekterne i de vidt forskellige videns- og specialeområder.

Man kan således betragte forskningslederen som en katalysator, der igangsætter og understøtter flere processer samtidig i stedet for at blive opslugt i udførelsen af specifikke og tidskrævende delprocesser. Det indebærer selvfølgelig, at forskningen ikke realiseres, hvis ikke projekterne tilføres interne eller eksterne ressourcer.

Arbejdet med at realisere strategien er derudover forankret i et tæt samarbejde med de ledende og kliniske oversygeplejersker på Bispebjerg Hospital samt i et strategiudvalg bestående af hospitalets sygeplejedirektør, formanden for oversygeplejerskerådet, forskningslederen og fire forskningskyndige repræsentanter fra kirurgisk, me- ►



►► BOKS 4. ANBEFALINGER for organisering og prioritering af sygeplejeforskningen på Bispebjerg Hospital

- At der foretages en kritisk overvejelse og prioritering af, hvorvidt motiverede og kvalificerede sygeplejersker fremover skal gennemgå en klinisk orienteret master-, kandidat- eller ph.d.-uddannelse som alternativ til andre videregående uddannelser, hvor det kliniske fokus er sekundært.
- At der udarbejdes en kontrakt om den studerendes/kursistens vilkår og opgaver under uddannelsen, relateret til afdelingens og Bispebjerg Hospitals satsningsområder.
- At ressourcerne samles om projekter, der er prioriteret i forhold til udvalgte satsningsområder, og som ledes af forskningskyndige sygeplejersker evt. i samarbejde med andre faggrupper og/eller forskningsenheder/centre.
- At sygeplejersker og sygeplejefaglige ledere ved behov drøfter potentielle forskningsprojekter og mulighederne for vejledning etc. til udarbejdelse af projektbeskrivelse og gennemførelsen af projektet med et af Strategiudvalgets forskningskyndige medlemmer (primært forskningslederen).
- At færdige projektbeskrivelser indsendes til "Strategiudvalget," inden det iværksættes. Der skal indsendes projektbeskrivelse inkl. søgehisto-

rie og godkendelse fra de videnskabetiske komiteer og Datatilsynet samt et budget. Hensigten er at understøtte den enkeltes muligheder for at opnå økonomisk støtte og kvalificeret vejledning samt at optimere vilkårene for at publicere resultaterne. Hensigten er desuden at drøfte projektets relevans og muligheder ind i BBHs øvrige sygeplejefaglige forskningstiltag, samt at udvalget medvirker til at etablere og understøtte lokale, regionale og (inter)nationale forskernetværk.

- At kandidat- og masterstuderende udarbejder opgaver og specialer, der kan relateres til hospitalets og afdelingernes satsningsområder for klinisk sygeplejeforskning og evt. tværfaglig forskning. Herunder at de studerende om muligt tilknyttes igangværende eller potentielle forskningsprojekter.
- At forskningsinteresserede – men endnu ikke forskningskyndige – sygeplejersker primært tilknyttes etablerede projekter – eller udfører delprojekter, hvor de kan samarbejde med mere forskningskyndige partnere sideløbende med, at de udvikler teoretiske og videnskabelige kompetencer.
- At sygeplejerskernes karriereplanlægning relateres til meritgivende uddannelser, kurser eller videregående uddannelse.
- At der etableres tværfaglig mulighed for at benytte lokal statistisk konsulentbistand.

- dicinsk og psykiatrisk område samt uddannelsesafdelingen. To af de fem forskningskyndige medlemmer har samtidig plads i hospitalets tværfaglige forskningsudvalg.

Afdækning af motivation, ressourcer og behov

Som et led i realiseringen af strategien har vi indledningsvis udarbejdet en prioriteret handlingsplan. Prioriteringen er baseret på en afdækning og analyse af de enkelte afdelingers motivation, forskningsmæssige og økonomiske ressourcer og behov for initiering, gennemførelse og implementering af klinisk sygeplejeforskning. Forskningslederen har indledningsvis afholdt et 2-3 timers møde med hver afdeling eller center. På disse møder afdækkes afdelingernes:

- Motivation, ideer og ønsker for forskningen.
- Behov for støtte til initiering og gennemførelse af forskning, f.eks. udarbejdelse af projektbeskrivelse, vejlederkonstellation, fondsansøgninger, ansøgning til videnskabetiske komiteer og datatilsynet, analyse af data etc.
- Organisering og ledelse af forskningen eller et givent projekt; overvejelser eller faktuel.
- Implementering eller implementering af klinisk sygeplejeforskning.
- Integration af sygeplejeforskning i kvalitetsudvikling og praksis.
- Behov for udvikling af forskningskompetencer i afdelingen.
- Ressourcer; forskningsmæssige kompetencer, økonomi, tid etc.
- Behov for vejledning, samarbejde og erfaringsudveksling lokalt, regionalt, nationalt eller internationalt.
- Aftaler for det fremtidige og videre samarbejde.

- Forskningskyndige eller interesserede sygeplejerskers behov for deltagelse i, eller etablering af netværk, studiegrupper etc.
- Forskningskyndige eller interesserede sygeplejerskers behov for undervisning, uddannelse etc.

Hver afdeling har udarbejdet en sammenfatning af deres specifikke behov og prioriteringer. Forskningslederen har analyseret og sammenskrevet resultaterne af afdækningen, hvorefter der er udarbejdet en oversigt over fælles og specifikke behov for vejledning, kompetenceudvikling etc.

Strategiudvalget for sygeplejeforskning har herefter udarbejdet en række anbefalinger, som beskrevet i boks 4 herover, der siden er prioriteret i gruppen af ledende og kliniske oversygeplejersker.

Status og perspektiver

Den fælles arbejdsproces med udarbejdelsen af strategi, mål, satsningsområder og anbefalinger har øget vores bevidsthed om forskningens betydning for kvalitetsudvikling af klinisk praksis. Vi har skabt en fælles forståelsesramme og fundament for prioritering af satsningsområder og ressourcer, for strukturering, organisering og gennemførelse af forskningen, samt for udviklingen af forskningskompetencer i relation til den prioriterede forskning.

Da vi udarbejdede strategien i 2004, fandt vi det noget ambitiøst at tænke os ind i nationale og internationale samarbejdsrelationer, før vi havde fundet frem til, hvad der var op og ned i de lokale og regionale forskningsmiljøer. På basis af den efterfølgende systematiske afdækning og prioritering af vor motivation, ressourcer og indsigt vil vi nu være parate til at prioritere, hvilke regionale, nationale og eventuelt internationale samarbejdsrela-

“Sygeplejeforskning er ikke længere en elitær beskæftigelse, men en tvingende nødvendighed, hvis vi vil medvirke til kvalitetsudvikling af den kliniske sygepleje.”



tioner vi kan indgå i fremover. Det ser vi frem til og håber samtidig, at vi kan yde en kvalificeret indsats, der kan bidrage til at realisere såvel hospitalets lokale som den nationale strategi for sygeplejeforskning, således at kvaliteten af såvel klinisk praksis som uddannelse optimeres.

Susan Rydahl Hansen er leder af sygeplejeforskningen.

Janne Elsborg er sygeplejedirektør.

Mette Lund-Jacobsen er ledende oversygeplejerske.

Susanne Zielke er klinisk oversygeplejerske.

Alle fire er ansat på Bispebjerg Hospital.

Mål og strategier for sygeplejeforskningen BBH 2004-2008 kan læses i sin helhed på www.bbh.dk/forskning

Litteratur

1. Dansk Sygeplejeråd. National strategi for sygeplejeforskning 2005-2010.
2. Bekendtgørelsen om sygeplejerskeuddannelsen nr. 232 af 30/03/2001.
3. Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 786 af 29. august 1994. Bekendtgørelse om kandidatuddannelsen i sygepleje.
4. Undervisnings- og Forskningsministeriets bekendtgørelse nr. 989 af 11. december 1992 om ph.d.-graden.
5. OECD. The measurement of scientific and technical activities: proposed standard practice for surveys of research and experimental development: "Frascati manual 1980." 4th ed. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 1981.
6. Dansk Sygeplejeråd. National delstrategi for sygeplejeforskningen år 1999-2002.
7. Mål og strategi for sygeplejeforskningen på Bispebj. Hosp. 2004-2008.
8. HS Forskningspolitik. Bispebjerg Hospitals intranetside.
9. Mål for HS i 2000. Hovedstadens Sygehusfællesskab.
10. Uddrag af strategipapir fra sygeplejedirektørerne i HS – afsnit om "forskning i sygepleje" (udkast). 2003.
11. Forskningsministeriet. Delstrategi: Sundhedsforskning. 1997.
12. Den europæiske sundhedskomite (CDSP). Sygeplejeforskning: Rapport og rekommandationer. Strasbourg: Europarådet; 1996.
13. Regeringen. Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. 2002.

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Hansen SR. Elsborg J. Lund-Jacobsen M. Zielke S. A strategy for clinical nursing research. *Sygeplejersken* 2006;(20):48-53.

Nursing research and the application of the results of this research are fundamental to the professional development and quality of nursing. Our need for knowledge is good as infinite, for which reason it is necessary to prioritise which areas of nursing we must stake on at the local, regional and at the national level. The article is based on the experiences acquired during the working process involved in the description and realisation of a local strategy for nursing research at Bispebjerg Hospital in Copenhagen. On the basis of an analysis of the various departments' desires for nursing research and the development of research competences, a presentation is made of stake areas and recommendations related to structure and organisation, integration of nursing research and practice, and the development of research competences.

Keywords: Research competences, stake areas, research strategy, nursing research.

Ulighed. Der er en nøje sammenhæng mellem længden af din uddannelse, og hvor længe du lever. Som sygeplejersker har vi pligt til at forholde os til dette følsomme område og medvirke til, at udviklingen ikke fortsætter.

Den uretfærdige

Hvor meget vi end forsøger at bilde os selv ind, at klassesamfundet i Danmark er afgået ved døden, så er det et faktum, at det generelle fald i danskernes dødelighed er socialt ulige fordelt. Det er ganske enkelt ikke retfærdigt, at der i det, vi kalder velfærdssamfundet, stadig er så stor forskel på rig og fattig. Vi sygeplejersker, der til daglig har sundhed og sygdom som vores arbejdsområde, har pligt til at forholde os til dette følsomme område samt medvirke til at stoppe udviklingen.

Lavtuddannede lever kortere

Den nyeste undersøgelse fra Statens Institut for Folkesundhed (1) viser, at det generelle fald i danskernes dødelighed er socialt ulige fordelt. Faldet har været signifikant mindre blandt de lavtuddannede, der har en levetid, som er syv år kortere end de højtuddannedes. Dødeligheden af sygdomme som hjerte-kar-sygdomme og lungekræft er desuden generelt højere blandt arbejdere end blandt funktionærer.

Når disse helt aktuelle tal om dødelighed i de forskellige erhvervsgrupper ses sammen med statistikker over forskelle i livsstil for de forskellige grupper, så er sammenhængen ikke svær at få øje på. Ser vi på rygning som eksempel, viser tal fra Sundhedsstyrelsen, at hvor der er sket et markant fald i antallet af rygere i de højtuddannede grupper i samfundet, så er denne tendens langt mindre udbredt blandt personer med kort eller ingen uddannelse.

Ud fra min erfaring kommer dette ikke som nogen overraskelse for sygeplejersker rundt omkring. Vi kan ofte se en sammenhæng mellem patienternes sociale status og deres evne til at omlægge deres livsstil til det sundere, hvad enten det drejer sig om at spise rigtigt, motionere tilstrækkeligt, begrænse alkoholforbruget eller holde op med at ryge. Det kan føles, som om at de, der har aller mest brug for vores hjælp, er dem, der er sværest at hjælpe. Jeg har oplevet, at dette kan medføre store frustrationer i den daglige sygepleje, og at det kan være svært ikke at lade denne frustration komme til udtryk i stigmatisering af og irritation over denne vanskelige gruppe. Tanker som "så er han godt nok også selv ude om det" og "hvis han ikke vil høre, så må han føle" opstår helt naturligt og forstærker barrieren mellem de socialt dårligt stillede og det system, der har til opgave at hjælpe dem. Det er vigtigt, at vi som sygeplejersker erkender disse mekanismer, så vi er i stand til at handle med den næstekærlighed og respekt for den enkelte, der ligger i vores værdigrundlag og menneske-

syn. Det er vigtigt, at vi erkender, at vi som sygeplejersker i vores forebyggende arbejde har en særlig mulighed og dermed også et fagligt ansvar for at hjælpe denne store gruppe af mennesker til et sundere og dermed længere liv.

For at tage hånd om dette voksende sundhedsmæssige og sociale problem i vores samfund er det nødvendigt med en ny tilgang til forebyggelsen. Vi må i højere grad skræddersy vores indsats til de grupper, hvis sundhed det endnu ikke er lykkedes at fremme. I denne artikel vil jeg argumentere for, hvordan et øget fokus på de nære sociale forhold vil kunne være en del af løsningen.

Den nødvendige adfærdsændring

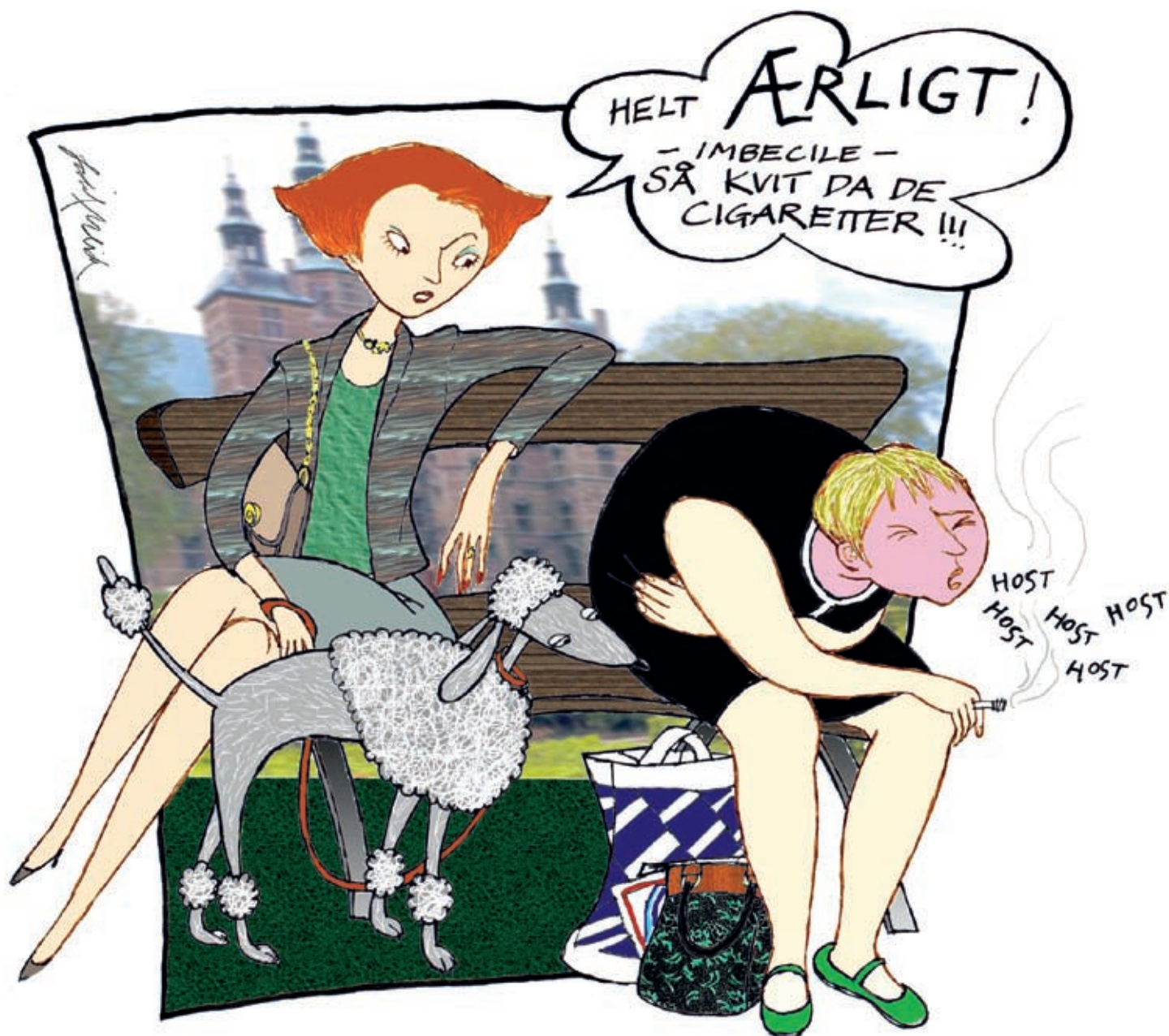
For at kunne forstå denne udvikling, hvor der på trods af øget fokus på forebyggelse og sundhedsfremme fortsat er stor ulighed i sundhed i Danmark, er det nødvendigt at se på måden, vi indtil nu har tilrettelagt forebyggelsen på. Forebyggelsespolitikken i Danmark har nemlig længe været baseret på et frivillighedsprincip, hvor man har lagt vægt på at give befolkningen adgang til alle fakta om en given, sundhedsskadelig adfærd og så ladet det være op til folk selv at ændre deres livsstil til det sundere (2).

Som flere undersøgelser (3,4) dog peger på, så medfører en øget viden ikke nødvendigvis en adfærdsændring. Faktorer som motivation og psykiske og sociale ressourcer har en afgørende betydning for, om adfærdsændringen gennemføres eller ej. Når disse faktorer tages med i betragtning, så ligger det lige for at konkludere, at de højtuddannede har selvindsigten og overskuddet til at følge Sundhedsstyrelsens anbefalinger til et sundere liv, hvorimod de dårligere socialt stillede netop mangler dette overskud, og derfor er dem, vi ser i statistikkerne over uhensigtsmæssig livsstil. Derudover viser undersøgelser, at de højtuddannede i langt højere grad benytter sig af forebyggende tilbud såsom kolesterol- og blodtryksmålinger osv. (1).

Hvis vi igen bruger rygning som eksempel, så viser statistikkene, at hvor de højtuddannede i stigende omfang holder op med at ryge, så fortsætter de ufaglærte og kortuddannede – om end der ses en let faldende tendens (5).

Sidste år blev der foretaget en undersøgelse af, hvordan sygeplejersker og rygestopinstruktører oplever vanskelighederne med at hjælpe socialt dårligt stillede til rygeophør (6). Denne undersøgelse havde til formål at medvirke til at reducere den sociale ulighed i sundhed ved at styrke rygestopinstruktørernes ►

usundhed



- evne til at rådgive mennesker, hvis socioøkonomiske status er lav. Undersøgelsen søgte at kortlægge rygestopinstruktørers oplevelser af de problemer, der kan være i forhold til at motivere socioøkonomisk dårligt stillede til rygeophør for dermed at kunne udvikle et efteruddannelsestilbud til rygestopinstruktører, som skulle have social ulighed i sundhed som omdrejningspunkt.

Sociale barrierer for rygestop

De interviewede i undersøgelsen peger på flere forskellige aspekter, som vanskeliggør rygestopinterventionen hos de dårligt stillede. Jeg vil her fremhæve de barrierer, der fremstilles i undersøgelsen, som har med de dårligt stillede sociale kontekst at gøre, da det må siges at være her, den afgørende forskel på de højt- og lavtuddannede ligger.

Rygestopinstruktørerne oplever f.eks., at de har svært ved at holde fokus på rygning i samtalen, og at der er andre ting, som i højere grad optager de dårligt stillede. Derfor opleves det som en svær balancegang at lade personens hverdag være til stede i samtalen og samtidig holde fokus på rygestop. Herudover oplever rygestopinstruktørerne, at der er forskel på, hvilken rolle rygningen spiller i deres klienters liv. Hos de dårligt stillede har rygning en klar rolle som en belønning, en pause og en følelse af velvære f.eks. oven på en hård arbejdsdag. Endelig har netværket en stor

betydning for, hvor langt det lykkes rygestopinstruktøren at nå med sine budskaber om rygestop. Ifølge undersøgelsen oplever flere klienter, at de mangler opbakning fra deres omgivelser mht. rygestop. Det kan både dreje sig om familie, venner og arbejdskolleger, som i stedet for at udgøre en ressource og en støtte i rygestopprocessen tværtimod virker som en barriere. Det fremgår af undersøgelsen, at flere klienter har givet udtryk for, at de frygter at blive udelukket fra fællesskabet, hvis de holder op med at ryge.

Skræddersyede forebyggelsestilbud

Disse sociale aspekter kan være svære at tage højde for og inddrage i den daglige forebyggelse, og der er ingen tvivl om, at det udgør en stor faglig udfordring. To amerikanske forskere har forsøgt at inddrage den sociale kontekst i den model, som rygestopinterventioner normalt tænkes i (7). De argumenterer – delvis på baggrund af en empirisk undersøgelse – for, at særligt hos socialt dårligt stillede er det strengt nødvendigt at forholde sig meget nuanceret til individernes sociale kontekst, hvis der skal opnås succes med rygestopinterventionen. De argumenterer for, at hvor man tidligere har haft en tendens til at intervenere enten på det helt overordnede plan (kampagner etc.) eller på det helt individuelle plan (forebyggelsessamtalen), så har der manglet en inddragelse af de sociale forhold i rygestopinterventionerne. De



Kulturnatten fredag den 13. oktober 2006

Kvæsthuset, Dansk Sygeplejeråd & Jordemoderforeningen

Dansk Sygeplejeråd og Jordemoderforeningen slår dørene op i Kvæsthuset, Sankt Annæ Plads 30 kl. 18.00 - 23.00

Sygeplejerske – og jordemoderuddannelsen

Hør om uddannelserne og mulighederne for videreuddannelse og karriereplanlægning.

Kl. 18.00 - 21.00

Mest for børn

Er din bamse eller dukke blevet syg? Tag den med og lad en sygeplejerske hjælpe den.

Film: "Når børn kommer på hospitalet" om Camilla og Klovnepar

Tegnekonkurrence med flotte præmier!

Kl. 18.30

Film om jordemoderliv og fødekultur i 50'erne og 60'erne

Foredrag og debat om "Den moderne fødsel - tendenser og nye problemstillinger"

Kl. 20.00

Sundhedsplejerske Sigrild Riise fortæller om hverdagen med småbørn

Kl. 19.00 & 21.00

Kvæsthusets historie

Historien om det over 300 år gamle hospital ved havnen.

Kl. 19.45 & 21.45

Rundvisning

I skolernes efterårsferie – uge 42 – er sygeplejersker sammen med deres familie velkomne til at komme forbi Kvæsthuset. Så byder DSR på en kop kaffe, frisk frugt og sodavand til børnene.

Dansk Sygeplejeråd - Sankt Annæ Plads 30 - Postboks 1084

1008 København K - Tlf. 33 15 15 55 - Email dsr@dsr.dk - www.dsr.dk



opstiller derfor en ny model for rygestopinterventioner, hvor den sociale kontekst, individet lever i, har en fremtrædende plads. Denne model inddrager sociale aspekter på forskellige plan, både individuelt, interpersonelt, organisationsmæssigt, lokalt og politisk, og understreger herved den kompleksitet, der ligger i individets sociale kontekst.

Konkret er der en lang række faktorer, som må medtænkes, når man søger at forstå netop det menneske, som sidder over for en, i forsøget på at hjælpe personen til rygeophør. Det drejer sig f.eks. om materielle forhold, rygningens funktion i dagligdagen, støtte fra omgivelserne, fysisk arbejdsmiljø osv.

At inddrage de sociale forhold i den daglige forebyggelse er bestemt ikke en nem opgave, men man kan ved at anvende elementerne i modellen stille sig selv og patienten eller klienten nogle opklarende spørgsmål, som kan give et bedre helhedsbillede af den person, man gerne vil hjælpe:

- Er økonomien til, at der kan investeres i f.eks. nikotinsubstitutionspræparater?
- Er arbejdet stressende, og fører stress til mere rygning?
- Hvad er funktionen af rygning i dagligdagen?
- Hvordan er forekomsten af rygere i omgangskredsen/i hjemmet/på arbejdspladsen?
- Er der opbakning omkring rygeophør hos ægtefælle og kolleger?
- Er det på arbejdspladsen tilladt at holde pauser, hvis ikke det er for at ryge?
- Lægger arbejdsmiljøet i det hele taget op til en sund livsstil?
- Hvordan er påvirkningen fra mediernes fremstilling af rygning?

Symptom på sociale problemer

Når dette er sagt om livsstilens betydning for den sociale ulighed i sundhed, er det vigtigt også at huske, at livsstil ikke kan ses uafhængigt af levekår. Som det fremgår af WHO's rapport om social ulighed i sundhed (8), kan rygning ses som et symptom på de sociale problemer, som de svagere grupper har. Det påpeges, at socialt afsavn – hvad enten det måles i dårlige boligforhold, lav indkomst, eneforælderskab, arbejdsløshed eller hjemløshed – er forbundet med høj hyppighed af rygning og meget lav hyppighed af rygestop. Det giver således ikke mening at se ensidigt på forskelle i livsstil som en forklaring på den sociale ulighed i sundhed i Danmark, der må også ses på, hvilke betingelser den enkelte lever under, med de muligheder og begrænsninger dette medfører. Ud over den forebyggende indsats over for livsstilsbetingede sygdomme må der også fra politisk side tages hånd om arbejdsbetingede, økonomiske og boligrelaterede faktorer, der har betydning for folkesundheden hos de lavtuddannede og socialt dårligere stillede.

I min undersøgelse af dette komplekse problemområde er det gået op for mig, at der mangler forskning, som kan afdække de socialt dårligt stillede oplevelser af deres situation. Eksempelvis har man i interviewundersøgelsen af rygestopinstruktørerne spurgt en række professionelle, hvad de mener er de største vanskeligheder og udfordringer for de dårligt stillede rygere. Dette er helt sikkert et skridt på vejen til en mere effektiv forebyggelsesindsats, men det næste skridt må så være at få foretaget nogle undersøgelser, som retter sig direkte mod den gruppe mennesker, det drejer sig om, for at få deres oplevelser af, hvad det er,

der gør det så svært for dem at leve sundt. Ved at rette et øget fokus på modtagerperspektivet i forebyggelsen kan vi forhåbentlig få bremset den øgede polarisering i sundhed. Kort sagt må vi altså spørge dem, vi ønsker at hjælpe, hvordan de ønsker at blive hjulpet.

Mille Anne-Marie Piil er ansat på Neurokirurgisk afdeling på Rigshospitalet.

Artiklen udspringer af et bachelorprojekt fra 2005. Emnet er social ulighed i sundhed. Med udgangspunkt i eksemplet rygning identificerer forfatteren vigtige elementer i en modtagerorienteret forebyggelsesindsats. Den anvendte metode i projektet er litteraturstudier.

Litteratur

1. Brønnum-Hansen H. Sociale forskelle i udviklingen i danskernes dødelighed. Ugeskrift for læger 2006;21:2066-69.
2. Iversen L, Kristensen TS, Holstein BE, et al. Medicinsk sociologi. 1. udgave København: Munksgaard Danmark; 2003.
3. Jacobsen ET. Sundhedsoplysende kampagner. Rapport 96: Dansk Sygehus Institut; 1996.
4. Näslund GK.: Relationships between health behaviour, knowledge and beliefs among Swedish blue-collar workers. Scand J Soc Med 1997; vol. 25 (no. 2):100-10.
5. Sundhedsstyrelsen: Statistik 2003: Alkohol, Narkotika og Tobak (citeret 27. april 2005). Tilgængelig via URL: <http://www.sst.dk/upload/forebyggelse/cff/dokumentation/statistik2003.pdf>
6. Damkjær H, Kjær NT, Dencker A, et al. Efteruddannelse af rygestopinstruktører. Folkesundhed København, Kræftens bekæmpelse og Nordjyllands Amt, København; 2005.
7. Sorensen G, Barbeau E, Hunt MK, et al. Reducing Social Disparities in Tobacco Use: A social-Contextual Model for Reducing Tobacco Use among Blue-Collar Workers. Am J Pub Health 2004; vol. 94 (no 2): 230-39.
8. WHO: De hårde kendsgerninger. København: Sund By Netværket; 2004.

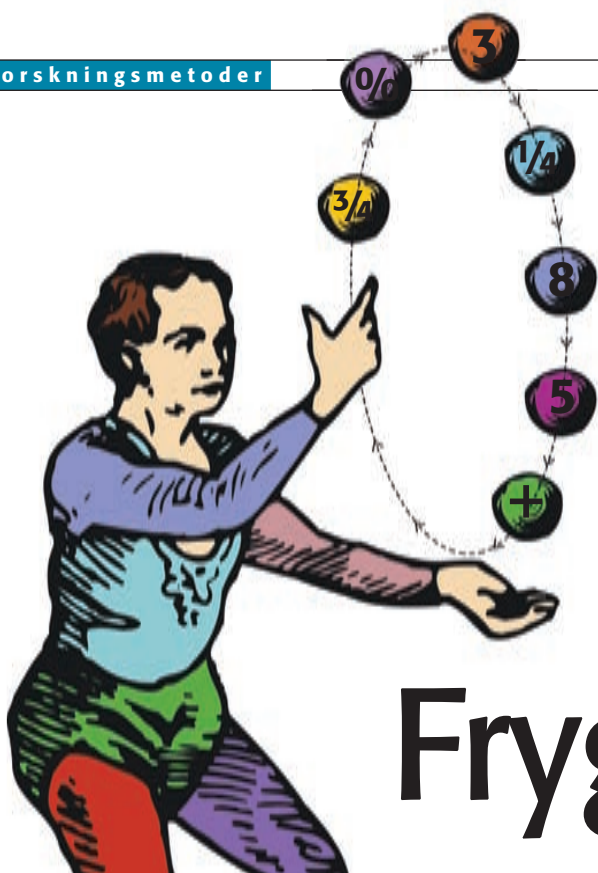
►► **ENGLISH ABSTRACT.** Piil MA-M. Unjustifiable unhealthiness. Sygeplejersken 2006;(20):54-7.

Tremendous health inequality still exists in Denmark. The highly educated live longest and the least-well educated shortest. This is believed to be related to differences in the life styles of the various different groups in society. Curbing this tendency represents a great challenge to the nursing profession. Research suggests that increased focus on recipients and their social context will amplify the effect of e.g. anti-smoking interventions, and nurses should therefore be particularly aware of this in their day-to-day preventive work.

However, lifestyle cannot be seen in isolation from living conditions, for which reason there is a need for preventive measures aimed at weaker social groups at several levels – both politically and locally. There is also a need for further research to be carried out with the focus on recipients in poor social situations if we are to tailor preventive measures to precisely this group.

Keywords: Social inequality, prevention, lifestyle changes, anti-smoking.

ILLUSTRATION: SCANPIX/CORBIS



Frygt ikke teori

►► Artiklen henvender sig til teoriforskrækkede sygeplejersker, og dens hovedbudskab er en opfordring til frygtløshed over for teori og analyse tilsat eksempler på brug af teori.
Artiklen er den tredje i en serie på i alt seks.

Et fag udvikler sig i takt med påvirkninger udefra og reaktioner indefra. Evnen til at overskue og kunne vurdere spørgsmål, svar, forudsætninger og konsekvenser er af stor betydning for den udvikling, der finder sted, dens indhold, retning, hastighed mv.

Formålet med denne artikel er at pege på teori og analyse som vigtige værktøjer i forbindelse med faglig udvikling.

Teori er et vidt begreb

Teori er et vidt begreb, som af mange betragtes som uanvendeligt, meningsløst eller distancerende. Vi tror, at begrebet forskrækker, og vil gerne opfordre til frygtløshed. Teori er ikke nødvendigvis svært. Det er det blik, som vi har på verden; det vil sige den sammenhæng, som vi ser tingene i. Hvis man f.eks. har den teori, at sygdom x er nedarvet eller genetisk betinget, vil man forholde sig anderledes til behandlingen af den, end hvis man har den teori, at sygdommen skyldes miljøfaktorer.

Man skal gøre sin teori tydelig, så man kan sige: "Jeg ved, hvorfor jeg handler, som jeg gør."

Inden for det naturvidenskabelige paradigme stilles seks krav til idealteorien. Den skal være

- eksPLICIT
- universel
- abstrakt
- diskret
- systematisk
- fuldstændig
- kunne anvendes til at gøre forudsigelser.

Når man ser disse krav, er der ikke noget at sige til, at nogle finder, at det med teori er ret indviklet.

Inden for det hermeneutiske paradigme vil *Sokrates'* seks punkter se anderledes ud, når vi er praktisk arbejdende inden for sundhedsvidenskaberne. *Vibeke Ankersborg* (1) har et bud på, hvordan idealteorien kunne se ud med hermeneutiske øjne:

Det empiriske arbejde skal være:

- eksPLICIT, dvs. udlagt klart og detaljeret med fortolkning eller intuition og forforståelse
- historisk, dvs. gældende til bestemt tid og sted
- konkret, dvs. med henvisning til konkrete eksempler
- indiskret, dvs. kontekstafhængigt
- komplekst, dvs. et hele, hvor elementerne hænger sammen uden regler eller love
- forstående, dvs. søgende efter mening i elementerne og deres interaktion med mennesker gennem intellektuel og/eller emotionel forståelse.

Det kan man bruge teori til

Man kan bruge teori til mange ting. Nogle bruger teori som mulige svar på svære spørgsmål: "Hvis vi nu forestiller os, at der er sket a, b og c, så vil teori x betyde ..., mens teori y vil medføre ..."

Andre bruger teorier som begrebsapparater, fordi præcision og entydighed er vigtige dimensioner, når viden skal formidles. Teorier kan også bruges til at disponere et projekt eller som basis for diskussion.

I forbindelse med sygdomsbekæmpelse vil teorien om årsagen til sygdom x hjælpe med at pege på en strategi i forbindelse med sygdomsbekæmpelse. Teorien anvendes tydeligt, når man kan sige: "Jeg ved, hvor jeg vil hen."

Det gode ved teorier er, at de har konsekvenser. Når man tænker forskelligt, handler man også forskelligt, forskelle skaber

forskelle. Det betyder f.eks., at sygeplejersken, socialrådgiveren, pædagogen, læreren, terapeuten osv. handler i forlængelse af en overbevisning eller en teori om, hvordan verden hænger sammen og kan forstås. Når man indsamler data i en forskningsproces, tænker man i forlængelse af sin metodiske teori, det videnskabssteoretiske udgangspunkt og sin faglige teori.

Det følger heraf, at den kvantitativt, naturvidenskabeligt, positivistisk funderede praktiker og den kvalitativt, fortolkende, hermeneutisk funderede praktiker vil handle og handler meget forskelligt.

I forbindelse med sygdom x og bekæmpelsen af den i boligområde y vil en miljøorienteret teori være med til, at man f.eks. kan opstille mål for, hvor meget man vil arbejde på, at tilfælde af sygdom x reduceres inden for de næste fem år. Teorien er således med til, at man kan gøre sine mål tydelige og sige: "Jeg ved, hvilke resultater jeg vil frembringe."

Teori og analyse er vigtigt

Man skal vide og forstå, før man kan anvende sin viden i nye sammenhænge. At analysere handler om at kunne afdække forholdet mellem de enkelte dele i f.eks. et projekt. Den modsatte øvelse: At sammenfatte, dvs. skabe syntese mellem de enkelte dele, er også vigtigt. Og til sidst skal man kunne foretage en selvstændig vurdering og perspektivering af det stof, man arbejder med. I den faglige proces, hvor man bevæger sig fra refleksion til handling, er analyse et vigtigt værktøj.

Ved at arbejde teori-baseret i sundhedsvidenskabeligt arbejde skabes en direkte sammenhæng mellem teori og praksis, hvilket kan give anledning til opgør med eller revision af myter, adfærd, arbejdsgange, tænke måder mv.

I forbindelse med arbejdet omkring reduktion af tilfælde af sygdom x vil teorien om årsagerne til sygdommen koblet med viden om særlige forhold i boligområde y have indflydelse på den praksis, der vil være hensigtsmæssig. Gør konteksten for teorien og praksis tydelig, så det bliver muligt at sige:

"Jeg ved, hvordan resultaterne kan frembringes."

Fra refleksion til handling er en lang sammenhængende og logisk proces, der kræver bevidste og kompetente valg på alle niveauer, såfremt den skal lykkes.

Men processen er sjov og spændende, fordi man udfordrer sig selv med det konstante spørgsmål: Hvordan gør jeg det, jeg vil gøre?

Lad os tage et eksempel fra sygeplejen.

Sygeplejersker observerer dagligt patienter og inddrager teori i disse observationer. Den teoretiske basis er vigtig, for som vi har skrevet, har teori konsekvenser, og man handler forskelligt, forskelle skaber forskelle.

Spørgsmål til artiklen

Har du oplevet at stå i situationer, hvor patientens symptomer giver dig et billede af forskellige problemer?

Har patienten f.eks. en normal sorgreaktion, eller er der tale om en depression?

Har patienten en akut konfusion, demens, eller er der tale om dehydrering?

Har patienten en colonobstipation eller en rectumobstipation?

I de tilfælde, hvor fænomenerne i et kort øjeblik kan minde om

hinanden, kommer teorien til at spille en central rolle. Det er empirien, der afgør, hvordan du klassificerer fænomenet teoretisk. Og det er teorien, der afgør, hvilken faglig handling der skal søsættes.

Der findes megen teori om sorgreaktioner og depressioner, og et teoretisk studie vil pege på tydelige forskelle i fænomenerne. Når der er tydelige forskelle på sorgreaktioner og depressioner, skal sygeplejerskernes handlinger naturligvis også være forskellige. Når sygeplejerskens handlinger udvælges, sker det på baggrund af en analyse. Den teoretiske viden perspektiveres i forhold til patientens andre fysiske, psykiske og sociale kendetegn og patientens egen fortælling, og sygeplejerskens observationer inddrages i en beslutningsproces, for at der kan træffes et korrekt valg af sygeplejehandlinger. I en analyse sættes de teoretiske aspekter og empiriske fund i spil, og en tolkning af disse fund bliver retningsgivende.

Ingen kunne vel forestille sig denne beslutningsproces uden at inddrage teori, fordi det er teorien, der gør forskellen.

*Merete Watt Boolsen er lektor i sociologi og metode på Institut for Statskundskab, Københavns Universitet.
mwb@ifs.ku.dk*

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

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

Tidligere artikler i serien:

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

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

Litteratur

1. Ankersborg V. I Erslevs fodspor. København: Forlaget Politiske Studier; 2002.

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Boolsen MW, Lindermann G. Don't let the theory scare you. *Sygeplejersken* 2006;(20):58-9.

The main message is that theory and analysis are important tools in relation to the development of the nursing profession. The article describes how theory has consequences for actions implemented.

Conceptions as to what theory involves are presented; the classic scientific ideal and the concept of ideals seen from a hermeneutic angle.

Analysis is all about putting one's knowledge to good use in new contexts.

A concrete example is provided from the realm of clinical regarding nurses' use of theory and analysis.

Clinical nursing would be able to develop if clinical nurses improved their practical skills in the application of theory and analysis by means of assignments, articles, in-service training, etc.

Keywords: Professional development, theory, analysis, natural sciences, hermeneutics.

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

Din mening. Det vrirler med etiske dilemmaer i sygeplejen. *Sygeplejersken* vil gerne høre, hvad du ville gøre, hvis ... Læs historien nedenfor og send dine overvejelser til: redaktionen@dsr.dk senest tirsdag den 10. oktober kl. 12.00. Det må højst fylde 1.000 tegn uden mellemrum. Husk at oplyse navn og arbejdssted. Redaktionen bringer et udvalg af svarene i næste nummer af *Sygeplejersken*.

Hævn

"På stue seks ligger en herre på 48 år," lyder det under rapporten på ortopædkirurgisk afdeling. "Han er ilde tilredt efter et groft overfald. Blev indlagt i går, opereret i nat. Tre frakturer, en på højre hånd, en på højre overarm, en på venstre skinneben og fire suturer over venstre øje. Psykisk er han rystet, men efter omstændighederne i god form. Han skal have intravenøs medicin x tre."

Aftensygeplejersken *Susanne* vil vide, hvorfor og hvordan overfaldet skete.

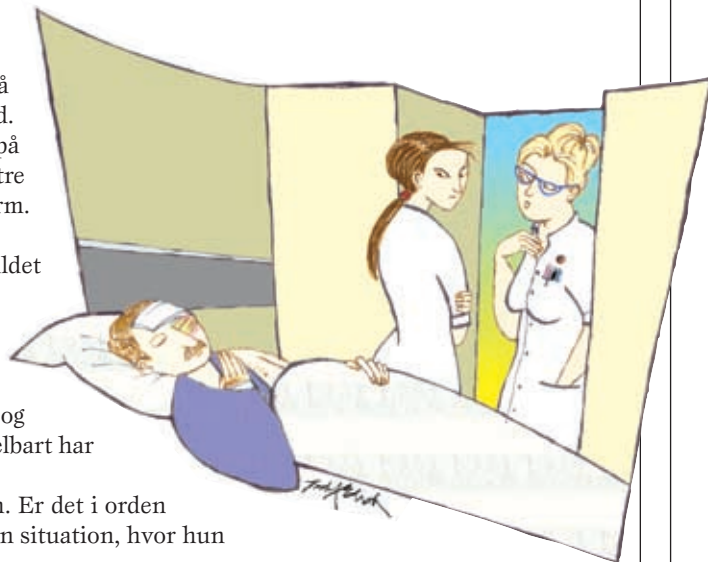
Dagvagten rømmer sig. "Han er netop løsladt efter at have siddet i fængsel i 1 ½ år, dømt for pædofili. Politiet mener, der kan være tale om hævn."

Susanne er mor til to døtre på syv og 11 år. "Svin," tænker hun og overvejer, hvordan hun skal yde sygepleje til en person, hun umiddelbart har lyst til at overlade til sig selv.

Kollegaen er en ung og uerfaren sygeplejerske, som ikke har børn. Er det i orden at lade hende overtage plejen? Susanne har aldrig tidligere været i en situation, hvor hun har været usikker på sig selv på den måde.

"Kommer jeg ubevidst til at overse nogle symptomer hos ham, hvor langt vil jeg kunne gå, kan jeg overhovedet stole på mig selv?"

Hvad synes du, Susanne skal gøre?



Dilemma fra Sygeplejersken nr. 19

En af plejecentrets faste sygeplejersker overværer, at en vikarsygeplejerske undlader at hjælpe en af beboerne, *Fru Madsen*, med at skænke te.

Ånden ofret

Kollegaen skal spørge vikarsygeplejersken om, hvorfor hun overhovedet er blevet sygeplejerske. Synes hun, det er en god måde at pleje et sygt menneske på? Endvidere skal hun spørge hende, om hun selv ville bryde sig om sådan en behandling, hvis hun kom i den gamle dames situation.

"Lad ikke ånden i sygeplejen ofres på teknikkens alter," sagde *Charlotte Munch* for mange år siden til sine sygeplejeelever. Er det dette, der er sket?

Lise Bjørn, pensioneret sygeplejerske.

Sig undskyld

Det kan da ikke undre nogen, at man bliver hængt ud i pressen som dårlige plejere inden for plejehjemssektoren, hvis man overhører sådan en samtale. Hvis det var mig, der overhørte sådan en samtale, ville jeg tage fat i vikarsygeplejersken med det samme og sige hende

min uforbeholdne mening om hendes måde at behandle den gamle dame på. Hun skulle give *Fru Madsen* en undskyldning, og så kunne hun godt forlade stedet med det samme. Jeg ville også fortælle vikarbureauet, at vi ikke vil have hende en anden gang. Nej, det skal ingen finde sig i.

*Riké Garde Søndergaard,
primærsygeplejerske,
ansat i Lyngby-Taarbæk Kommune.*

Skinnet kan bedrage

Kollegaen skal gå hen og fortælle vikarsygeplejersken, at skinnet kan bedrage, og godt nok har *Fru Madsen* papillotter i håret og læser ugeblade, men at hun rent faktisk har metastaser i knoglerne og er en træt gammel dame. Så hvis hun havde været "venlig" at servere en kop te til *Fru Madsen*, så kunne hun måske også have klemte en lille ostemad ned.

Og desuden fortalt hende, at det her er god tone at tale til beboerne, som vi selv gerne vil blive talt til, når vi engang bliver 80 år.

*Cilla Gudmundsen, sygeplejerske,
ansat på F 2073, Rigshospitalet.*

Nedladende tiltale

Sygeplejersken skal gå i dialog med vikaren. Hun skal give udtryk for, at hun har hørt samtalen og undrer sig over hendes nedladende måde at tiltale beboeren på. Stille spørgsmål ved hendes etiske holdninger, magtudøvelse, manglende respekt, empati og forståelse.

Situationen bør forelægges lederen, der er ansvarlig for valg af vikarer.

Selvfølger skal vi motivere beboerne til at holde sig i gang, gøre så meget som muligt selv – men det er ikke absolut nødvendigt, at en vikar med et sparsomt kendskab til beboeren skal gøre servering af aftenteen til en træningssituation, og slet ikke med det sprogbrug.

Desværre er den slags situationer – også blandt det faste personale – alt for ofte årsag til konflikter med beboere, klager fra pårørende, læserbreve og voldsom omtale i aviser og tv. Vi er ikke tyende, men vil vi betragtes som professionelle, må vi vise, at vi er professionelle, ved at vores tilgang er præget af respekt, empati og situationsfornemmelse.

*Benedikte Kristensen,
sygeplejerske,
Kolding Kommune.*

Nærværende og forståelig jura

Ulla Hybel

Sundhedsret

– for sygeplejersker

Lærebog for sygeplejestuderende

Dansk Sygeplejeråd

Nyt Nordisk Forlag

Arnold Busck 2006

1. udgave

232 sider, 199 kr.

ISBN 87-1703-682



”Sundhedsret – for sygeplejersker” er en flot og indbydende bog, som beskriver sygepleje og jura i en højere enhed.

Udgangspunktet er sygeplejerskernes hverdag, og bogen er opdelt i sygeplejerskernes pligter, patienternes rettigheder og de ansattes ansvar.

Bogen dækker lovgivningen for sygeplejersker og kan anvendes i undervisningen af sygeplejestuderende og sygeplejersker samt som opslagsbog og diskussionsgrundlag.

Gældende love danner grundlag for behandlingen af stoffet. Fra 1.1.2007 samles flere af lovene i en sundhedslov.

Der er henvisninger til både gældende love og den nye sundhedslov i bogen, så det er muligt at slå op i lovene, men de er ikke medtaget.

På et tidspunkt hvor en lovsammenlægning er på vej, ville det ikke være hensigtsmæssigt.

De respektive love kan findes på hjemmesiden for retsinformation.

Indholdsfortegnelsen er overskuelig, og det er let at orientere sig i stoffet. Første afsnit omhandler den juridiske referenceramme. Det er baggrundsstof og danner grundlaget for forståelse af vores retssystem.

Det er interessant og dækkende. Det juridiske stof er understøttet af bokse, hvor retslige afgørelser og afgørelser fra Patientklagenævnet er gengivet. De giver en større forståelse for indholdet.

Afsnit to om sygeplejerskens pligter indeholder mange bokse med afgørelser, så stoffet bliver nærværende. Et emne som kvaksalveri er også medtaget.

Det er godt at blive mindet om omhu og samvittighedsfuldhed, men det kan være svært at definere begreberne. Her nævnes eksempler fra Patientklagenævnet, bl.a. om medicineringsfejl, og de giver et billede af begreberne.

Det samme gælder afsnittene om tavshedspligt og journalføringspligt, men EPJ

nævnes ikke, selv om mange sygeplejersker dagligt arbejder med EPJ.

I afsnittet om rettigheder gennemgås både den primære sektor, sygesikringen og den sekundære sektor.

Patientrettighederne bliver gennemgået ud fra loven om patientrettigheder med mange eksempler. Hele afsnittet er vigtigt, men jeg vil fremhæve afsnittet om børn og unge, samt om den inhabile patient.

Ansvar er det sidste afsnit, det omhandler det faglige ansvar, tilsynsmyndighedernes opgaver og reaktionsmuligheder, Patientklagenævnet og de sanktionsmuligheder, nævnet har. Desuden beskriver afsnittet Patientforsikringen og muligheder for at få erstatning i sundhedsvæsenet.

Emner, der falder ind under den sociale lovgivning, herunder lov om social service, er fravalgt i denne bog. Jeg savner afsnittet om terminale patienter og plejeorlov. Sygeplejersker på sengeafde-

linger har brug for emnet for at kunne vejlede patienter og pårørende.

Ligeledes savner jeg en gennemgang af magtanvendelse i den primære sektor, som er et stort ansættelsesområde for sygeplejersker, men jeg forstår forfatterens intentioner med bogen og opbygningen, derfor er udvalget naturligt.

Kendskab til de to nævnte områder må man skaffe sig på anden vis sammen med kendskab til magtanvendelse i psykiatrien.

Juraen fylder ikke meget i sygeplejen i almen medicinsk afdeling, som er min arbejdsplads. Derfor er det en flot bog.

Man er ikke i tvivl om, at emnet er jura, for varemærket: *Karnovs* lovsamling er afbildet på forsiden sammen med en smilende sygeplejerske.

Af Lene Gredal,
specialeansvarlig
sygeplejerske, cand.jur.,
ansat på Afdeling P7,
Horsens Sygehus.

Kærtegn for Livet

Uddannelse til certificeret instruktør i spædbørnsmassage og berøring

Kurset finder sted på Roskilde Pædagogseminarium den 6. - 9. november 2006.

Pris inkl. litteratur, materialer, forplejning og certificering kr. 6.000,00.

Tilmeldingsfrist 23. oktober 2006.



se mere på www.rossem.dk

Formidabel bog om læring

Knud Illeris

Læring

2. udgave

Roskilde Universitetsforlag

2006

298 sider, 295 kr.

ISBN 87-7867-335-6

"Læring" er 2. reviderede udgave af Knud Illeris' særdeles populære og velansete bog, der udkom første gang i 1999. Med den nye udgave er der på mange måder tale om en helt ny bog, der går betydeligt videre og indeholder en mere omfattende, nuanceret og klar gennemgang af den læringsforståelse, som blev udviklet i 1999-udgaven. Som det fremgår af forordet, består ca. to tredjedele af enten reviderede afsnit eller nye gennemskrivninger af emner, der også var med i 1.-udgaven. Sidste tredjedel behandler helt nye emner om bl.a. læringsforskningens videnskabelige positioner, lærings dispositioner og for-

udsætninger samt forholdet mellem organiseret læring og uddannelsestilrettelæggelse. I store træk findes sidstnævnte dog også i andre dele af Illeris' forfatterskab.

Grundlæggende indeholder 2. udgave af bogen samme forsøg på at udvikle en læringsforståelse, der overskrider en væsentlig problematik hos mange andre læringsforskere: Mens disse på den ene side bidrager med værdifuld viden til vores forståelse af menneskets læring, er deres bidrag almindeligvis også ret selektive og ufuldstændige, når man ønsker at forstå lærings samlede kompleksitet. Ambitionen hos Illeris er derfor at fremlægge en mere dækkende og helhedsorienteret læringsforståelse på et tværvidenskabeligt grundlag.

På den baggrund når Illeris frem til sin afgørende pointe, der måske kan virke indlysende, men som faktisk bygger bro over

en klassisk strid mellem forskellige læringsteoretiske positioner: Læring omfatter til stadighed to forskellige processer, som begge må være til stede, for at der finder læring sted. Dels en samspilsproces mellem individet og dets omgivelser og dels en intrapsykisk tilegnelses- og bearbejdningsproces. Al læring er derfor situeret og foregår i en social og samfundsmæssig sammenhæng. Men al læring har også en individuel side, der leverer den psykiske drivkraft, og hvor nye impulser knyttes sammen med individets tidligere læring. Ingen lærer noget ved at deltage i et samspil med andre, uden at der også foregår intrapsyriske bearbejdningsprocesser af de impulser, samspillet giver anledning til. Omvendt er der heller ingen, der lærer noget gennem intrapsyriske processer alene. Der må populært sagt være nogen, som leverer et input.

Mens 1.-udgaven var god, er



2.-udgaven blevet endnu bedre. "Læring" præges af Illeris' enorme viden og faglige overblik. Samtidig er Illeris en eminent skribent, og man ledes sikkert igennem de mange teoretiske koblinger, som bogen indeholder.

"Læring" fremstår som et yderst solidt dansk bidrag til den internationale læringsforskning, og den understreger forfatterens position som en af vores mest betydningsfulde og nyskabende læringsforskere. Vil man studere det allestedsnærværende fænomen læring, er "Læring" både som lærebog og som videnskabelig afhandling derfor et must.

Af Henrik Vinter Billeschou,
sygeplejerske, cand.pæd.,
Sygeplejerskolen i Århus.

Principper og teknikker, som alle har gavn af

Maiken Böcher

Ergonomi

Krop og belastning

Lærebog for

sygeplejestuderende

Dansk Sygeplejeråd

København - Nyt Nordisk

Forlag Arnold Busck 2006

327 sider, illustreret 399 kr.

ISBN 87-17-07122-4

Bogen "Ergonomi" er skrevet på et højt fagligt niveau, hvor der tages udgangspunkt i den forskning og evidens, der findes på området. De mange tegninger og billeder illustrerer arbejdsstillinger og kroppens funktioner og virker samtidig som inspiration for den enkelte til selv at finde alternative måder.

Der er, hvilket også nævnes i bogen, mange flere måder at forflytte på end dem, der beskrives her. Set fra et sygeplejersperspek-

tiv havde det været godt med flere eksempler og illustrationer af f.eks. vendinger, forskellige måder at få patienterne højere op i sengen på og forskellige måder at lejre på. Min erfaring er, at flere eksempler er med til at give indblik, og at der via afprøvninger opstår ideer til andre måder at gøre tingene på.

I forhold til sygeplejehandlinger gives der forskellige eksempler på, hvordan der kan arbejdes, uden at sygeplejerskens bevægeapparat belastes unødigt. Der er f.eks. taget udgangspunkt i sårskift, bækkengivning og sengeredning. Principperne for brug af hjælperens krop og for forflytningsteknikkerne tager afsæt i både dynamik og biomekanik, i normale bevægelsesmønstre og i hele bevægeapparatets struktur og funktion. Det er forklaret, hvordan de enkelte dele

af bevægeapparatet reagerer på belastning, og hvordan den kan afhjælpes ved træning eller brug af forskellige hjælpemidler.

De linjer, bogen trækker til arbejdsmiljølovgivningen, er meget relevante. Forfatterne har på en god måde forklaret, hvorfor det i nogle situationer er godt at arbejde med sengehesten oppe. De viser, via illustrationerne, at det foregår, uden at arbejdsstillingen bliver bela-

stende. Der er dog situationer, hvor netop berøringen (den takttil-kinæstetiske sansning) er med til at trøste og berolige patienten, noget den enkelte sygeplejerske må vurdere i situationen.

Når jeg kigger på illustrationerne, er jeg imponeret over, hvor korrekte alle billederne er i forhold til principper for arbejdsstillinger. Bogen er skrevet i et letforståeligt sprog, uden at det på nogen måde er gået ud over fagligheden.

Her er generel viden om principper og teknikker, som alle, der har med personhåndtering at gøre, har gavn af at kende.

Af Birte Aarslew-Jensen
sygeplejelærer, forflytningsinstruktør og arbejdsmiljøsygeplejerske, Diakonissestiftelsens sygeplejerskole for H:S.



Nydanskeres erfaringer med arbejdsmarkedet

Gitte Hansen, Claus Pilehave
**Er du ikke lidt solbrændt!
Kampen for et arbejde**
København: DR 2006
102 sider, 199 kr.
ISBN 87-7680-161-6

Nydanskere, der gerne vil tale dansk, have et arbejde og integrere sig, er, hvad vi har brug for i fremtiden. DR P1 lavede i efteråret 2005 en række radioudsendelser med navnet "Hvor svært kan det være." P1-værterne ville finde ud af, hvor svært det kan være at få 25.000 indvandrere og nydanskere ud på arbejdsmarkedet inden 2010. Ud fra radioudsendelsen blev denne bog skrevet. Debatbogen "Er du ikke lidt solbrændt! Kampen for et arbejde" tager spørgsmålet op: Hvorfor er der så mange nydanskere og indvandrere uden arbejde?

I bogen fortæller 10 nydanskere om deres erfaringer på det danske arbejdsmarked, om, hvilken glæde det har været at komme til Danmark og finde job, og om, hvilken bedrøvelse det har været i 20 år at sende forgæves jobansøgninger rundt. Halvdelen af alle indvandrere og nydanskere er arbejdsløse, nogle af dem gider ikke arbejde – de får jo kontanthjælp, nogle af kvinderne må ikke arbejde for deres mænd (ifølge den islamiske tro skal manden tjene penge, og konen skal passe børn, gøre rent og lave mad), og nogle kan ikke finde arbejde. På DR P1 fandt man ud af, at nydanskere og danske arbejdsgivere går forbi hinanden. Mange nydanskere undlader at sende en ansøgning, for de har fået at vide af deres forældre og andre familiemedlemmer, at det ikke kan betale sig – de danske arbejdsgivere vil ikke give dem arbejde. Samtidig er der arbejdsgivere, der undrer sig

over, at de ikke får flere ansøgninger fra nydanskere.

Jeg tror, nydanskerne skal blive ved med at forsøge. Der er arbejdsgivere, som, når de kigger på en ansøgning med et udenlandsk navn, smider den over i bunken "ikke kvalificerede," men der er også mange, der med glæde vil give nydanskere arbejde.

Udsendelsen viste også, at der er mange nydanskere, der har en uddannelse, f.eks. som sygeplejerske, men den er ubrugelig i Danmark. Der er nogle få projekter, der har gjort det muligt at bruge den udenlandske uddannelse i Danmark, men man bør lave en lov, der kan gøre de udenlandske uddannelser brugbare i Danmark. Mit råd til jer sygeplejersker er: Ansæt personale med indvandrerbaggrund, når det er muligt.

"Er du ikke lidt solbrændt!" får virkelig sat tanker i gang om arbejdsmarkedet og nydanskere, og når bogen er læst, sidder man tilbage og ønsker at finde ud af mere om integration.

*Af Cecilia Hornum Skogstad,
elev i 9. klasse,
erhvervspraktikant på
Sygeplejersken.*



Er du sygeplejerske med lyst til at drive egen klinik?

► Eller har du måske allerede en klinik, hvor Actera kan være et godt supplement?

Actera A/S søger klinikejere i:

- Grenå
- Helsingør
- Hillerød
- Rønne

Actera klinikkerne tilbyder medicinfri behandling af smerte og ubehag ved hjælp af elektromagnetisme.

Klinisk data understøtter behandlingens effekt på smertelindring, nedsættelse af højt blodtryk, forbedret blodcirkulation, heling af bløddels- og ledskader, heling af bensår og heling af knoglebrud.

Der er i dag 21 Actera klinikker i Danmark, der alle drives af erfarne sygeplejersker.

Er du interesseret, så ring eller skriv for yderligere oplysninger til: Actera A/S, direktør Mads Delmar, tlf. 96 30 23 20, md@actera.dk



www.actera.dk

TRYK eller TRYG

Få optimal trykaflastning med en madras fra KEBO CARE og oplev øget trykthed og velvære

Vi tilbyder:

- Madrasser til forebyggelse og behandling af tryksår
- Forskellige principper og prisklasser
- Velkendte mærker (ROHO, NovaCare, Apollo)



KEBO CARE

Ring og hør mere om vort madrasprogram

Jernholmen 41 • 2650 Hvidovre
Tlf.: 36 39 80 00 • Fax: 36 39 80 55
info@kebocare.dk • www.kebocare.dk

Brug finmotorikken

Foran stoppestedet hugger en ung fløs med stilet hår, kalechen nede og mobilen for øret bremserne i. En gammel hvidhåret dame med knold i nakken magter knap trinnet ned fra bussen foran den skobutik, hvor hun lidt endnu sælger sko. ”Ophørsudsalg” forkynder det store rødgule skilt på vinduet. Her krabber hun sig ned ad trappen og ind i butikken. En svært svedende, rødmossede mand med et fast greb i lædermappen osrer af abstinenser, to overvægtige veninder uddeler slag med deres slidte sorte rygsække, da de vender sig om for at stige ud, men det opdager de ikke, snakken om børnenes fritidshjem optager dem mere.

En daglig bustur på 10 minutter giver mange oplysninger om mennesker i Danmark.

Alle repræsenterer de den mangfoldighed, der findes i den danske sundhedssektor. Patienterne er forskellige, grupper af patienter kan have ens behov og fælles reaktionsmønstre, men hver gang en sygeplejerske møder en ny patient, skal hun pejle sig ind på netop hans bølgelængde, hans kanal. Det kræver viden fra mange hjørner, og derfor er sygeplejersker uddannede til at anvende hjørnerne, når de står over for patienter, pårørende og andre faggrupper.

Den sygepleje, jeg lærte som elev og de efterfølgende år i praksis, var ofte baseret på tilfældigheder, gode intentioner og personlige meninger om, hvad ordentlig sygepleje var. Vi vidste helt enkelt ikke altid, hvorfor vi gjorde, som vi gjorde. Den går heldigvis ikke længere. I dag skal sygeplejen baseres på evidens, forskning og værdier hentet fra de videnskaber, der indgår i uddannelsen.

Sygeplejersker bliver ikke uddannet til at varetage funktioner, til at lægge forbindinger eller rulle bandager, men til at arbejde i sektorer under konstant forandring, og det kan sagtens indebære at lægge en forbindelse i ny og næ. Men der er

en verden til forskel på at være intensivsygeplejerske på en højt specialiseret afdeling, sygeplejerske med specialfunktion på en gynækologisk afdeling eller diabetessygeplejerske i en kommune. Uanset hvor man er ansat, skal der et solidt teoretisk fundament til, for at patienterne kan få den bedst mulige pleje. Dog er en fin teoretisk overfrakke ikke nok, for overfrakker kan man gemme sig i eller indhulle og formumme sig i, mens kryptiske vendinger strømmer ud mellem knaphullerne. Klinisk praksis skal have et sprog, der vinder gehør og genklang og gør det nemt at kommunikere om det, der udgør kernefagligheden. Her er en god omgang selvkritik på sin plads.

Patientens perspektiv skal altid tænkes ind. Hvad mener *Jensen* om at have rygerlunger og fortsat ryge 30 Cecil dagligt? Hvorfor vil *Fru Andersen* ikke selv tage sin insulin? Hvilke tanker gør *Frandsen* sig om sin overvægt, sit høje kolesteroltal og manglen på motion?

Tidligere passede sundhedsvæsenet sig selv. I dag er det et højt prioriteret område for mange medier og mange mennesker. Derfor er der interesse for sygeplejerskeuddannelsen, som sidst blev ændret til en professionsbacheloruddannelse i 2001. Spørgsmålet er, om der på nuværende tidspunkt skal gang i de store armbevægelser eller i finmotorikken. Skal uddannelsen ændres radikalt, eller skal den blot finjusteres. Færdig og perfekt bliver den aldrig. Dertil ændrer teknologi, forskning, krav og kriterier sig i for høj hast.

Sikkert er det, at sygeplejerskers indsats i væsenet er bred, og at der både er plads til og brug for hardcoreteoretikeren med ph.d.-afhandlingen som endeligt mål og for den sygeplejerske, som gerne vil yde god og velfunderet sygepleje til patienten eller grupper af patienter.

Ro på, mener jeg.

”Uanset hvor man er ansat, skal der et solidt teoretisk fundament til, for at patienterne kan få den bedst mulige pleje. Dog er en fin teoretisk overfrakke ikke nok, for overfrakker kan man gemme sig i eller indhulle og formumme sig i, mens kryptiske vendinger strømmer ud mellem knaphullerne.”

5 faglige minutter skrives på skift af fire sygeplejersker:

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

Redaktionen.



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



Jørn Ditlev Eriksen, sygeplejerske, forstander på botilbuddet Slotsvænget.



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



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