

SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR. 12 » 14. JUNI 2008 » 108. ÅRGANG

TEMA

Tag godt imod de nye sygeplejersker

KORT NYT

Tyske sygeplejersker lokkes til Danmark

FAG
Etablering af ambulante sygeplejekonsultationer

Konsultations-sygepleje til patienter med type 2-diabetes

REGIONERNES TILBUD ○

KUN HÅNDØRER

13 PROCENT ER IKKE NOK TIL LIGELØN



28-35



36



13-27

ARTIKLER

- 36 På job – På Hamlet har vi overskud til patienterne**
Gode arbejdsforhold og tid til at gøre en forskel er det afgørende for sygeplejerskerne på Privathospitalet Hamlet, som har udvidet med et nyt hospital i TV-Avisens gamle lokaler.
- 38 Mit holdepunkt – Sundhedsplejerske med svaghed for udsatte grupper**
I konfliktfrie tider arbejder Charlotte Baeré som sundhedsplejerske i Køge Kommune.
- 40 Grønne, gule og røde zoner for gravide**
Nordsjællands Hospital har indført en graviditetspolitik, der skal gøre det sikkert for gravide at arbejde så længe som muligt.

TEMA SIDE 28-35: NYUDDANNET

- 28 Tag godt imod de nye sygeplejersker**
Åbne arme, tålmodighed og et kursus i at lægge en sonde er bare nogle af ingredienserne i opskriften på en god modtagelse af nyuddannede sygeplejersker.
- 31 Manglen på oplæring gjorde usikkerheden endnu værre**
En dårlig begyndelse fik sygeplejerske Line Most til at sige sit første job op og rejse væk, efter hun blev færdig som sygeplejerske. Nu giver hun faget en chance igen – i hjemmeplejen.
- 32 Test: Hvor god er du til at tage imod nyuddannede kolleger?**
- 33 En virkelig god start gav stor tryghed**
Når sygeplejerske Line Knudsen er så glad for sit arbejde på Århus Sygehus, skyldes det bl.a. en rigtig god modtagelse og oplæring.

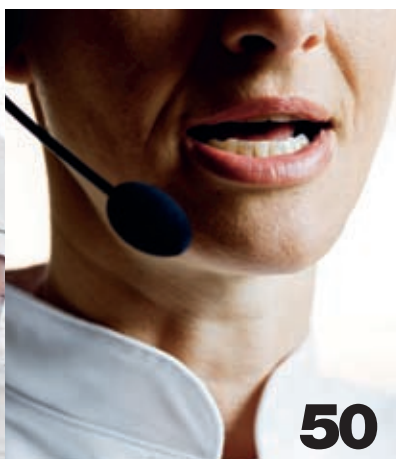
FOTO: SIMON KNUDSEN



38



40



50



58

SIDE 13-27: SYGEPLEJERSKER I KONFLIKT

13 **Nej tak, Bent**

Forhandlingerne mellem Sundhedskartellet og Danske Regioner den 9. juni førte heller ikke denne gang til en aftale. Regionernes udspil var mest varm luft, mente Sundhedskartellets formand, Connie Kruckow.

14 "Regionernes tilbud var varm luft"

"Jeg vil gerne sætte to fede streger under, at Danske Regioner ikke har givet Sundhedskartellet tilbud om en ramme på 14,3 pct.," siger Connie Kruckow i et interview med Sygeplejersken.

16 Ærgerlige forhandlere

16 Den længste strejke

Da Sundhedskartellets strejke den 4. juni fortsatte ind i sin ottende uge, var det samtidig rekord.

18 "Sygeplejerskerne er enormt vrede"

Fællestillidsrepræsentant Anette Kjærgaard fra Odense Universitetshospital fortæller, at hendes sygeplejersker er vrede på Danske Regioner. Deres afvisning er total mangel på respekt, lyder det.

21 Svenskerne satser igen på lokal løn

De svenske sygeplejerskers organisation har accepteret et tilbud, der garanterer 9 pct. over tre år med mulighed for mere.

22 Norske sygeplejerskers strejke gav ligelønslofte

23 Brænder for ligeløn

24 Det offentlige sundhedsvæsen bliver taberen

25 12,8 procent er bedre end 13 procent

26 Snapshots af strejken

FAG

50 Telefoninterview som metode i brugerundersøgelser

Ved gennemgang af litteratur om kvalitative telefoninterview findes i forhold til face to face-interview en række fordele, heriblandt tidsbesparelser, mulighed for at inddrage respondenter, der bor langt væk, og mulighed for, at respondenterne kan være mere anonyme.

54 Etablering af ambulante sygeplejekonsultationer

Sygeplejerskerne i Neurokirurgisk ambulatorium på Rigshospitalet har i 2008 overtaget den ambulante kontrol af en udvalgt patientgruppe fra speciallægerne. Artiklen videregiver erfaringer med at forberede implementering af sygeplejekonsultationer og sætter fokus på de specielle områder, sundhedsprofessionelle nøje bør overveje i processen.

58 Sorggrupper for efterladte ægtefæller

Deltagerne i sorggrupperne har alle mistet, de mødes og kan tale om sorgen, hjælpe hinanden igennem sorgen og finde nye værdier i livet. Gruppen mødes 8-10 gange, hver anden eller hver tredje uge, to timer hver gang.

62 Konsultationssygepleje til patienter med type 2-diabetes

Konsultationssygeplejersker kan fremover spille en afgørende rolle i den nødvendige, forstærkede indsats over for livsstilsændringer hos patienter med type 2-diabetes. Artiklen præsenterer et program for en patientcentreret sygepleje, som konsultationssygeplejersken kan tage udgangspunkt i.

I HVERT NUMMER

- 6 Eftertanker
- 7 Kort nyt
- 42 Dansk Sygeplejeråd mener
- 43 Debat
- 48 Fagtanker
- 48 Faglig information
- 57 Agenda
- 66 Testen
- 67 Anmeldelser
- 72 5 faglige minutter
- 73 Stillingsannoncer
- 83 Kurser/Møder/Meddelelser

Den længste strejke

Kære læser.

Som fagblad, der kun udkommer hver 14. dag, er det ikke altid helt nemt at dække en konflikt, der kan udvikle sig fra dag til dag. Og forhandlingerne mellem Sundhedskartellet og Danske Regioner får naturligt nok masser af opmærksomhed fra andre medier. Sådan er det. Men vi forsøger at være med, og det betyder, at vi denne gang har rykket vores deadline med en dag pga. forhandlingerne den 9. juni. Derfor udkommer vi også en dag senere end planlagt.

Dagene er gået, siden strejken brød ud den 16. april. Fra den 11. juni går sygeplejerskerne ind i den 9. strejkeuge, og de er med i den længste strejke nogensinde i Dansk Sygeplejeråds historie. Sidste gang, vi strejkede længe, var tilbage i halvfjerdsere. Dengang varede strejken syv uger.

Men på trods af den historisk lange strejke er opbakningen blandt sygeplejerskerne stadig massiv. Et flertal i den danske befolkning bakker også fortsat op. Det er meget imponerende.

Der foregår stadig masser af strejkeaktiviteter blandt sygeplejerskerne i hele landet. Det har vi også valgt at koncentrere os om, fordi vi synes, det er vigtigt at vise, hvor meget der stadig foregår.

Et af argumenterne for højere løn til sygeplejersker i det offentlige er et kæmpe behov for at tiltrække nye mennesker til faget de kommende år.

Meget apropos har vi i denne udgave af *Sygeplejersken* valgt at sætte fokus på de nyuddannede sygeplejersker, og hvordan de bliver modtaget på arbejdspladserne. Langt de fleste bliver heldigvis modtaget godt, men en mindre gruppe af de nyuddannede får en dårlig start, så de enten dropper faget i en periode eller permanent forlader det. Vi prøver at komme med nogle bud på, hvordan man løser det problem.

God læselyst.



Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør
snp@dsr.dk

SYGEPLEJERSKEN UDKOMMER EN DAG SENERE

På grund af forhandlingerne den 9. juni 2008 har vi rykket vores deadline med en dag, og derfor udkommer *Sygeplejersken* en dag senere end planlagt visse steder i landet.

Redaktionen



KEMOALLERGI SOM ARBEJDS



AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST

Lettelse. Den 45-årige sygeplejerske Tine Woldby er glad. Hendes allergi over for kemo, der opstod efter at have arbejdet på onkologiske afdelinger, er nu blevet anerkendt som arbejdsskade.

Tørre slimhinder, hoste, vejrtrækningsproblemer og sår i munden var hverdag for sygeplejerske Tine Woldby, da hun arbejdede på onkologisk afdeling på Hillerød Hospital i 2007.

Som *Sygeplejersken* beskrev i april, fik Tine Woldby konstateret allergi over for kemopræparatet Etoposide. Til trods for, at Tine Woldby blev testet af en arbejdsmediciner og fik papir på, at hun var blevet syg af et stof, som hun udelukkende havde kontakt med på sin arbejdsplads, modtog hun et afslag fra Arbejdsskadestyrelsen i januar 2008. Tine Woldbys kemoallergi kunne ikke anerkendes som en arbejdsskade, mente Arbejdsskadestyrelsen.

Det ville hverken Tine Woldby eller Dansk Sygeplejeråd (DSR) imidlertid finde sig i, så de ankede prompte. Og i begyndelsen af maj – godt et år efter, at Tine Woldby meldte sig syg fra sit arbejde på Hillerød Hospital – fik hun medhold.

”Sygdommen kan anerkendes som erhvervs sygdom efter arbejdsskadeloven. Vi ændrer således Arbejdsskadestyrelsens afgørelse,” skriver Ankestyrelsen kort og godt i sin afgørelse.

Tine Woldby er godt tilfreds med den beslutning.

”Jeg er utrolig glad for, at det er blevet anerkendt. Jeg var meget ked af at skulle sygemelde mig i sin tid, så det er dejligt nu at få anerkendt, at det var helt reelt. Nu kan

REDAKTIONEN)))

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



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



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



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



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



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



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



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



ANERKENDT SKADE



ARKIVFOTO: ANNE-LI LINGSTRØM

Efter i januar at modtage et skuffende afslag på at få kemoallergi anerkendt som arbejdsskade, glæder sygeplejerske Tine Woldby sig nu over, at Ankestyrelsen har givet hende medhold. "Nu kan jeg ryste det af mig," siger hun.

jeg ryste den dårlige følelse af mig," siger hun i dag. Også Dansk Sygeplejeråd, der har fulgt sagen tæt, mener, at afgørelsen fra Ankestyrelsen var den eneste rigtige.

"Der er stor tilfredshed. Alt tydede jo på, at det var sygeplejerskens arbejde, der var årsag til hendes gener. Så det er helt på sin plads, at det nu er anerkendt som arbejdsskade," siger 1.-næstformand i DSR, *Grete Christensen*.

Tine Woldby har nu mulighed for at søge erstatning for tab af arbejdsevne og for de varige mén. Og den mulighed har hun tænkt sig at bruge.

"Jeg har stadig mén i min hverdag som følge af allergien over for kemo. Så jeg vil gerne søge en erstatning," siger Tine Woldby.

Hendes krav mødes med forståelse hos Dansk Sygeplejeråd.

"Vi følger det her helt til dørs. Dansk Sygeplejeråd bakker 100 pct. op om erstatningskravet," understreger Grete Christensen.

Europæisk biobank på trapperne

Europa-Parlamentet har netop givet sin opbakning til opbygningen af en tværnational, europæisk biobank.

Banken skal samle biologisk materiale fra mennesker, som f.eks. dna, væv, celler og blod med henblik på at give forskere i Europa mulighed for at identificere genrelaterede sygdomme og behandlingsformer. Som det er i dag, "ved ingen, hvilke prøver der allerede er tilgængelige i forskellige lande," siger *Kurt Zatloukal* fra Medical University of Graz i Østrig til EurActiv.com

Før biobanken bliver en realitet, skal EU have udarbejdet og vedtaget et sæt juridiske rammer for bl.a. databeskyttelse og brug af genteknologi. Det er tidligst på plads i december 2008. *(kbc)*

Sundhedsplejerskerne markerer milepæl

Sundhedsplejerskerne markerer med en jubilæumsbog, at sundhedsplejeordningen i Danmark har rundet de 70 år. Jubilæumsbogen er udgivet af Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker i samarbejde med Kvindemuseet i Danmark, Dansk Sygeplejehistorisk Museum og Dansk Sygeplejeråd. Bogen "Sundhedsplejersken – 70 års sundhedspleje i Danmark" udsendes af Kvindemuseets Forlag.

"Sundhedsplejersken er lige så vigtig i dag som for 70 år siden, for hun

er nemlig den fagligt kompetente, kritiske og empatiske person, der rådgiver os lige dér, hvor vi er, og ud fra vores situation og vores barns behov," sagde museumsleder *Inger-Marie Børgesen*, Dansk Sygeplejehistorisk Museum/Syddansk Universitet, ved markeringen af bogudgivelsen. *(sp)*

Bogen sælges gennem Kvindemuseet i Danmark og Fagligt Selskab for Sundhedsplejerskers hjemmeside på adressen www.sundhedsplejersken.info. Prisen er 178 kr.

Tjener din partner mest?

Tjener du mindre end din partner? Hvilken betydning har det for din karriere? Og hvilken rolle giver det dig i familien? Har du lyst til at fortælle om, hvorfor jeres familie prioriterer karriere og arbejde i familien, som I gør, så hører vi gerne fra dig.

Ring til journalist *Susanne Bloch Kjeldsen* på 4695 4178 eller send en mail på sbk@dsr.dk *(sbk)*

Vidste du at ...

... andelen med forhøjet blodtryk er omtrent lige stor i alle befolkningsgrupper, men der er stor forskel på hvor mange, som tager blodtryks-sænkende medicin? Mens 86 pct. af dem med forhøjet blodtryk i den almindelige befolkning tager blodtryks-sænkende medicin, er det kun 78 pct. blandt socialt dårligt stillede og kun 43 pct. blandt socialt udsatte.

Kilde: Statens Institut for Folkesundhed.

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



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



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



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



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



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



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



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



Tyske sygeplejersker lokkes til Danmark

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST

Auf Wiedersehen und guten Tag. Tyske sygeplejersker vil gerne til Danmark. En rekrutteringsmesse i Berlin lokkede flere end 200 sygeplejersker, som søgte stillinger i Danmark.

Stemningen er lidt nervøs og energisk. Den første jobmesse for sundhedspersonale arrangeret af en dansk ambassade finder sted i begyndelsen af juni 2008 i Berlin en solbeskinnet sommerdag. Tyske sygeplejersker bevæger sig nysgerrigt rundt mellem standene, hvor de danske regioner, Sundhedsstyrelsen, Dansk Sygeplejeråd og et rekrutteringsbureau står klar med bolsjer, informationsmateriale og ikke mindst jobopslag.

Formålet er klart – sygeplejerskerne skal lokkes til Danmark for at arbejde. Som chefrådgiver fra Danske Regioner, *Thomas J. Jensen*, siger: "Målet er at få mange til Danmark. Jo flere, jo bedre."

Allerede en halv time efter messen har åbnet sine døre for de godt 350 tilmeldte læger og sygeplejersker, udfylder søstrene *Anja* og *Anika Sydow* deres første ansøgninger til en stilling som sygeplejerske i Region Midtjylland.

"På afdelingerne i Tyskland er der ikke nok ansatte, så vi har meget travlt. Vi vil gerne til Danmark, fordi der er bedre arbejdstider og bedre løn," siger *Anika Sydow*, 21 år.

Mere tid til patienterne

Birte Carstensen, 38 år, har arbejdet 16 år som sygeplejerske i Tyskland. Hun er klar til afgang.

"Jeg har gået til danskundervisning en gang om ugen i snart et år. Jeg håber, at jeg snart får arbejde i Jylland et sted, for jeg vil gerne have mere tid til patienterne," siger *Birte Carstensen*.

Det er noget helt nyt, at den danske ambassade står for at arrangere en jobmesse.

"Vi kunne ikke vide, hvor mange der ville komme. Vi håbede på 100, men nu har



FOTO: CHRISTIAN T. JØRGENSEN

De tyske sygeplejersker var nysgerrige efter at høre om danske sygehuse til jobmessen på Den Danske Ambassade i Berlin. Og der er brug for dem. Alene Region Hovedstaden havde 342 sygeplejerskejobopslag med på messen.

mere end 300 tilmeldt sig. Det er rigtig positivt," siger *Merete Juhl Vincents Svendsen*, handelschef på Den Danske Ambassade i Berlin.

Ifølge den danske ambassade er der ca. 9.000 arbejdsløse tyske sygeplejersker. Men ingen af deltagerne på messen er uden arbejde. Hverken ambassaden eller de danske regioner mener dog, at det er et problem.

"Vi mener ikke, at det er brain drain. Vi taler om brain circulation. Det er naturligt for det moderne menneske i en globaliseret tid at søge andre muligheder på tværs af grænser. Før i tiden har det jo været de danske læger, der søgte arbejde i Tyskland," siger *Merete Juhl Vincents Svendsen*.

Også Dansk Sygeplejeråd bakker op om ambassadens initiativ.

"Med den store mangel på sygeplejersker i Danmark så er rekruttering af udenlandske sygeplejersker én af løsningerne. Der er en

forbavsende stor interesse fra tyske sygeplejersker for at komme til Danmark, og vi fornemmer også en interesse for at blive medlem af Dansk Sygeplejeråd, siger kreds næstformand i Kreds Syddanmark, *John Christiansen*, som deltog på messen på vegne af Dansk Sygeplejeråd.

Hvor mange stillinger de danske regioner kommer til at besætte med tyske sygeplejersker, vides ikke i skrivende stund, men samlet er der enighed om, at messen har været en succes.

"Vi håber, at vi får en stor stak ansøgninger med hjem. Formen med en jobmesse er lidt en prøveballon, som vi må evaluere på efterfølgende. Men det er en effektiv og billig måde at komme i kontakt med sygeplejerskerne på," siger *Tatjana Henneser*, chefkonsulent i Region Hovedstaden.

Vidste du at ...

... Patientklagenævnet i 2007 modtog 3.996 nye klager? Antallet af nye klager steg i 2007 med 18,2 pct. i forhold til 2006, hvor der kom 3.381 nye klager.

Kilde: Patientklagenævnet, Årsberetning 2007.

"Kommunerne bliver kørt meget hårdt både i forhold til anlægsinvesteringer og den daglige drift. Samtidig må man sige, at regeringens samarbejde med Dansk Folkeparti har betydet, at der gnaves mere og mere i det kommunale selvstyre, hvilket hele puljesystemet er et glimrende eksempel på."

Mads Lebech (K), borgmester i Frederiksberg Kommune, i Berlingske Tidende den 6. juni 2008 om forhandlingerne mellem regeringen og landets kommuner om økonomien for 2009.

Bent Hansen kom med tomme lommer

Skuffede forventninger. Det lykkedes ikke Sundhedskartellet og Danske Regioner at forhandle sig frem til en aftale. Vi tog temperaturen på stemningen efter sammenbruddet i forhandlingerne den 2. juni, hvor strejken havde varet i 48 dage.

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST

Heidi Brodersen, sygeplejerske på kardiologisk afdeling B1, Skejby Sygehus.



FOTO: KISEN MOLLER-HANSEN

Hvad siger du til, at de ikke kunne lave en aftale?

"Det er smadderægerligt. Det er flot, at vores formand har holdt fast i de 15 pct. Flot, at hun kan gennemskue, at selvom Bent Hansen (S) (formand for Danske Regioner, red.) siger, at han vil give 14 pct., så har han en skjult dagsorden. Vores formand gør det godt, og jeg er ked af, at formanden for regionerne ikke har mere at byde på. På mange måder er det en uforholdsmæssig, at man ikke vil lytte til vores krav om et lønhop."

Hvordan ser du fremtiden for sundhedsvæsenet og for din egen afdeling, hvis det hele ender med de 12,8 pct. efter et regeringsindgreb, eller efter at strejkekassen er tom?

"Det vil få betydning for nogle, fordi jobbet ikke længere er så tiltrækkende, og det sætter det offentlige sundhedsvæsen i et mindre positivt lys."



FOTO: THOMAS SONDERGAARD

Mette Heiselberg Hoff, sygeplejerske på intensiv afsnit N1 på Regionshospitalet i Silkeborg.

Hvad siger du til, at de ikke kunne lave en aftale?

"Rigtig træls, at der ikke var noget at forhandle om, fordi Bent Hansen (S) ikke har nogen midler. Jeg er glad for, at vores formand står fast, samtidig med at hun åbner lidt op for, at der kan slækkes på de 15 pct. Hvis hun ikke var forhandlingsvillig, ville hun falde i karakter."

Hvordan ser du fremtiden for sundhedsvæsenet og for din egen afdeling, hvis det hele ender med de 12,8 pct. efter et regeringsindgreb, eller efter at strejkekassen er tom?

"Det vil vække voldsom frustration. Det giver en stemning af, at det åbenbart ikke kan betale sig at uddanne sig og være fagligt dygtig, man får ikke noget for det. Jeg er bange for, at der vil ske et skred fra det offentlige sundhedsvæsen til det private."



FOTO: SOREN SVENDSEN

Susanne Turrell, hjemmesygeplejerske på Strandcentret i Greve Kommune.

Hvad siger du til, at de ikke kunne lave en aftale?

"Det kom ikke bag på mig, for han har ikke penge, det er regeringen, der skal hente dem. Og så længe Løkke (finansminister Lars Løkke Rasmussen (V), red.) sidder og ryster på hovedet, så kommer der ikke penge. Regionerne har ingen."

Hvordan ser du fremtiden for sundhedsvæsenet og for din egen afdeling, hvis det hele ender med de 12,8 pct. efter et regeringsindgreb, eller efter at strejkekassen er tom?

"Det vil skabe masser af frustration. Det ligger ikke til sygeplejersker at lave ulovlige arbejdsnedlæggelser. Til gengæld tror jeg, at der vil ske noget om tre år, når vi skal forhandle igen."



FOTO: ANNE-LI ENGSTROM

Vichi Buitenhuis, afdelingssygeplejerske på urologisk ambulatorium på Frederiksberg Hospital.

Hvad siger du til, at de ikke kunne lave en aftale?

"Vi har kæmpet med næb og klør og gjort alt, hvad vi kunne, og derfor er det ærgerligt. Men det var rigtigt gjort at sige nej til 13 pct., som regionerne bød. Jeg er lidt ked af det, for jeg havde håbet på større forhandlingsvillighed om vikarpengene. Måske ikke 15 pct., men at man kunne finde frem til en løsning."

Hvordan ser du fremtiden for sundhedsvæsenet og for din egen afdeling, hvis det hele ender med de 12,8 pct. efter et regeringsindgreb, eller efter at strejkekassen er tom?

"På kort sigt tror jeg ikke, at det får de store konsekvenser, for vi siger ikke op, fordi vi får 12,8 pct. frem for 15 pct., men det efterlader os med en mat følelse. Det får størst konsekvens på langt sigt, fordi det bliver svært at fastholde sygeplejersker og svært at rekruttere unge til uddannelsen."

>>> SKRIV EN KOMMENTAR



AF NINA VINTHER ANDERSEN, JOURNALIST
FOTO: SØREN HOLM

Grøn i kitlen. Langt de fleste nyuddannede sygeplejersker er glade for deres nye arbejde og identitet, men en mindre gruppe får en så dårlig start på deres nye arbejdsliv, at de dropper faget i en periode eller helt permanent. Åbne arme, tålmodighed og et kursus i at lægge en sonde er bare nogle af ingredienserne i opskriften på en god modtagelse af nyuddannede sygeplejersker.

TAG GODT IMOD DE NYE SYGE

En sælger rejser. En anden tager forskellige kurser. Den tredje ved sygeplejerske *Jeannette Larsen* ikke, hvad laver. Men på stående fod kan tillidsrepræsentanten fra Neuro-traumaintensiv afdeling på Aalborg Sygehus huske tre af sine nyuddannede kolleger, som inden for de seneste fem år fuldstændig har droppet faget.

”Og flere overvejer det. De nyuddannede er meget frustrerede. Det store problem er, at der ikke er nogen erfarne sygeplejersker, der har tid til at lære de nye op,” siger hun.

Hvert år forlader ca. 2.000 nyuddannede sygeplejersker sygeplejerskolerne. Langt de fleste er glade for deres nye arbejde og identitet. Men en mindre gruppe får en så dårlig start på deres nye arbejdsliv, at de dropper faget. Enten for en kortere periode eller permanent.

”Vi hører om to-tre stykker hvert halve år, når de melder sig ledige eller sygemelder sig,” siger *Lykke Østerlin Koch*, som er jobkonsulent og sygeplejerske i Danske Sundhedsorganisationers A-kasse.

Mens nogle sygeplejersker vurderer, at problemerne kan opstå på alle afdelinger, mener *Jeanette Larsen*, at de især opstår på afdelinger med lav prestige.

”Der, hvor patienterne er kronisk syge, gamle og dårlige, og hvor de pårørende er slidt op.

Det er svært at styre. Du kommer ud og har lært en masse om sygepleje, og så har du ikke tid til noget så basalt som ordentlig vask og pleje. Du har ikke engang tid til en frokost. Problemerne opstår sjældnere på afdelinger, der har stærke patientgrupper, f.eks. kræftafdelingerne og hjertepatienterne, hvor tidligere patienter og deres pårørende gennem patientfor- eninger og medier med succes har formået at sætte fokus på netop de områder,” siger *Jeanette Larsen*.

Håndelag contra ny viden

Fælles for de unge sygeplejersker, der giver op, er, at de ikke føler, de kan leve op til deres egne og andres forventninger og krav om at yde en god pleje. For mange patienter, der er for dårlige, og for vildtvoksende krav om nye arbejdsopgaver samt de nyuddannedes egen usikkerhed og mangel på erfarne kolleger til at læne sig op ad gør altså, at nogle siger op.

”Dem, vi taler med, og som har problemer, har fået et alt for stort ansvar og manglet den fornødne oplæring. De stærke siger fra og dropper enten afdelingen eller faget. De vil ikke stå model til det. Andre knækker og sygemelder sig. Det er helt uforsvarligt,” siger *Lykke Østerlin Koch*.

Derudover blev sygeplejeuddannelsen ændret i maj 2000, så de studerende bl.a. har fået et større teoretisk og analytisk fokus. Tre et halvt år efter, i begyndelsen af 2004, trådte de første sygeplejersker ud på afdelingerne med den nye studieordning i baglommen. Men ikke alle har været lige begejstrede for den nye viden i de unge hoveder.

Meldingen lyder, at mange, heriblandt ældre sygeplejersker, har været overraskede over, hvor lidt praktisk håndelag de nyuddannede sygeplejersker kommer på arbejde med. Og de erfarne kolleger har samtidig ikke helt anerkendt, at de nyuddannede sygeplejersker har en ny viden og en anden indgang til at løse problemerne, end de selv har.

To sygeplejekulturer mødes

For at hindre de nyuddannedes kvaler i at vokse sig så store, at de får ondt i maven før vagterne og ender med at forlade afdelingen eller faget, har adskillige af de større sygehuse indført introduktionsprogrammer, som går på tværs af afdelingerne.

Der er imidlertid stor forskel på, hvor omfattende de er, og på, hvem der har ansvaret for, at de bliver gennemført.

På Rigshospitalet drejer det sig f.eks. om én »

»»» 20 FALDER FRA FØRSTE ÅR

Andelen af sygeplejersker i dimittendårgangen 2003, der helt havde forladt faget et år efter studiets afslutning, er ca. 1 pct. af de beskæftigede og genuddannede. Det svarer til ca. 20 sygeplejersker. Det er lavt og har været nogenlunde konstant fra 1994-2003. Oveni kommer de sygeplejersker, som vælger at læse videre eller arbejder med undervisning og på vikarbureauer.

Kilde: Sygeplejerskernes mobilitet på arbejdsmarkedet. Notat fra DSR Analyse, juni 2007.

PLEJERSKER

”De nyuddannede er meget frustrerede. Det store problem er, at der ikke er nogen erfarne sygeplejersker, der har tid til at lære de nye op.”

Sygeplejerske og tillidsrepræsentant *Jeannette Larsen*, Aalborg Sygehus.

”Første gang, jeg skulle lægge en sonde, måtte jeg gøre det på mig selv for at øve mig, og der kom næsten en halv appelsin ud af næsen på mig bagefter. Sådan er det heldigvis ikke her.”

Afdelingssygeplejerske Ditte Krag Jakobsen, Hvidovre Hospital.

» fælles introduktionsdag, og derefter ligger introduktionen ude på de forskellige centre og afdelinger, mens Århus Sygehus har indført et introduktionsforløb til samtlige nyuddannede sygeplejersker. I løbet af fem temadage får de unge sygeplejersker mulighed for at lære nogle konkrete, praktiske færdigheder, f.eks. lægge en sonde og udregne medicin til smertebehandling. Dagene slutter med sygeplejefaglig vejledning, og de nyuddannede får mulighed for at udveksle erfaringer med hinanden.

”Vi håber at kunne foregribe, at de nyuddannede sygeplejersker helt flygter ud af faget,” siger Rikke Moustén, der er sygeplejerske, cand. cur. og uddannelseskonsulent.

Forløbet handler også om at få vist de unge sygeplejersker, hvilke forventninger afdelingerne har til dem, og hvad de selv kan regne med. Og så får sygeplejerskerne øvelser i, hvordan man prioriterer på en vagt. Forløbet ”Bachelor på spring” på Århus Sygehus har været obligatorisk siden 2006.

”Det er et vink med en vognstang til de enkelte afdelinger og hver af de nyuddannede sygeplejersker om, at det her prioriterer vi. Og det er et signal til afdelingsledelsen om, at det her skal de sørge for, at sygeplejerskerne får mulighed for at deltage i. For vi kan mærke, at der nogle steder begynder at mangle noget personale til at lære dem op. Specialiseringen er taget til, og hurtigheden og effektiv-

teten er gået op. Patientforløbene er blevet mere komprimerede,” siger Rikke Moustén og fortsætter:

”Samtidig har uddannelsen ændret sig. Den fremmer jo ikke deres muligheder for at komme ud som specialister i håndlag. Omvendt er mange af kollegerne på afdelingerne heller ikke vant til at samarbejde med sygeplejersker fra den generation og med den studieordning. De møder dem med en forundring, når de spørger: ”Har du ikke lagt en sonde før?” Men nogle af de nyuddannede hører det som en nedvurdering, og så rammes de af en mismodighed. Det er to sygeplejekulturer, der mødes. Og der er brug for dem begge.”

Lagde sonde på sig selv

Hvidovre Sygehus har indført 10 obligatoriske dage på tværs af afdelingerne, hvor de nyuddannede bl.a. bliver undervist i forskellige håndgreb. Og i det hele taget er hospitalet ”et pragteksempel” på, hvordan undervisning af både nyuddannede og erfarne sygeplejersker skal tilbydes udviklingsmuligheder, siger afdelingssygeplejerske på Lungemedicinsk Afdeling, Ditte Krag Jakobsen.

”De tager det virkelig seriøst over det hele. Jeg har på andre hospitaler tidligere oplevet, at ledelsen ikke mente, de her forløb var så vigtige,” siger hun.

Det er de.

Ditte Krag Jakobsen husker udmærket, hvordan det var at være nyuddannet sygeplejerske og pludselig stå med ansvaret mutters alene.

”Første gang, jeg skulle lægge en sonde, måtte jeg gøre det på mig selv for at øve mig, og der kom næsten en halv appelsin ud af næsen på mig bagefter. Sådan er det heldigvis ikke her,” siger hun.

Og slet ikke på hendes afdeling. Her går de nyuddannede sygeplejersker ofte rundt med den assisterende afdelingssygeplejerske i begyndelsen og får i øvrigt at vide, at de kan ringe til Ditte Krag Jakobsen klokken tre om natten, hvis de har vagt og i øvrigt har brug for det.

”De skal have al den opbakning, de overhovedet kan få. Som nyuddannet er man så opsat på at gøre alting rigtigt og har svært ved at prioritere. Derfor er det vigtigt, at vi som ledelse prioriterer sammen med dem. Og jeg giver dem hele tiden mulighed for, at der er tid til at tale om de oplevelser, de har. Hvor bange de er i forskellige situationer. Der er en grund til, at kommunikation fylder så meget på vores studie,” siger Ditte Krag Jakobsen.

Planerne ryger i vasken

Men ikke alle sygehuse har så obligatoriske forløb som på Århus Sygehus og Hvidovre Hospital. Et af problemerne for de nyuddannede sygeplejersker er, at kollegerne har for travlt til at følge programmerne. Og så er sygeplejerskerne lige vidt.

”De nyuddannede sygeplejersker forventer jo, at introduktionsprogrammerne følges. Men gang på gang ryger planen i vasken. Så er der en patient, som er meget syg og kræver pleje, så er en af kollegerne syge, så man skal fylde huller ud. Man har simpelthen for travlt. Man vil jo patienterne det bedste. Som nyuddannet er du ikke så god til at sige fra. At gå på kompromis med den gode pleje er meget sværere for en nyuddannet, end når du har fået noget erfaring. Det store problem er, at der ikke er nogen til at oplære de nye,” siger Jeannette Larsen.

redaktionen@dsr.dk

»»» JO FLERE ÅR, JO STØRRE FRAFALD

Flere sygeplejersker forlader faget, jo længere tid de har arbejdet med det. Jo længere tid efter studiets afslutning, jo færre sygeplejersker er beskæftiget inden for det primære fagområde. F.eks. er 78 pct. af dimittendårgangen fra 1993 beskæftiget inden for faget 10 år efter. På længere sigt falder andelen yderligere.

Kilde: Sygeplejerskernes mobilitet på arbejdsmarkedet. Notat fra DSR Analyse, juni 2007.

»»» FUP ELLER FAKTA

Der kommer mere viden om, hvad der går godt, og hvad der går galt om godt et års tid. Ph.d.-studerende Lars Thrysoe er i øjeblikket ved at undersøge en gruppe næsten færdiguddannede sygeplejestuderendes forventninger til at blive sygeplejerske og samme gruppes oplevelser af at være sygeplejersker på Enheden for Sygeplejeforskning på Syddansk Universitet. Han forventer at afslutte projektet til september 2009.

MANGLÉN PÅ OPLÆRING GJORDE USIKKERHEDEN ENDNU VÆRRE

Ingen intro. En dårlig begyndelse fik sygeplejerske Line Most til at sige sit første job op og rejse væk, efter hun blev færdig som sygeplejerske. Nu giver hun faget en chance igen. I hjemmeplejen.

AF NINA VINThER ANDERSEN, JOURNALIST • FOTO: THOMAS SØNDERGAARD

Line Most arbejder nu som glad og tilfreds sygeplejerske i hjemmeplejen i København, mens den thoraxkirurgiske afdeling siden er blevet nedlagt.

Det begyndte med en følelse af ikke at slå til. *Line Most* blev ked af det og mærkede dag efter dag energien og lysten til at arbejde sive væk. Det hele var hendes egen skyld, følte hun.

Så blev hun sygemeldt i to uger. Tilbage på arbejde overvejede hun, om hun kunne få det godt på afdelingen, for hun kunne heller ikke overskue at stå uden job.

Men efter mange og lange snakke med sin kæreste kunne hun mærke, at grænsen var nået. Så efter endnu en uge gik hun ind til den konstituerede afdelingssygeplejerske og sagde sit job op.

”Det var ikke det værd. At jeg gik så meget ned,” fortæller hun.

Det er tre år siden, at den da 26-årige *Line Most* fik sit første job som nyuddannet sygeplejerske på en thoraxkirurgisk afdeling på Gentofte Sygehus.

Hun holdt fire en halv måned på en afdeling, hvor kollegerne havde nok at se til. Så meget, at afdelingssygeplejersken gik ned med stress. Og i så høj grad, at kollegerne ikke havde tid til at sætte handling bag det introduktionsforløb, som ellers var blevet lovet *Line Most* og to andre, nyuddannede kolleger.

”Introduktionsforløbet blev overhovedet ikke fulgt. De havde lovet sygeplejefaglige møder, som blev aflyst. Hver eller hver anden uge skulle man mødes og få overblik over, hvordan det gik, og få dét ud, som man gik og havde inden i sig. De blev aflyst på grund af travlhed. Det oplæringsprogram og den undervisning, som vi var blevet lovet, blev ikke fulgt. Vi skulle bl.a. tage os af nyopererede spiserørspatienter, og det kan være rimelig kompliceret, så den oplæring var nødvendig. Når vi ikke fik det, betød det jo, at aften- og nattevagterne blev rimelig sure, når de fandt ud af, at vi efter et par måneder stadig ikke havde styr på det. Vi var i forvejen usikre, og manglen på oplæring gjorde bare usikkerheden endnu værre,” fortæller *Line Most*.

Intro uden intro

Den første dag på afdelingen var ellers gået fint. Hun havde mødt oversygeplejersken, lægerne og de andre kolleger og var blevet taget godt imod. De efterfølgende uger traskede hun i hælene på de erfarne sygeplejersker for at se, hvad der skete på afdelingen, og falde ind i rutinerne.



» En dag deltog hun i et møde om indlæggelses- og udskrivningssamtaler med en gruppe andre sygeplejersker.

”Jeg kom med et – synes jeg selv – konstruktivt spørgsmål til den måde, de gjorde det på, og da fik jeg et fur fra min kliniske vejleder, som blev meget gal. Jeg følte, at hun troede, at jeg ikke syntes, hun gjorde det godt nok. At jeg trådte ind på hendes område. Men det var jo slet ikke tilfældet,” siger hun.

Sammen med de to andre nyuddannede sygeplejersker ventede Line Most hele tiden på, at introduktionsforløbet startede. Det gjorde det ikke. Til gengæld fik de fem-seks vagter om måneden og blev ofte bedt om at tage en dobbeltvagt, en time før vagten udløb. Ved vagtplanlægningen var det et spørgsmål om, hvem der var gode venner med den sygeplejerske, der havde ansvaret for planlægningen.

Efter endnu nogle uger nævnte Line Most over for sine kollegaer på afdelingen, at hun ikke var så glad for at være der på grund af den manglende oplæring og travlhed.

”Så blev de kedede af det og sagde: Line, sådan skal det ikke være, vi skal nok gøre det bedre. Så gik der et par dage, og så havde de glemt det,” siger hun.

I løbet af de næste par måneder blev personalet inviteret til tre forskellige sociale arrangementer. Desværre lå de alle på de aften- eller nattevagter i weekenderne, som Line Most var sat på. Så hun nåede aldrig at deltage.

”Jeg savnede at blive inddraget i det sociale fællesskab. Ikke fordi de skulle blive mine bedste venner, men bare at blive en del af fællesskabet,” siger hun.

Glad for hjemmeplejen i København

Faktisk var hendes første faste arbejde som nyuddannet sygeplejerske så belastende, at hun var tæt på helt at droppe sygeplejen. Efter hun sagde op, fik hun arbejde som fast vikar i hjemmeplejen og rejste så efter kort tid til Zürich i Schweiz med sin kæreste. Her blev hun gravid, og mens hun var på barsel, overvejede hun at læse videre.

”Jeg blev virkelig skræmt af min første oplevelse. Jeg troede, det var mig, der var noget galt med. Men jeg syntes alligevel, at det var synd at give op så hurtigt, for sygeplejerske er det, jeg gerne vil være.”

Da hun og kæresten vendte hjem, besluttede hun sig for at give faget endnu en chance. Men det skulle være i hjemmeplejen i København, hvor hun havde været glad for at være vikar.

Her er hun endnu.

”Jeg er rigtig, rigtig glad for at være her. Der er også stresset i hjemmeplejen, men på en helt anden måde. Jeg er blevet godt modtaget fra starten, og de tager sig godt af én. Og accepterer, at jeg er, som jeg er.”

redaktionen@dss.dk

HVOR GOD ER DU TIL AT TAGES IMOD NYUDDANNEDE KOLLEGER?

SPØRGSMÅL 1

Lægesekretæren henvender sig til dig med en journal med notater, som skal godkendes, fordi du den pågældende dag er den sygeplejerske med mest erfaring på afdelingen. Egentlig er notaterne den nyuddannede sygeplejerskes ansvar, for hun har stået med patienten stort set hele dagen. Hvad gør du?

- A) Tjekker, at alle notater er korrekte, og skriver under.
- B) Beder lægesekretæren om at gå hen til den nyuddannede kollega, som har haft ansvaret for patienten.
- C) Tager journalen fra lægesekretæren og går selv hen til den nye sygeplejerske med notaterne.

SPØRGSMÅL 2

Du står ved en operationspatient med en nyuddannet kollega, og pludselig sprøjter der blod ud over hende. Hun kommer med et kraftigt udbrud og ser ud, som om hun væmmes. Hvad gør du efter operationen?

- A) Kommenterer hurtigt episoden over for hende og siger: ”Det skal du ikke tage dig af, det værner man sig hurtigt til.”
- B) Glemmer episoden.
- C) Trækker hende til side og spørger ind til, hvorfor hun reagerede, som hun gjorde, og hvordan hun har det nu.

SPØRGSMÅL 3

Det er torsdag, du har fået ansvaret for vagtplanen, og der er en sygdomsmeddeling til den kommende weekend. Vikar er ikke en mulighed. Hvordan får du dækket weekenden ind?

- A) Du spørger den nyuddannede, om hun ikke lige kan tage en dobbeltvagt lørdag.
- B) Du spørger din veninde, som samtidig er den mest erfarne kollega, og som ikke har haft en weekendvagt i otte uger, fordi hun hader dem.
- C) Du tager den selv, som du plejer.

SPØRGSMÅL 4

Dit mindste barn har fået øjenbetændelse, natten før dagen hvor en nyuddannet sygeplejerske på din afdeling skal på et vigtigt kursus. Hvad gør du?

- A) Gør alt, hvad du kan for at få din mand eller en af jeres nærmeste til at passe barnet.
- B) Tager barnets første sygedag, selvom du ved, at din kollega så ikke kommer på kursus.
- C) Tager barnets første sygedag og håber på, at færre patienter end forventet er indlagt, og afdelingssygeplejersken finder ud af at sende vedkommende af sted alligevel.

SPØRGSMÅL 5

En nyuddannet sygeplejerske spørger dig og dine kolleger, om I har hørt om lean-modellen. Hvad gør du?

- A) Du svarer ja selvfølgelig, vel vidende at du ikke har helt styr på, hvad den præcist går ud på, da du ikke har lyst til at blive belært af din nye kollega.
- B) Siger ja, men vi har desværre ikke tid til at høre om den lige nu.
- C) Svarer ja, vi har indført den, men hvis du mener, vi kan gøre det mere fornuftigt, vil vi da gerne høre din mening.

Se hvordan du har scoret på side 34.





Fra første arbejdsdag har Line Knudsen følt sig som ligeværdig kollega, samtidig med at hun har kunnet stille alle de dumme spørgsmål, hun stod med som nyuddannet sygeplejerske.

EN VIRKELIG GOD START GAV STOR TRYGHED

Godt begyndt... Når sygeplejerske Line Knudsen er så glad for sit arbejde på Århus Sygehus, skyldes det bl.a. en rigtig god modtagelse og oplæring.

AF NINA VINTHER ANDERSEN, JOURNALIST • FOTO: CHRISTOFFER REGILD

”Når du selv er klar.”

Sådan lød svaret på *Line Knudsens* spørgsmål om, hvornår hun skulle have sin første nattevagt. For på Neurologisk Apopleksiafdeling F2 på Århus Sygehus har de nyuddannede sygeplejersker stor indflydelse på, hvornår de skal tage mere og mere ansvar.

Det er knap ni måneder siden, Line Knudsen blev ansat i sit første ”rigtige” job som sygeplejerske efter eksamen og en lang sommerferie. Hun elsker sit fag, sin afdeling og det sygehus, hun arbejder på.

”Det har rigtig meget at gøre med, at jeg er blevet taget så godt imod,” siger hun.

Som nyuddannet sygeplejerske er Line Knudsen automatisk kommet med på Århus

Sygehus’ introduktionsforløb, hvor hun i løbet af fem temadage og sammen med andre ligesindede på tværs af afdelingerne er blevet undervist i sygeplejefaglige emner og har øvet sig i praktiske færdigheder som at lægge kateter.

Noget, hun ikke havde prøvet før.

”Det har været et godt afbræk. Jeg har været ligeværdig med alle de andre, og vi har kunnet stille alle de dumme spørgsmål. Det har udelukkende handlet om vores udvikling, både fagligt og personligt.”

I gang efter få uger

De første dage på hendes nye arbejde gik med en introduktion til sygehuset, hvor Line

Knudsen sammen med de andre nyansatte hørte om alt fra hygiejneforskrifter og tillidsmandssystemet.

De to første arbejdsdage på afdelingen gik hun rundt i sit eget tøj og uden uniform. En erfaren kollega fra afdelingen tog Line Knudsen og tre andre nyansatte med rundt på afdelingen, og sammen gennemgik de stille og roligt alle papirer, formularer og procedurer og talte om, hvordan forløbet var for patienter med apopleksi på netop afdeling F2.

”Det var en virkelig god start. I starten kunne vi ikke omsætte det til praksis, for vi havde ikke set nogle af patienterne endnu, men det gav os en stor tryghed,” fortæller Line Knudsen.

» Det vigtigste var imidlertid, at afdelingsledelsen lod hende selv bestemme, hvornår hun var parat til at tage ansvar.

”Der var ikke noget med, at: ”Efter de her uger skal du i vagt.” Men: ”Når du er klar, kan du bare sige til. Og det med vagterne – det snakker vi om løbende.” Det gav os en masse ro i starten. Som nyuddannet føler du dig på den ene side aldrig klar, men omvendt vil de fleste af os jo rigtig gerne ud og have patienter og ansvar, så der gik ikke mange uger, før vi var i fuld gang,” siger Line Knudsen.

På en akut afdeling er der sjældent tid til at spise frokost sammen. Til gengæld er det en afdeling med gode, sociale traditioner, f.eks. julefrokost og kvindeløb.

”Det betyder meget, for det er ikke meget, man får talt privat med sine kolleger i arbejdstiden,” siger Line Knudsen.

Udgangspunkt i de nyes behov

Nogle af hendes tidligere medstuderende og nuværende kolleger fortæller lignende, positive erfaringer fra deres afdelinger. Mens an-

dre er lidt mere klemte. ”Jeg hører, at det fungerer meget forskelligt rundt omkring. Nogle er blevet kastet ud i noget, de ikke kunne overskue. Og jeg hører også om nogle, der har skiftet afdeling, fordi de ikke kunne forsvare det, de oplevede, hverken fagligt eller personligt. F.eks. at de kom i nattevagt efter 14 dage. Det afhænger meget af ressourcerne på afdelingen, men jeg tror, de ekstra penge er godt givet ud – også for at fastholde os. Som situationen er nu, kan vi jo få et andet arbejde med det samme,” forklarer hun.

Hun har løbende talt med sin afdelingssygeplejerske om, hvad hun har nået, og hvad hun gerne vil have fokus på. De samtaler er blevet plottet ind i vagtplanen, så det er tydeligt for enhver, at hun og afdelingssygeplejersken bruger tiden på det.

Samtidig er hun to gange mødtes med en mentor, som har støttet hende.

Og selvom Århus Sygehus' forløb ”Bachelor på Spring” er et obligatorisk forløb, advarer Line Knudsen mod at mejsle introduktionsprogrammer ud i sten, der ikke står til at flytte.

”De afdelinger, der har et meget fast forløb, går det meget nemmere galt for. For hvis man har den forventning, så bliver man meget nemmere skuffet. Det er godt, at det er planlagt, men på en måde, der tager udgangspunkt i mine behov.”

redaktionen@dsr.dk



HVOR GOD ER DU TIL AT TAGE IMOD NYE KOLLEGER. SCORE.

Svar på testen side 32.

Spørgsmål 1

A = 0
B = 2
C = 1

Spørgsmål 3

A = 0
B = 2
C = 1

Spørgsmål 5

A = 0
B = 1
C = 2

Spørgsmål 2

A = 1
B = 0
C = 2

Spørgsmål 4

A = 2
B = 0
C = 1

Har du næsten udelukkende 2-taller? Så er du med til at give de nyuddannede sygeplejersker en god start og modtagelse i deres nye job. Har du flest 1-taller eller 0'er, skulle du overveje at vise nyuddannede sygeplejersker på dit job mere åbenhed og give plads til usikkerhed og refleksion.

SOM NYUDDANNET SYGEPLEJERSKE KAN DU FORVENTE

- Forundring over, at du aldrig har lagt en sonde og i det hele taget mangler den praktiske erfaring, som mange tager for givet.
- Ambivalens mellem, hvad du gerne vil, og hvad du kan på nuværende tidspunkt.
- Manglende overblik.

Det kan du selv gøre

- Gør dig klart, hvad du kan og ikke kan.
- Spørg om hjælp. Vær ærlig om dine svagheder og sig ligeud: Jeg har aldrig prøvet!
- Hold ud! Det er altid svært at starte. Det kan tage mindst et år, før du føler, du er helt faldet til.
- Tal med andre nyuddannede og snak om jeres oplevelser.
- Få læst det, du mangler. Det er en ærlig sag at springe emner over under uddannelsen og eksamen, men få det læst nu, hvis det er vigtigt på den afdeling, du er på. Eller spørg: Er der noget særlig vigtigt i forhold til specialet, som jeg bør have læst?
- Mærk efter, hvordan du har det og luk op for din tvivl og usikkerhed, når du mærker, der er mulighed for det.

GODE RÅD TIL AFDELINGSLEDEREN

- Tag god oplæring seriøst. Prioritér oplæringsprogrammet fuldt ud – men vær også parat til at justere det efter den enkeltes behov.
- Erkend, at de nyuddannede ikke kan arbejde 100 pct. effektivt det første stykke tid.
- Sæt tid af til at få nye medarbejdere ind i afdelingen.
- Inddrag dem i de dilemmaer og paradokser, du møder i din hverdag.
- Vær opmærksom på, at de sygeplejersker, der uddannes nu, har andre teoretiske forudsætninger, f.eks. til kvalitetssikring og det at forholde sig kritisk til retningslinjer – og du kan rent faktisk bruge deres viden.
- Sørg for, at der er tid og rum til at skabe en tryk følelse, hvor de nyuddannede kan lette deres hjerter.

SOM KOLLEGA KAN DU FORVENTE

- De nyuddannede mangler praktisk erfaring og håndlag, som de først skal lære.
- De vil oftere sætte spørgsmålstejn ved den måde, du og dine kollega gør jeres arbejde på eller de procedurer, afdelingen har indført. Det er ikke af ond vilje, men for at I kan udvikle jer i fællesskab.

Det kan du selv gøre

- Vær nysgerrig og opsøgende over for dine nyuddannede kolleger.
- Vær opmærksom og spørg dem, hvordan det går, og om du kan hjælpe dem.
- Vær ekstra opmærksom på usædvanlige episoder og spørg, om de har brug for at de-briefe.
- Tag dem med rundt eller sig: Jeg er lige herinde, hvis du har brug for hjælp.
- Anerkend, at de har en viden, du kan bruge. Spørg f.eks.: Hvordan ville du have gjort i den her situation? Eller sig: Hvor er det godt, du nævner det ...
- Anerkend dem i konkrete situationer.
- Prioritér at drikke en kop kaffe eller spise frokost med dem en gang imellem.

Kursus i Sår og sårbehandling



Videntcenter for Sårheling, Bispebjerg Hospital tilbyder 4-dages kursus i sår og sårbehandling for at imødekomme behovet hos de sygeplejersker, der ikke er interesseret i diplomuddannelse, men gerne ønsker viden om sår og sårbehandling samt at etablere et netværk til andre sårinteresserede personer.

Målgruppen er sygeplejersker med interesse i og noget kendskab til sårbehandling/sårbehandlingsprodukter med behov for opdatering i grundlæggende sårbehandlingsprincipper

Dato: 28.10-31.10.08 (internat).

Sted: Hotel Frederiksdal, Virum.

Pris: kr. 7.795,00. (uden overnatning kr. 4.995,00).

Tilmeldingsfrist: 15.8.08.

Yderligere information og tilmelding findes på www.CWHC.dk

FOKUSERET STUDIEBESØG



Videntcenter for Sårheling, Bispebjerg Hospital tilbyder fokuseret studiebesøg. Formålet er at give opdateret viden indenfor sårbehandling samt orientere om centrets retningslinier for pleje og behandling af patienter med sår. Undervisningen veksler mellem teori og work-shops.

Målgruppen er sundhedsfagligt personale med interesse i og noget kendskab til sårbehandling/sårbehandlingsprodukter med behov for opdatering i grundlæggende sårbehandlingsprincipper.

Dato: 7.10.08, kl. 9-15,30

Sted: Videntcenter for Sårheling, Bispebjerg Hospital

Pris: kr. 1.000,00.

Tilmeldingsfrist: 22.8.08.

Yderligere information og tilmelding findes på www.CWHC.dk

PÅ HAMLET

>>> DIN BEDSTE OPLEVELSE MED EN PATIENT I DEN SENESTE UGE?

"En brystopereret patient, der ringede for at fortælle, hvordan det var gået med hendes kemoterapi. Den måde, patienterne siger tak på og kan finde på at ringe og spørge, om man er i vagt."



Der er ren sygeplejerskebehandling på Hamlet Søborg, normalt seks-otte sygeplejersker i dagvagt. Jeanet Ingemann Nielsen (midt) kigger på dagens program sammen med Nina Messmann (th.), der koordinerer de mange stramt planlagte forløb. Forrest Inge Lise Henneberg.



Overlæge Lars Meinert hører til den faste lægestab på Hamlet Søborg. Der er fastansatte læger i alle specialerne, men også en del, der kommer udefra, de såkaldte konsulenter.



Sisse Thomsen fik en brystreduktion i går, og sygeplejerske Jeanet Ingemann Nielsen gennemgår resten af forløbet og de forholdsregler, hun skal tage. F.eks. fontørre mikroporeplasteret, når hun har været i bad.

HAR VI OVERSKUD TIL PATIENTERNE

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: MORTEN NILSSON

Ekstra omsorg. Privathospitalet Hamlet har udvidet med et nyt hospital i TV-Avisens gamle lokaler. Gode arbejdsforhold og tid til at gøre en forskel er det afgørende for sygeplejerskerne.



Jeanet Ingemann Nielsen har hentet Grete Knudsen og hendes mand ude i receptionen, informeret om den forestående operation og efterforløbet sammen med den opererende overlæge og er nået til de sidste forberedelser. Grete Knudsen skal have fjernet galdeblæren laparoskopisk.



Terkil Kristensen skal drikke så meget, han overhovedet kan, efter sin prostataoperation, får han at vide. Der hører avis og egen termokande til hans morgenmadsbakke, ligesom hver patient på tosengsstuerne har sit eget fladskærms-tv.



Birgit Stoklund (tv.) og Sisse Thomsen (th.) er gået sammen fra deres tosengsstue for at spise morgenmad. På Hamlet Frederiksberg er der enestuer, men en patientrundspørge viste, at patienterne gerne vil have selskab, derfor er Hamlet Søborg indrettet med tosengsstuer.

Sygeplejerske *Jeanet Ingemann Nielsen*, Privathospitalet Hamlet, har allerede nået at modtage en patient til en fedmeoperation, inden *Sygeplejersken* efter aftale stiller klokken halv otte i den gamle TV-By i Søborg, hvor Hamlet åbnede et nyt hospital 1. januar.

En kollega er syg, så Jeanet Ingemann Nielsen blev lige nødt til at møde tre kvarter tidligere, selv om hun havde aftenvagt dagen i forvejen, forklarer hun: "Vi er meget fleksible her."

Det ser vi mange eksempler på i løbet af formiddagen, hvor hun får adskilligt fra hånden, samtidig med at hun tager sig af fire patienter, der blev opereret dagen før, og modtager en ny.

Kommer der ingen mælk ud af kaffeautomaten i patienternes morgenmadscafé? Hun lukker maskinen op og sætter en slange på plads. Ringer en af kirurgerne og siger, at han sidder fast i trafikken? Jamen så løber man da lige over på OP og giver besked.

Jeanet Ingemann Nielsen har været på Hamlet i to år og kunne ikke tænke sig at vende tilbage til det offentlige sundhedsvæsen.

"Ikke som det er i dag," siger hun. "Her har vi det overskud til patienterne, som der også engang var i det offentlige."

Hun får en god løn og personalegoder som sundhedsforsikring og kantine med frokostordning. Men det er ikke det vigtigste:

"Det er ånden. Den gode stemning og den vægt, vi lægger på kvalitet. Det er rart, når patienterne giver udtryk for, at du har gjort en forskel for dem."

Kommandovejene er korte, og direktørens dør står åben, hvis der er et problem.

"Vi er på en måde som de gamle provinshospitaler, hvor alle kender alle. Ulempen er så, at tingene ikke er så specialiserede. Men det er vi i gang med at kompensere for ved at danne specialeteam."

Hamlet Frederiksberg har beholdt den hårde kirurgi, det nye hospital i Søborg tager al den bløde, og ikke mindst fedmeoperationerne er i kraftig vækst.

Nogle patienter, f.eks. mange plastikkirurgiske, betaler selv. Nogle har sundhedsforsikringer gennem deres arbejde. Og så er der de patienter, som bliver henvist, når det offentlige ikke kan overholde behandlingsgarantien. Det gælder f.eks. næsten alle de urologiske patienter.

Mange sygeplejersker i Søborg er flyttet med fra Frederiksberg, og de har i høj grad været med til at planlægge og indrette de nye afsnit.

En sygeplejerske er funktionschef i sengeafsnittet, men der er stadig mange muligheder for at tage et ansvar. Jeanet Ingemann Nielsen står f.eks. for lønregnskab og ferie-regnskab.

Hvad skal man specielt kunne som sygeplejerske for at være her?

"Man skal både have en bred kirurgisk erfaring og være indstillet på opgaver, som sygeplejersker normalt ikke har, tømme opvaskemaskinen og flytte tider for patienterne. Man skal være serviceminded. Man må godt servere en kop kaffe eller sige "der er kaffe derude" – selv om patienterne har fået at vide, at de bare skal tage selv."

Sundhedsplejerske med svaghed for udsatte grupper

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST • FOTO: SIMON KNUDSEN

En cykelstafet for sundhedsplejersker fra Skagen til København midt under konflikten. En pludselig indskydelse, sundhedsplejerske *Charlotte Baeré* fik, fordi hun mener, der er brug for at gøre opmærksom på sundhedsplejerskers kompetencer og lange uddannelse. Hun havde ikke forestillet sig, at idéen blev så stor en succes, at hun pludselig befandt sig i rollen som koordinator for en landsdækkende cykelstafet og kom til at tale i telefon med sundhedsplejersker i alle kommuner. Flere tusinde sundhedsplejersker deltog i stafetten, og omkring 300 var med til at aflevere den på Christiansborg den 7. maj under festlige forhold.

Til daglig i konfliktfrie tider er Charlotte Baeré sundhedsplejerske i Køge Kommune. Et job, hun har ønsket, lige siden hun startede på sygeplejerskeuddannelsen i 1991. Egentlig var hun først startet på medicinstudiet, men efter første del tog hun orlov og arbejdede som lærervikar. Her mødte hun skolens sundhedsplejerske, og så kom tanken "det er det, jeg skal". Hun er 44 år, uddannet som sygeplejerske i 1994 og som sundhedsplejerske i 2002.

Hun er vokset op i Magleby uden for Køge, hvor hun også bor i dag i en nedlagt skole sammen med sin mand *Niels* og børnene *Loui* på 12 år og *Merle* på 17 år.

Min funktion

Jeg er både ude i hjemmene, arbejder i åben rådgivning og er med til at sætte nye projekter i gang. Jeg brænder for projekter som Det etni-

ske sundhedshus og et sundhedshus for unge, som jeg gerne vil etablere i samarbejde med ungdomsskolen og forebyggelsesafdelingen i kommunen.

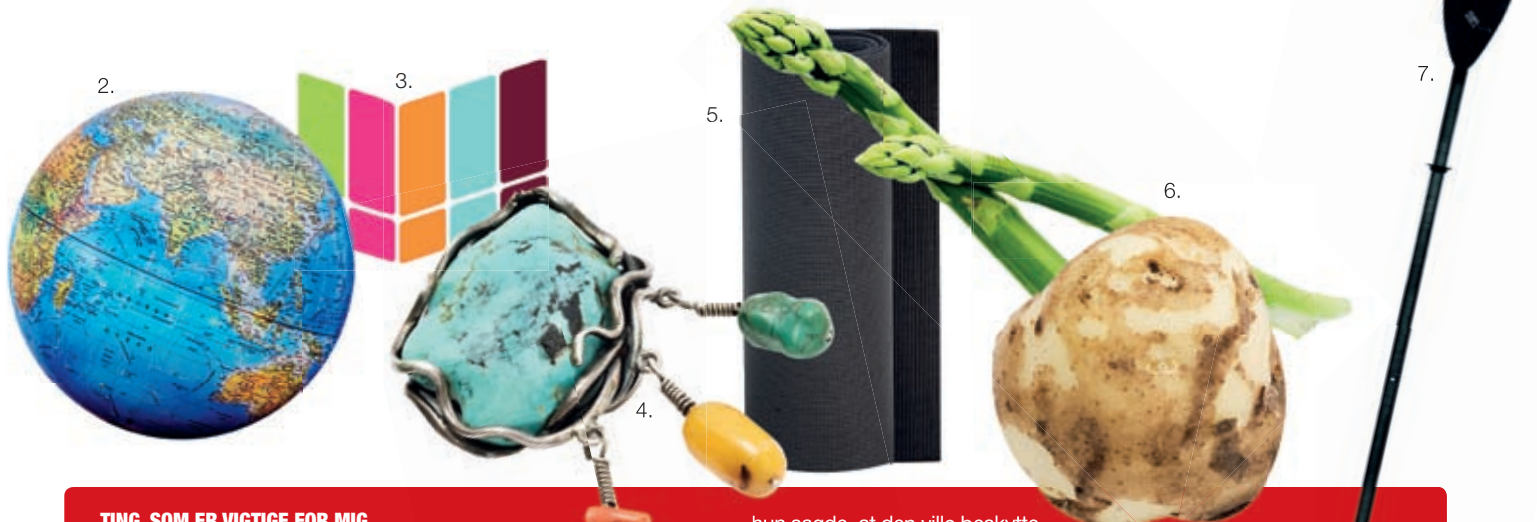
Lige nu

Inden konflikten startede, var jeg i fuld gang med et "du bestemmerkursus" for seks overvægtige unge på ca. 15 år. Unge, som er blevet svigtet gang på gang. Inden vi startede forløbet, havde vi derfor garderet os imod, hvad der kunne gå galt. Derfor er jeg rigtig ked af, at konflikten brød ud lige midt i forløbet, og de unge igen blev svigtet.

Forløbet for de unge er et samarbejde mellem forebyggelsesafdelingen og ungdomsskolen for unge efter "kys" og KRAM-faktorerne (kost, rygning, alkohol og motion, red.), som vi kalder det. De bliver coachet i både individuelle og gruppeforløb, og vi har arrangeret anderledes motion i form af bl.a. GPS-orienteringsløb, skateboard- og dykkerkurser.

Om fem år

Er jeg stadig sundhedsplejerske, men jeg vil helt sikkert være i gang med at finde nye projekter at kaste mig over. Jeg vil gerne tage en masteruddannelse, men jeg har været lidt i tvivl om, hvordan jeg skulle sammensætte den. Nu er jeg kommet frem til, at det skal være noget, der kombinerer kommunikation, idræt og public health.



TING, SOM ER VIGTIGE FOR MIG

1. Min cykel rummer gode minder, den er et vigtigt transportmiddel både til hverdag og i ferier. Vi har kørt jorden rundt på cykel med vores datter, da hun var tre år. På arbejdet bruger jeg oftest bil pga. lange afstande, men når det kan lade sig gøre, tager jeg cyklen.
2. Hver vinter får jeg en stærk trang til at komme til Indien eller et andet sted i Østen. Mine kolleger kan faktisk se det på mig, og så siger de: "Trænger du til Indien, Charlotte." Vi rejser af sted hvert år.
3. Farverne på Det Etniske Sundhedshus' logo symboliserer mangfoldighed.
4. Jeg har fået denne turkis i fiskesnøre af en tibetansk kvinde, og

hun sagde, at den ville beskytte mig. Den rummer en magisk kraft, det er jeg ret overbevist om.

5. Hver morgen laver jeg yogaøvelsen "De fem tibetanere".
6. Råvarer skal være rene, uden tilsætningsstoffer og andet kunstigt. Jeg kan godt lide, at ting er simple som kartofler, og at plastik er plastik og ikke noget andet. Det handler grundlæggende om æstetik.
7. Vi bor ved Køge bugt, og der er ikke noget bedre end at ro ud i kajak, når der er havblik, og man er ét med himmel og hav. Særlig fedt i fuldmåne. Det er også effektivt at ro ud i bølger, når man er skrupsur og skal have brændt noget energi af.



1.

GRØNNE, GULE OG RØDE

Sunde maver. Nordsjællands Hospital har indført en graviditetspolitik, der skal gøre det sikkert for gravide at arbejde så længe som muligt.

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

Arbejdsgivere har pligt til at sørge for, at gravide medarbejdere ikke bliver udsat for risiko for fare under graviditeten. På Nordsjællands Hospital gik ledelsen og arbejdsmiljøteamet for halvandet år siden i gang med at risikovurdere alle arbejdspladser og funktioner med henblik på at gøre arbejdet sikkert for gravide medarbejdere. Alle arbejdspladser og funktioner får hhv. farven grøn, gul eller rød alt efter, hvor sikre de er. Grøn betyder, at den gravide kan arbejde uden risiko. Gul er de steder, hvor den gravide kan arbejde med forbehold, mens rød er der, hvor den gravide slet ikke må arbejde.

Når en medarbejder fortæller sin leder, at hun er gravid, får hun udleveret folderen "Tillykke med din graviditet", hvor hun kan læse om formålet med graviditetspolitikken. Leder og medarbejder aftaler dernæst tid til en samtale, hvor de i fællesskab udfylder en risikovurdering i forhold til den gravides arbejdsopgaver.

Samme hensyn til alle

Gynækologisk afdeling er én af de afdelinger, der har taget den nye graviditetspolitik i brug.

Det er en afdeling, som ifølge afdelingssygeplejerske *Birgitte Rasmussen* lider under dårlige fysiske rammer i form af små tosenkstuer, som generelt er et problem for arbejdsmiljøet. Der er grønne arbejdsopgaver, som alle kan klare, men der er også røde opgaver som f.eks. tunge løft og pleje til patienter i kemobehandling. Et gult område er f.eks. pleje til patienter, der har haft en sen abort.

"Det kan være en svær situation for både den gravide sygeplejerske og patienten, som har haft en sen abort, og derfor aftaler vi, om den enkelte sygeplejerske fortsat ønsker den opgave," siger Birgitte Rasmussen, som har haft fire graviditetssamtaler, siden den nye politik blev taget i brug på afdelingen.

"Tidligere tog vi også hensyn til de gravide, men graviditetspolitikken er et godt redskab, for den sikrer, at der bliver taget det samme hensyn til alle gravide, at vi kommer rundt om alt, som er relevant, og at alle har ret til at diskutere deres arbejdsmiljø," siger hun.

Fri for ulempevagter

Graviditetspolitikken er også med til at understrege, at den gravide har nogle særlige muligheder. F.eks. for at slippe for nattevagter eller andre ulempevagter.

"I politikken står der, at vi tilstræber, at den gravide kan fritages fra ulempevagter fra graviditetsuge 28 eller efter aftale. Men ønskerne er individuelle, der er f.eks. nogle, der har det bedst med aftenvagter. Vi er heldige, at vi har alle stillinger besat, og at vi har andre medarbejdere, som godt vil dække vagterne. Derfor har vi ikke haft problemer med at tage hensyn til de gravides ønsker," siger Birgitte Rasmussen.

Nordsjællands Hospital har endnu ikke målt, om sygefraværet blandt de gravide medarbejdere er blevet mindre efter indførelsen af graviditetspolitikken.



ZONER FOR GRAVIDE

Line Dalgaard og Astrid Mortensen er sygeplejersker på Hæmatologisk Sengeafdeling 5052 på Rigshospitalet og venter deres børn i sommeren 2008. De har sagt ja til at være fotomodeller med deres gravide maver, men de medvirker ikke i artiklerne.



»» SYV UD AF 10 GRAVIDE SYGEPLEJERSKER BLIVER SYGEMELDT

Bækkenløsning, plukkeveer, træthed og humørsvingninger er blandt årsagerne til, at 65 pct. af alle gravide i arbejde er sygemeldt i graviditeten og gennemsnitligt har 46 dages fravær. Sygeplejersker har højere graviditetsfravær end gennemsnittet, syv ud af 10 bliver sygemeldt. Tallene stammer fra en undersøgelse, som FTF, hovedorganisation for 450.000 offentligt og privatansatte, gennemførte i 2005 med tal fra Danmarks Statistik.

»» DIN KROP FORANDRER SIG

I takt med at maven vokser, sker der forskellige hormonelle forandringer med din krop. Ledbåndene bliver blødgjort, for at bækkenet kan tilpasse sig barnet ved fødslen, og det betyder også, at dine led ikke længere er så godt beskyttet. Derfor får du brug for at sidde mere ned og holde flere små pauser. I de sidste måneder kan du få ledsmerter og dårligere stabilitet særligt i lænderyggen og i bækkenet. Livmoderens tryk på de store blodårer kan medføre hævede ben og tendens til åreknuder. Motion er vigtigt, fordi det styrker dine knogler, muskler og led, og fordi det er godt for dit humør og velvære.

Kilde: www.gravidmedjob.dk

»» PAS PÅ STRESS

I en stor undersøgelse fra Århus Universitetshospital, Skejby, har forskere fundet en mulig sammenhæng mellem stress under graviditeten og senere dødfødsel. Knap 20.000 gravide deltog og vurderede på et spørgeskema deres stressniveau på en række punkter i forhold til en måned forinden. Ud fra svarene blev der lavet en samlet stress-score. De kvinder, der scorede højest, var sammenlignet med kvinder med en middel score mere udsat for at få et dødfødt barn. I undersøgelsen blev der taget højde for en række andre faktorer, herunder rygning under graviditet, men ingen af disse faktorer kunne tilsyneladende forklare resultaterne. Forskerne kender ikke årsagerne til, at stress påvirker risikoen for dødfødsel. Der er ca. 150-200 dødfødsler årligt, hvor barnet dør fra graviditetsuge 28 eller senere.

Sygeplejersker og storpolitik

Der er mange ting på spil i vores strejke. Først og fremmest mere i løn til sygeplejerskerne og vores kolleger i Sundhedskartellet. Men også lige løn for lige uddannelse. Rekruttering og fastholdelse i det offentlige sundhedsvæsen. Og fremtiden for den danske aftalemødel.

Det er ikke småting, vi er gået i kamp for.

I virkeligheden har vi med vores konflikt bevæget os midt ind på den storpolitiske bane. Det, tror jeg, er der mange, der er trætte af – både blandt arbejdsgiverne og politikerne på Christiansborg. De havde meget hellere set, at vi var de pæne piger, der stillede os op i køen bag de andre offentligt ansatte. De ville ønske, at vi var mere beskedne og ydmyge.

Men de må tro om igen.

Vi vil ikke finde os i uligelønnen længere. Det handler ikke om at være begærlige, som statsministeren formulerede det i sin nytårstale. Men sygeplejerskerne vil ganske enkelt ikke blive ved med at halve 27 procent bagefter de privatansatte. Vi vil ikke se stiltiende på, at det offentlige sundhedsvæsen bliver drænet for sundhedsprofessionelle. Det må være slut med, at den danske aftalemødel spænder ben for ligeløn.

Derfor har vi indtil videre kæmpet i 8 uger. Det er historisk længe. Både for Dansk Sygeplejeråd og det danske sundhedsvæsen. Men det er også en historisk kamp, vi har påbegyndt. Kvindernes valgret kom ikke af sig selv for 100 år siden. Det krævede en massiv indsats af fremsynede kvinder, og det tog hele 11 behandlinger i Landstinget – og avlede en utrolig modstand fra beslutningstagerne.

Det samme er vi ude for i dag i vores kamp for ligeløn.

Man skulle egentlig tro, at der i et moderne velfærdssamfund som det danske var større lydhørhed for vores ligelønkrav. Vi kræver jo ikke urimeligheder. Vi kræver blot, at vi på sigt skal have det samme i løn som de privatansatte, der har samme uddannelsesniveaue som os. Det er der bred opbakning til i befolkningen. Så hvornår gør arbejdsgiverne og Folketinget noget ved det?

En ting er helt klart: Vi mener kampen for ligeløn dybt alvorligt. Uanset hvad der sker i den kommende tid, kommer sygeplejerskerne igen. Vi er som en korkprop, der vil blive ved med at komme op til overfladen. Vi finder os ikke i at blive holdt nede.

"Vi kræver jo ikke urimeligheder. Vi kræver blot, at vi på sigt skal have det samme i løn som de privatansatte, der har samme uddannelsesniveaue som os."



Connie Kruckow, formand



Jeg er også en del af konflikten!

Af Lisbeth Jensen, sygeplejerske

 Kære Connie Kruckow!

Jeg er nu ca. en måned inde i mit arbejdslivs første konflikt, og det er slet ikke, som jeg havde forestillet mig (eller håbet på). Jeg arbejder på en kræftafdeling og er derfor undtaget fra konflikten, så jeg var spændt på, hvordan jeg selv og vores afdeling ville komme til at mærke konflikten. Vi er mange unge sygeplejersker på afdelingen, og selv om de færreste af os har prøvet at være en del af en konflikt før, var opbakningen stor – og ærgrelsen over ikke at kunne deltage aktivt i konflikten næsten endnu større. Stor var skuffelsen derfor, da vi allerede fra dag ét måtte se til, mens FOA's medlemmer tydeligt markerede deres opbakning til de strejkende kolleger ved hjælp af badges og T-shirts (udleveret af deres TR).

Dagligt har vi diskuteret konfliktens udvikling og parternes håndtering af samme – og jeg må desværre sige, at FOA og Dennis Kristensen vinder klart på point, hvis du spørger os! Vi synes, at du og DSR er noget nær usynlige i medierne, og de eventuelle konsekvenser deraf er begyndt at bekymre os. Det står klart for enhver, at en konflikt "vindes" ved at skabe sympati hos befolkningen, så politikerne ikke føler sig nødsaget til at gribe ind.

For godt en uge siden lød så meldingen om, at strejken var slut. Sendt ud via alle medier. Og det i sig selv siger jo lidt om forskellen på FOA's og DSR's succes med at synliggøre sig i medierne. For strejken er jo langt fra ovre for DSR's medlemmer.


Tilbage står vi sygeplejersker stadig med et krav om mere i løn, men også med ønsket om, at vores fag får en højere status i samfundet og dermed også den respekt og værdsættelse, vi fortjener. Men hvordan skal vi nogensinde opnå det, når vi ikke engang formår at synliggøre os under en konflikt? I dag går jeg på arbejde, som om intet var hændt. Jeg har måske lidt mere travlt end vanligt, men ingen kan se eller mærke på mig, at jeg er en del af konflikten. Og det er ærligt talt svært at opretholde gejsten til at engagere sig personligt, når jeg ikke føler, at jeg er en del af konflikten.

Så kære Connie Kruckow, glem nu ikke "os på gulvet".

Giv os nogle redskaber at arbejde med i hverdagen, og gør dit til, at sygeplejerskerne også bliver hørt.

For er det ikke på tide, at vi kommer ind i kampen?

*Lisbeth Jensen er ansat på
Onkologisk afdeling, Odense Universitetshospital.*

.....  "Det store spørgsmål er dog stadig, hvor længe Dansk Folkeparti tør vente med at støtte et indgreb fra regeringen. Det vil i givet fald blive en tung beslutning, for i samme øjeblik vil myten om Dansk Folkeparti som især de svagest stilledes parti blive afsløret som et bedrag."

Leder i Politiken den 30. maj 2008.

Svar

Af Connie Kruckow, formand

Kære Lisbeth Jensen!

Jeg beklager, at du føler, at jeg og Dansk Sygeplejeråd har været usynlige under konflikten. Det er klart, at når FOA også deltager i konflikten, så er der konkurrence om at komme i medierne. Men vi har arbejdet hårdt for at få placeret vores synspunkter så kraftigt som muligt i debatten. Og det er faktisk lykkedes. Dansk Sygeplejeråd har været citeret 912 gange i aviserne i perioden fra den 11. marts, hvor forhandlingerne i Forligsinstitutionen brød sammen, og indtil den 19. maj. Hertil kommer, at Dansk Sygeplejeråd er citeret over 300 gange i tv og radio i samme periode. Det synes jeg vidner om en meget markant synlighed.

Kravet om 15 pct. og behovet for en ligelønskommission er alt sammen noget, vi har formuleret. Og som har været to spørgsmål, der er meget synlige i medierne. Det samme gælder manglen på 2.400 sygeplejersker. Ligeledes er hele spørgsmålet om et lønforterslæb på 27 pct. mellem uddannelser på samme niveau baseret på vores tal og vores analyser.

Med hensyn til spørgsmålet om badges og T-shirts m.v., så er det et spørgsmål, du må stille din lokale kreds. Det er kredsene, der hver især har prioriteret, hvordan de vil markere sig under konflikten. Målet har i hvert enkelt tilfælde været at skabe mest mulig synlighed. Du kan være sikker på, at vi ikke glemmer "jer på gulvet".

ICN kongres i Sydafrika 2009 – nu åben for abstracts

Ønsker du at dele viden og erfaringer fra din praksis med kollegaer fra hele verden og deltage i studiebesøg i Sydafrika? Så har du chancen på ICN's kongres i Durban, Sydafrika 29. juni - 4. juli 2009. Obs! Ny dato.

Tema: "Sygeplejersker går forrest i opbygning af sundere samfund" (Leading Change: Building Healthier Nations)

Der er 3 former for abstracts:

- Concurrent sessions - 15 minutters oplæg
- Symposium – emne belyst af op til 3 personer – 80 minutter
- Poster præsentation, hvor du i plakatform fortæller om din praksis

Ansøgning kan ske via nettet. Ansøgningsfrist er 15. september 2008.


Læs mere på www.icn.ch/congress2009/abstracts.htm

ICN - International Council of Nurses er en sammenslutning af 131 sygeplejerskeorganisationer på verdensplan



Dårlig håndtering af OK 08 på statens område

Af Thorsten H. Lücke, sygeplejerske, TR

 Det er med stor undren, at forsvarets fastansatte afdelingssygeplejersker ser på DSR's håndtering af OK 08 på statens område.

Vi har erfaret via dagspressen, at der er blevet indgået forlig på statens område, som bl.a. omfatter ovenstående personalegruppe. Der har ikke været nogen information om godkendelsen af forliget fra DSR til de berørte medlemmer, ej heller på DSR's hjemmeside. Det kan ikke være acceptabelt, at information vedr. OK 08 skal erfares via dagspressen den 17. april – DRTV tekst-tv – aftalen trådte i kraft den 16. april. Efter at have påpeget dette over for én kredsformand blev informationen publiceret på DSR's hjemmeside den 29. april 2008!

Endvidere finder vi, at det er fuldstændigt uhørt, at vores demokratiske ret til at deltage i en urafstemning om OK 08-forliget er frataget os. Vi er meddelt, at OK 08 er vedtaget, uden at vi får mulighed for at stemme om dette.

Vi har en klar opfattelse af, at DSR anser statens område for at være for lille og ubetydeligt. Set i lyset af, at vi betaler det samme i kontingent som DSR's øvrige medlemmer, vil vi forvente, at DSR yder det samme for de statsansatte som for den øvrige medlemskare.

Summa summarum – hvorfor skal man være medlem af DSR, når servicen, interessen og medindflydelsen på statens område er så lav?

*Indsendt på vegne af forsvarets afdelingssygeplejersker.
Thorsten H. Lücke er afdelingssygeplejerske
på Infirmeriet, Vojens.*

Svar

Af Helle Varming, forhandlingschef

Kære afdelingssygeplejersker i forsvaret!

Jeg beklager, at I er utilfredse med forløbet omkring OK 08 på statens område.

Godkendelsesproceduren ved forhandlingsresultater er ifølge Dansk Sygeplejeråds love, at et forhandlingsresultat, der omfatter mindre end 50 pct. af de stemmeberettigede medlemmer, skal sendes til urafstemning blandt de berørte medlemmer, når hovedbestyrelsen med simpel stemmeflerhed anbefaler det.

Hovedbestyrelsen gav et forhandlingsmandat til at stemme nej til en samlet ramme på 12,8 pct. på statens område. Derfor kom spørgsmålet om urafstemning ikke til debat.

Dansk Sygeplejeråd stemte nej til rammen på 12,8 pct. på COII's repræsentantskabsmøde den 16. april 2008. Flertallet stemte imidlertid ja, hvorfor det samlede resultat blev godkendt.


I sammenligning med det regionale og kommunale område er Dansk Sygeplejeråd kun en mindre organisation i staten.

Sekretariatet beklager, at der ikke blev orienteret om situationen før den 29. april 2008.

Helle Varming er forhandlingschef i Dansk Sygeplejeråd.

Støt ligelønskommissionen

Af Inger Møller Christensen, sygeplejerske

 Tillykke til ledelsen i DSR med ligeløn, jeg håber, det lykkes.

Det er blot ærgerligt, at Socialdemokraterne ikke her og nu støtter en ligelønskommission, det burde de – jeg synes, der har været gjort meget fra DSR for at nå det.

Jeg har haft travlt med at passe min 93 år gamle mor, som sygehuset mente var habituel, men det er hun nu langt fra.

Jeg har selv en dårlig hofte, som ikke kan blive røntgenfotograferet på grund af strejken – undersøgelsen er udsat indtil videre. Er det en god idé at klage eller ej i forhold til, at DSR opnår resultater?

Jeg er på grund af ovenstående måske for sent ude, jeg har længe ønsket, at vi sygeplejersker kunne gå ned i tid efter at være fyldt 60 år, uden lønreduktion, som folkeskolelærerne kan. Vi har alt andet lige måske mere brug for det, da det er en stor belastning både fysisk og psykisk at have skiftende vagter og ofte ansvar for liv og død.

Inger Møller Christensen er efterlønsmodtager.

Svar

Af Connie Kruckow, formand

Kære Inger Møller Christensen!

Dansk Sygeplejeråd har noteret, at et bredt flertal i Folketinget – herunder også Socialdemokraterne – er positive over for en ligelønskommission.

Folketinget tøver imidlertid med at nedsætte kommissionen, og derfor sendte jeg fredag den 30. maj et brev til samtlige folketingsmedlemmer, hvori jeg opfordrer Folketinget til at påtage sig et medansvar for at reducere uligelønnen og nedsætte en ligelønskommission.

Såfremt du ikke kan blive røntgenfotograferet under konflikten i det offentlige sygehusvæsen, vil jeg anbefale dig at benytte det udvidede frie sygehusvalg, der giver dig mulighed for at blive undersøgt eller behandlet i det private sundhedsvæsen. Mener du, at undersøgelsen bør foretages i regi af nødberedskabet, bør du rejse sagen over for sygehusets ledelse.

Jeg er i øvrigt helt enig i, at der er behov for seniorordninger, der giver incitament til at blive lidt længere på arbejdsmarkedet. Ved overenskomstforhandlingerne har Sundhedskartellet indgået et delforlig med Danske Regioner, der indebærer, at ansatte, der er fyldt 60 år, får en årlig bonus, der stiger med alderen. Medarbejderne kan vælge at konvertere sin bonus til seniordage, ekstraordinær pensionsindbetaling eller selvvalgte kompetenceudviklingsforløb.

Aftalen med Danske Regioner er et vigtigt skridt på vejen mod mere fleksible muligheder i den sidste del af karrieren som sygeplejerske.

►►► SKRIV KORT

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

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

Der henvises generelt til regler for debat i *Sygeplejersken* på www.sygeplejersken.dk under "Manuskriptvejledning."

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

Behov for retningslinjer

Af Hanne Mielcke, sygeplejerske, Tove Pelle, intensivsygeplejerske, og Kirsaa Ahlebæk, sygeplejerske, MPM.

I Behovet for intensive sengepladser er meget svingende, og uanset antallet af senge vil der i situationer være behov for flere senge, end der er til rådighed. Selv om det aldrig vil være hensigtsmæssigt at flytte kritisk syge patienter, er dette derfor uundgåeligt.

På baggrund af vores erfaringer fra intensivområdet og de historier, vi hører gennem Sygeplejeetisk Råd, er det efter vores opfattelse bydende nødvendigt, at der udarbejdes faste retningslinjer for disse uundgåelige overflytninger intensivafdelingerne imellem. De etiske hensyn skal medtages som en vigtig del.

Retningslinjerne skal ikke bare sikre patienten og de pårørende, at overflyttelsen håndteres professionelt og med omsorg for både patient og pårørende, men også, at det ikke er tilfældige subjektive overvejelser i situationen, der bliver bestemmende for valget om, hvilken patient der flyttes, hvordan overflytningen skal ske, og hvilken information der bliver givet til patient og pårørende.

Hermed en opfordring til de ansvarlige i regionerne om at tage fat på dette vigtige område.

Hanne Mielcke arbejder som klinisk vejleder på Hillerød Hospital. Kirsaa Ahlebæk er rektor på Bornholms Sundheds- og Sygeplejerskole. Begge er medlemmer af Sygeplejeetisk Råd.

Tove Pelle er ansat som intensivsygeplejerske på Sygehus Sønderborg og er medlem af Fagligt selskab for anæstesi-, intensiv- og opvågningsygeplejersker (FSAIO).

Hvor er den politiske samaritan blevet af?

Af Edith Mark, sygeplejerske, cand.cur.

I Ved mit sidste møde i Sygeplejeetisk Råd havde vi inviteret to sundhedsplejersker fra et asylcenter. Vi ville gerne drøfte et dilemma, som rådet havde fået beskrevet ved Fagdagen i januar. Dilemmaet lyder således:

Sundhedsplejersken arbejder med familiens ressourcer, men i asylarbejdet ønsker asylansøgere ikke at arbejde med ressourcer, for det giver ikke asyl!

Er det muligt under de vilkår at få en familie "på benene"? Og hvis det lykkes at skabe så meget livsmot og livslyst, at folk rejser sig og går, hvor skal de da gå hen? Det næste dilemma lurar lige om hjørnet. Her er ingen lette løsninger.

I rigtig mange sammenhænge arbejder vi hårdt, inderligt og kvalificeret for at få patienten eller borgeren på benene, vel vidende at problemet ligger i omstændighederne. Med et efterhånden gammeldags udtryk driver vi symptombehandling på et avanceret plan. Måske håber vi, at andre tager sig af kerneproblemet (i det mindste de demokratiske valgte politikere). Og vi trøster os med, at vores indsats da giver mening og lindring i selve situationen.

I De Sygeplejeetiske Retningslinjer, 3.3, står der:

"Sygeplejersken skal medvirke til at synliggøre de konsekvenser, de politiske prioriteringer får for sygeplejen."

Vi har i ugevis under konflikten vist, at vi kan synliggøre os, når det gælder vores løn. Når vi ser, at mennesker af overordnede grunde fratages mulighederne for at "komme på benene", skal vi også ytre os. Vi skal være modige nok til også at synliggøre de vilkår, som patienter og borgere står i.

Edith Mark er ph.d.-studerende ved Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Sygehus og tidligere formand for Sygeplejeetisk Råd.

Danmarks mest

internationale gratisavis

direkte til din dør

Læs nu: Afrika oversvømmes med aids-medicin fra de rige lande, selvom langt flere dør af banale sygdomme.

Bestil et gratis abonnement på 4322 7300 eller www.udvikling.dk

Udvikling er Danidas gratisavis, der bringer nyheder, baggrund og debat om dansk udviklingsbistand og levevilkårene i verdens fattigste lande.



►►► HVAD MENER DU

www.sygeplejersken.dk

Nyt spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:

Hvis I har et introduktionsprogram for nyuddannede sygeplejersker på din arbejdsplads, følger I det så?

Læs temaet om introduktion af nyuddannede sygeplejersker på side 28.

Svar på spørgsmål stillet i Sygeplejersken nr. 10/2008:

Har du nogensinde lidt af angst?

| Svar | antal | pct. |
|--------------|-----------|--------------|
| Ja | 38 | 59,4 |
| Nej | 25 | 39,1 |
| Ved ikke | 1 | 1,6 |
| I alt | 64 | 100,1 |

SYGEPLEJERSKEN

>>> FAG

| | |
|-----------------------|----|
| Fagtanker >> | 48 |
| Faglig information >> | 48 |
| Agenda >> | 57 |
| Testen >> | 66 |
| Anmeldelser >> | 67 |
| 5 faglige minutter >> | 72 |

Telefoninterview som metode i brugerundersøgelser >> 50

| | |
|---|----|
| Etablering af ambulante sygeplejekonsultationer >> | 54 |
| Sorggrupper for efterladte ægtefæller >> | 58 |
| Konsultationssygepleje til patienter med type 2-diabetes >> | 62 |

>>> FAGTANKER

Få de etniske minoriteter i røret

Etniske minoriteter har generelt hyppigere kontakt til sygehus og egen læge end etniske danskere, og etnisk ligestilling er en vigtig værdi i vores sundhedsvæsen. Derfor er det vigtigt at inddrage etniske minoriteters erfaringer i de brugerundersøgelser, der dagligt foretages i både regioner og kommuner. Det sker ikke i dag!

Danmarks ca. 6,5 pct. etniske minoriteters vurderinger er stærkt underrepræsenteret i generelle brugerundersøgelser, og den vanlige forklaring med mangelfulde sprogkunderskab kan ikke undskylde dette faktum. Derfor må man håbe, at de professionelle, som efter læsning af artiklen "Telefoninterview som metode i brugerundersøgelser" side 50 føler sig inspirerede til at gennemføre en sådan, sørger for også at have indgået forhåndsaf-tale med etniske minoriteter. Hvis der under denne forhåndssamtale viser sig sprogproblemer, må der helt enkelt laves en aftale med en tolk. Så skal de etniske minoriteter nok tage telefonen i telefonbrugerundersøgelser, der ifølge artiklen er sammenlignelige både i økonomi og kvalitet i forhold til ansigt til ansigt-interview.



Evy Ravn

Evy Ravn,
sygeplejerske,
fagredaktør.

Livssynsgruppe på et distriktspsykiatrisk center

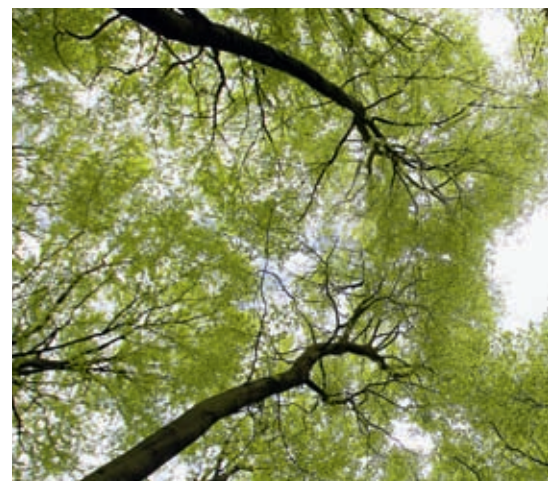
AF ETTIE DAM, DISTRIKTSYGEPLEJERSKE

Artiklen henvender sig til sygeplejersker i psykiatrien. Den beskriver dannelsen af og arbejdet i en livssynsgruppe og er baseret på forfatterens erfaringer med gruppen.

I løbet af december 2007 og januar 2008 deltog en gruppe interesserede patienter i en studiekreds om livssyn på et distriktspsykiatrisk center. Studiekredsen, der strakte sig over seks gange af en times varighed, bestod af tre deltagere ud over undertegnede, der ledede gruppen. Formålet med gruppen var primært at skabe et forum, hvor deltagerne, der havde en psykisk lidelse, fik mulighed for at opnå større bevidsthed om egne livsværdier ved verbalt at give udtryk for og udveksle livsholdninger indbyrdes og dermed i bedste fald at få øget livskvalitet, selvspekt og respekt for anderledes tænkende.

For at kunne deltage i gruppen skulle deltagerne kunne være samlede i tankegang og koncentration. En studiekreds blev indledt med et kort tekststykke, f.eks. et gruk af *Piet Hein* og et ledsagende spørgsmål, der lagde op til dagens emne. Efter oplæsningen gik ordet på omgang i kredsen for at sikre, at alle fik lejlighed til at udtale sig. Den, der havde ordet, skulle holde en vis selvjustits med længde af taletiden og måtte ikke afbrydes. Man skulle selv meddele, når ordet kunne gå videre. Der lå blok og pen til alle, så de lyttende kunne huske eventuelle indfald, til det blev deres tur. Runderne kørte, så længe der var stof til det, og fungerede som en art opadgående indsigtsspiral, idet man inspirerede hinanden til nye erkendelser. En gang imellem valgte jeg at erstatte rundeformen med en fælles brainstorm ved tavlen, når jeg syntes, at det tjente emnet bedre.

Jeg havde besluttet at holde lav profil hvad angik mit eget livssyn, da jeg ikke ønskede, at de, der eventuelt delte det, skulle føle sig tæt-



tere på mig end de andre. Min opgave var at samle op, spejle det sagte og konkludere på runderne. Jeg ville dog overordnet afstikke kursen og sikre en konstruktiv, livsbekræftende og positiv stemning.

Før og efter hvert møde var der en kort evalueringsrunde, så eventuelle reaktioner kunne blive afklaret. Første gang blev der i fællesskab vedtaget nogle regler for gruppen. At man havde tavshedspligt om de andres udsagn, at der var respekt for hinandens livssyn, og at ingen forlod gruppen før tid med et aktuelt uafklaret forhold.

Ved møderne var der pudsigt nok et sammenfald i de metafysiske oplevelser, som grundlæggende gav livet mening for deltagerne. Uanset forskellighed i livssyn, om man troede på en højere magt eller var ateist, havde alle haft en umiddelbar, ubetinget glæde ved at føle sig i samklang med noget højere, f.eks. i forbindelse med naturoplevelser.

Ved sidste møde bad jeg deltagerne om at udfylde et evalueringsskema med fire punkter, som jeg havde lavet til lejligheden. Evalueringen viste, at der alt i alt var udbredt tilfredshed med livssynsgruppen, hvad angik helhed, form, emnevalg og ledelse.

Formålet med denne artikel er at give andre lyst og mod til at starte lignende livssynsgrupper. Mange sygeplejersker kan have forbehold ved at beskæftige sig med noget så privat og grænseoverskridende som tro og overbevisning, og frygten for at komme til at missionere eller ikke at have baggrundsviden nok kan afholde mange fra at tage eksistentielle emner op med patienterne. I en livssynsgruppe med form og afvikling som her beskrevet er disse betænkeligheder til at komme uden om, fordi deltagerne stort set selv leverer inspiration til det, der tages udgangspunkt i.

Et uddybende referat af forløbet med angivelse af anvendte tekster og spørgsmål kan rekvireres ved henvendelse til undertegnede.

*Ettie Dam er sygeplejerske på
Psykiatrisk Center Bispebjerg,
Distriktpsikiatrisk Center Ydre Østerbro;
ettiedam@inet.uni2.dk*

Jagten på den gode psykiatriske sygepleje

AF BETINA BENNIKE, BERIT JONASSON, STINE RASTRUP, VERONICA KØHN OG BARBARA ASKHAM, SYGEPLEJERSKER

Artiklen henvender sig til psykiatriske sygeplejersker, og den sætter fokus på specialuddannelsen for sygeplejersker i psykiatrisk sygepleje. Hensigten er, at flere sygeplejersker i psykiatrien får kendskab til specialuddannelsen.

”Hvorfor er den kvalitative forskningsmetode relevant, når der er fokus på at undersøge personale og patienters meninger, værdier og forståelse? Hvilke styrker og svagheder kan I identificere i metoden?”

Vi befinder os på specialuddannelsen for sygeplejersker i psykiatrisk sygepleje, Uddannelsesregion Øst. De studerende diskuterer spørgsmålene som en del af temaet kvalitetsudvikling, og senere skal grupperne præsentere deres overvejelser for resten af holdet og undervisere.

Syv måneder er gået, og tre ud af fem moduler er gennemført. Uddannelsens formål er, at den specialuddannede sygeplejerske skal opnå kyndighedsniveau, hvilket vil sige, at opgaverne skal løses på et højt sygeplejefagligt niveau, hvor sygeplejersken påtager sig et specielt ansvar for

- helhed, kvalitet og initiativ i den kliniske psykiatriske sygepleje
- kvalitetsudvikling, undervisning og vejledning
- koordinering samt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.

Desuden skal uddannelsen medvirke til kruttering og fastholdelse af sygeplejersker inden for det psykiatriske område med funktioner i sygehus, distriktpsikiatri og socialpsykiatri.

Uddannelsen fungerer på 10. år og foregår som en vekselvirkning mellem teori og praksis. Den teoretiske del består af både klasseundervisning, gruppearbejde, præsentationer og selvstændige litteraturstudier. Underviserne hentes fra hele landet, enkelte også fra udlandet. Hver især repræsenterer de forskellige videnskaber og områder af relevans for psykiatrisk sygepleje. F.eks. har holdet fået undervisning af Niels Buus, forsknings- sygeplejerske, postdoc, og Knud Illeris, professor i læring ved Danmarks Pædagogiske Universitet. Holdet har modtaget undervisning i recovery af Phil Barker og Poppy Buchanan-Barker.

Hvert teorimodul efterfølges af et klinisk modul, hvor den teoretiske viden undersøges

i praksis. Under hver klinik skal der udarbejdes en skriftlig opgave i temaerne psykiatrisk sygepleje, pædagogik og læring samt kvalitetsudvikling. På sidste modul skrives afsluttende eksamensopgave.

Vi oplever, at specialuddannelsen styrker os fagligt og personligt og giver dybere indsigt og viden. Det faglige fællesskab, der er på uddannelsen, repræsenterer et bredt område inden for det psykiatriske speciale. Der drages stor nytte af fællesskabet, der giver rum for refleksioner, faglige diskussioner og fælles fordybelse. Erfaringsgrundlaget varierer fra to til 22 år, og den viden og erfaring, den enkelte har med sig, inddrages i undervisningen.

Uddannelsen foregår på fuld tid, hvilket muliggør en anden grad af fordybelse, end hvis vi samtidig skulle fungere på vores respektive arbejdspladser. Tiden væk fra det daglige arbejde gør, at vi opnår større bevidsthed og objektivitet i forhold til psykiatrisk sygeplejepsikis og udvikling. Samtidig opnås der ny og spændende viden og erfaring gennem teori og klinisk arbejde. Det giver optimale forudsætninger for at opnå kyndighedsniveau i psykiatrisk sygepleje.

Hvert år bliver ca. 60 sygeplejersker uddannet fra specialuddannelsen. Når hold 10 slutter i år, er det samlede antal specialuddannede sygeplejersker i psykiatri oppe på ca. 600 på landsplan. Uddannelsen er arbejdsgriverbetalt, og derfor afhænger antallet af studerende på holdene af den økonomiske situation i regionerne.

Specialuddannelsen i psykiatrisk sygepleje er den eneste monofaglige uddannelse, hvor sygeplejersker får mulighed for at fordybe sig i praktisk og teoretisk psykiatrisk sygepleje. Det skaber faglig udvikling og dermed bedre psykiatrisk sygepleje.

Jagten på den gode psykiatriske sygepleje er ved at slutte for os, men den fortsætter i klinisk praksis. Vi håber, at mange andre sygeplejersker i psykiatrien kan få samme mulighed.

*Betina Bennike, Berit Jonasson,
Stine Rastrup, Veronica Køhn og
Barbara Askham er studerende
på specialuddannelsen for sygeplejersker
i psykiatrisk sygepleje,
Uddannelsesregion Øst.*

Læs mere om uddannelsen på
www.specpsykygeplejerske.dk



Telefoninterview som metode i brugerundersøgelser

AF HANNE IRENE JENSEN, SYGEPLEJERSKE, SD • FOTO: SØREN SVENDSEN

Artiklen henviser sig til sygeplejersker og studerende med interesse for brugerundersøgelser. Hovedbudskabet er, at telefoninterview er en fordelagtig tidsmæssig og økonomisk metode, der kan bruges i undersøgelser af brugeroplevet kvalitet, hvor face-to-face-interview ikke er mulige eller hensigtsmæssige. Artiklen bygger på en litteraturgennemgang.

I sundhedsvæsenet oplever man ofte, at man får breve og chokolade fra patienter og pårørende med tak for god behandling. Men hvad var det præcis, der var godt?

Man møder også patienter og pårørende, der er kritiske over for både pleje og behandling. Skyldes det, at de er i krise, eller er det adfærd fra personalets side, fejl eller mangler, der ligger til grund herfor?

For at kunne fastholde og videreudvikle den gode behandling og ændre den u hensigtsmæssige adfærd eller rette op på fejl og mangler er det nødvendigt helt konkret at vide, hvad det er, der skal bibeholdes, og hvad der skal ændres. En måde at gøre dette på kan være gennem telefoninterview, og i denne artikel præsenteres fordele og ulemper for metoden.

Øget fokus på brugertilfredshed

Sundhedsvæsenet har i disse år øget fokus på brugerne og deres oplevelse af kvalitet i pleje og behandling, hvilket bl.a. har baggrund i den samfundsmæssige udvikling. Her er vi ifølge *Lars Qvortrup* gået fra deocentrisme, hvor patienten og de pårørende var objekter nederst i hierarkiet med tillid til, at de professionelle vidste bedst, til polycentrisme, hvor patienten og de pårørende nu ser sig som brugere med forventning om at få deres ønsker og behov opfyldt (1). Udviklingen afspejler sig også i verdenssundhedsorganisationen WHO's målsætning, hvor det i et af delmålene for WHO's "Sundhed for alle i det 21. Århundrede" hedder: "... og undersøgelser bør vise en stigning i brugertilfredsheden med kvaliteten af den behandling, der ydes, og øget respekt for brugernes rettigheder" (2). Her lægges ikke kun op til, at der skal være øget respekt for brugernes rettigheder. Det skal også undersøges, om sundhedsvæsenet efterlever målsætningen.

I det politiske system er der fuld opbakning til denne linje. I regeringens reformprogram "Strategi for det behandlede sundhedsvæsen – patienten først" er visionen, at sundhedsvæsenet skal indrettes med udgangspunkt i patienternes behov og forskelligheder.

I den Nationale Strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet er brugerperspektivet derfor også meget synligt. Det hedder bl.a.:

"Både som et led i det konkrete patientforløb og som et led i den generelle kvalitetsudvikling er det derfor vigtigt at opsamle og tage ved lære af patienternes og de pårørendes vurderinger" (3).

I nutidens sundhedsvæsen er den brugeroplevede kvalitet altså et vigtigt parameter, og da kun brugerne (patienterne og de pårørende) selv kan svare på, hvordan de

oplever kvaliteten i sundhedsvæsenet, er det vigtigt at få deres oplevelser og vurderinger opsamlet.

Metoder i tilfredshedsundersøgelser

Der er de sidste år gennemført både amtslige og landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser vha. spørgeskemaer. Spørgeskemaundersøgelser er kvantitative undersøgelser, der i forhold til brugerne kan belyse prioritering (hvad prioriteres højest i relation til de sundhedsfaglige ydelser), evaluering (brugernes vurdering af og tilfredshed med sundhedsvæsenets ydelser) og rapportering (rapport om faktuelle forhold oplevet i sundhedsvæsenet, f.eks. ventetid). Sådanne undersøgelser kan sige noget om, hvad mange brugere prioriterer, og hvad de er tilfredse/utilfredse med i sundhedssystemet. Fortløbende undersøgelser kan belyse udviklingen i tilfredsheden, resultater kan sammenholdes med sammenlignelige enheder, og metoden er hurtig og billig. I disse undersøgelser får man dog kun svar på det, der spørges om, og der vil derfor være detaljer og nuancer af, hvad der opleves som kvalitet og mangel på samme, som ikke kommer frem. Ved spørgeskemaundersøgelser kan der også være problemer med validiteten: at man reelt ikke ved, hvad det er, man har målt. Den ofte lave svarprocent kan være en betydelig selektionsbias, da man ikke kan vide, om de, der har svaret, er repræsentative for alle adspurgte.

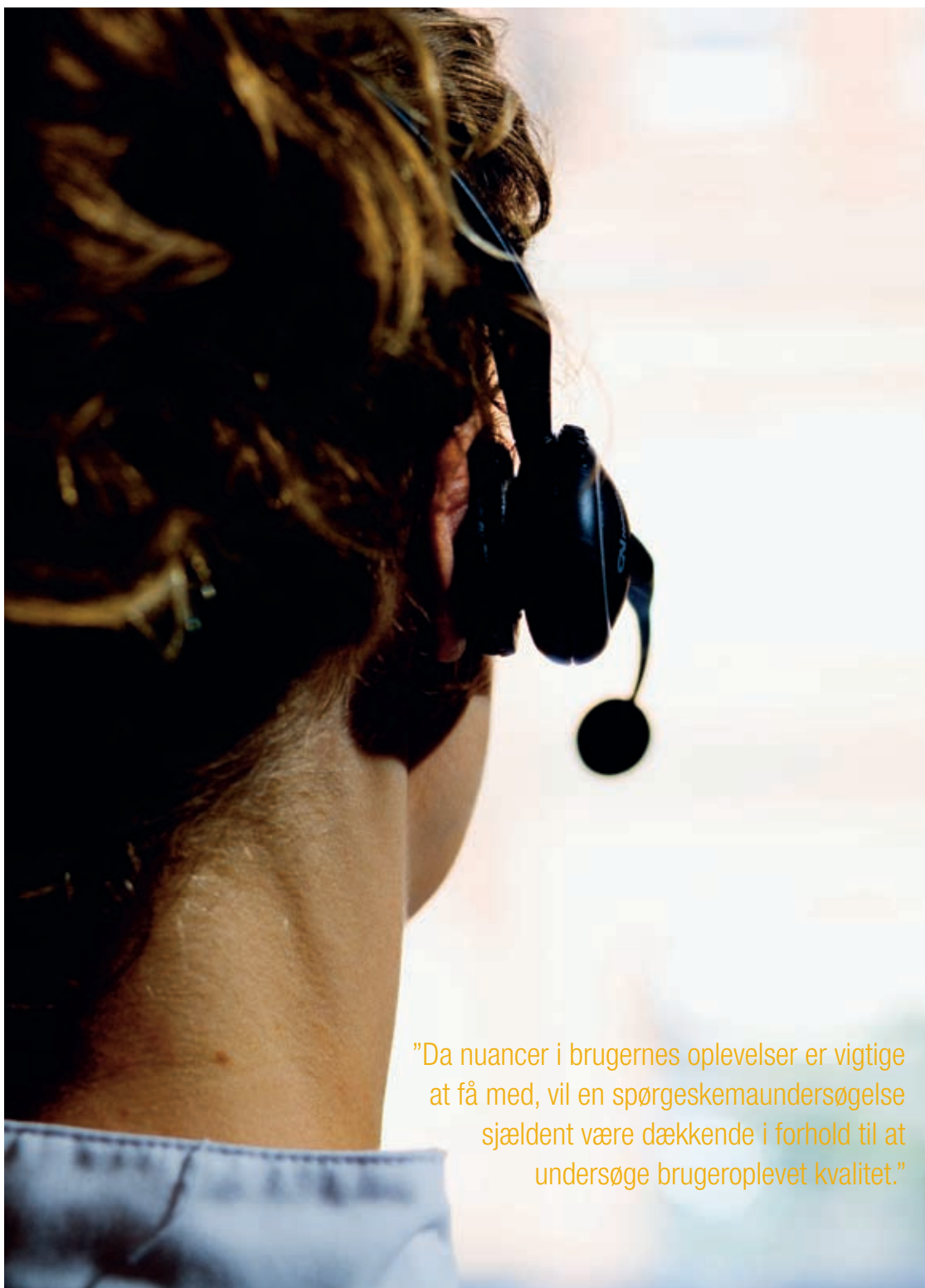
Da nuancer i brugernes oplevelser som indledningsvist beskrevet er vigtige at få med, vil en spørgeskemaundersøgelse sjældent være dækkende i forhold til at undersøge brugeroplevet kvalitet.

I stedet kan anvendes interview eller fokusgrupper, hvor det er muligt at spørge ind til den enkelte brugers erfaring og oplevelser. Her vil det i mange tilfælde være hensigtsmæssigt først at gennemføre interview efter afsluttet kontakt med sundhedsvæsenet, bl.a. fordi brugerne så ikke behøver være bange for, hvad evt. kritik kan betyde for deres behandling. Et problem kan dog være, at patienter og pårørende er spredt over et stort geografisk område, hvilket betyder, at samling i fokusgrupper og face to face-interview vil være både besværligt og dyrt.

Af økonomiske og tidsmæssige hensyn vil telefoninterview derfor i mange tilfælde være at foretrække, men er det en brugbar metode til indsamling af kvalitative data?

Kvalitative telefoninterview

Svaret er søgt belyst gennem en litteratursøgning vedrørende kvalitative telefoninterview på PubMed, Cinahl,



"Da nuancer i brugernes oplevelser er vigtige at få med, vil en spørgeskemaundersøgelse sjældent være dækkende i forhold til at undersøge brugeroplevet kvalitet."

bibliotek.dk, Google og via fagtidsskrifter. Søgeordene har været *telephone interview*, *qualitative studies*, *phenomenology* og *nursing* anvendt i forskellige kombinationer. Der er foretaget kædesøgning via relaterede artikler og litteraturlister.

Søgningen gav ikke de store resultater, men der blev fundet syv relevante artikler vedr. erfaringer med kvalitative telefoninterview. Artiklerne er dels litteraturstudier vedr. kvalitative telefoninterview (4,5), dels metodebeskrivende (6) og dels erfaringer med anvendelse af kvalitative telefoninterview (7-10).

Den generelle konklusion fra alle artikler er, at kvalita-

tive telefoninterview metodisk kan sidestilles med kvalitative face to face-interview. Metoderne har det kvalitative interviews muligheder og udfordringer til fælles (klar information om undersøgelsen til respondenter, tilsagn om anonymitet, god planlægning, interviewfærdigheder omkring bl.a. interviewteknik og analyse, erfaring m.m.), og fordele ved telefoninterview opvejer ulemper.

Ifølge *Sweet* er der i hendes undersøgelse ikke synlige tegn på forskelle i datamateriale fra face to face-interview og telefoninterview, der sideløbende er foretaget i samme undersøgelse (7). Andre studier peger dog på, at der kan være tendens til kortere svar ved telefoninterview (4). »

» Et studie beskriver, at telefoninterview i tid ikke må overstige ca. 30 min. (5), mens andre har gennemført telefoninterview på op til 80 min. uden problemer (7,8).

Alle artikler er enige om, at telefoninterview kun bør afholdes efter forudgående aftale.

Carr og Worth beskæftiger sig med den sociale kontekst for telefoninterview. De konkluderer, at den telekommunikative udvikling har medført, at manglende telefon og manglende fortrolighed med telekommunikation ikke længere er reelle bias. De påpeger også, at den organisatoriske og sociale samfundsudvikling medfører, at kommunikation mere og mere går fra face to face-interaktion til kommunikation gennem medier – tv, telefon, mobil og internet. Den sociale accept af denne udvikling er med til at gøre telefoninterview til en brugbar forskningsmetode (5). Carr og Worths beskrivelse af den telekommunikative udvikling i Skotland genkendes fra Danmark. Ifølge tal fra Danmarks Statistik havde 95 pct. af danske husstande i 2007 mobilabonnement, og 78 pct. havde fastnetabonnement. Udviklingen indebærer fortrolighed med telefon som kommunikationsmiddel, og derfor vil kommunikation vha. telefon ikke være et væsentligt problem.

Artiklerne er ikke enige om, hvor velegnet telefoninterview er, når der berøres følsomme emner. I nogle undersøgelser er fundet, at svar bliver kortere og data mindre fyldestgørende ved telefoninterview, når undersøgelsens genstandsfelt er følsomme emner. Det påpeges dog også, at dette formindskes i takt med, at interviewer bliver mere erfaren (10). Wilson og Roe beskriver derimod, hvordan de gennemførte 376 telefoninterview omkring inkontinensproblemer, og konkluderer, at telefoninterview også er en brugbar metode ved følsomme emner (9).

Fordele og ulemper ved telefoninterview

I litteraturen fremhæves følgende fordele og ulemper ved telefoninterview:

Fordele

- Tidsmæssig besparelse, fordi man ikke skal foretage rejse til respondenter, og økonomisk besparelse udledt heraf i rejseomkostninger og tid (4-8). Mulighed for at inddrage respondenter, der bor så langt væk, at de ellers ville være ekskluderet (7).



- Nemmere at finde et tidspunkt, der passer både interviewer og respondent (6,8).
- Giver mulighed for, at respondenter kan være mere anonyme, hvilket nogle studier finder fremmer oplysninger af mere sensitiv karakter (4-8).
- Formindsker interviewer-effekt (5,8).
- Det er lettere for respondenter at afbryde et interview (7).
- Den, der interviewer, kan uden at distrahere respondenter orientere sig i interviewguide og skrive notater undervejs (4,7).
- Kræver minimal plads og kan blive udført fra en hvilken som helst telefon i rolige omgivelser (5-7).
- Giver større personlig sikkerhed for interviewer (4,8).

Ulemper

- Mere upersonligt. Ikke muligt at have øjenkontakt og som interviewer gennem f.eks. nik at vise, at man er interesseret og følger med i det, der bliver sagt (4-6,10).
- Manglende mulighed for at tolke respondenterens reaktioner via kropssprog (4,5,7,8,10). Kan dog også være en fordel, da kropssprog kan fortolkes forkert (6).
- Pauser er generelt mindre acceptable (7,10).
- Høre problemer vil vanskeliggøre interview via telefon (10).
- Egner sig ikke til meget komplekse spørgsmål (5).

Telefoninterview giver ligesom face to face-interview mulighed for at forfølge svar og afprøve fortolkninger undervejs. Hvis dette efterleves, vil undersøgelsen af brugeroplevet kvalitet have høj validitet, fordi der er stor sikkerhed for, at der fås svar på det, der spørges om.

Ifølge artiklerne kræver et udbytterigt interview, at respondenter er forberedt på interviewet, og at det foregår

”For at kunne bruge telefoninterview til at fastholde og udvikle brugeroplevet kvalitet er det nødvendigt, at brugerne på forhånd har givet tilsagn om at medvirke.”

på et tidspunkt, der passer vedkommende. For at kunne bruge telefoninterview til at fastholde og udvikle brugeroplevet kvalitet er det derfor nødvendigt, at brugerne på forhånd har givet tilsagn om at medvirke.

I alle former for interview er interviewerens færdigheder medbestemmende for kvaliteten af de data, der genereres. Dette gælder i særlig grad telefoninterview, hvor det ikke er muligt at se, hvordan interviewet påvirker respondenterne. Derfor kræver telefoninterview intens opmærksomhed fra interviewer: på stemmeføring, pauser, at det er brugeren, der bestemmer, hvilke emner han/hun vil tale om, og hvor personligt det skal være (5).

Brugere findes i alle aldre, så der vil sandsynligvis være brugere med så store høreproblemer, at telefoninterview vanskeliggøres. Wilson og Roe beskriver, at de fleste interview med hørehandicappede kunne klares ved at tale højt og tydeligt og gentage spørgsmålene (9).

Litteraturen giver ikke et entydigt svar på, hvorvidt telefoninterview er en egnet metode ved emner af sensitiv karakter. At metoden skaber en vis distance til intervieweren, vil føles forkert for nogle brugere, men opleves som en fordel for andre, hvis det er følsomme emner, der spørges til. Mange mennesker, især mænd, bryder sig ikke om at blive berørt og evt. græde i andres påsyn, og her kan telefoninterviewets anonymitet være en hjælp.

I takt med at telekommunikation er blevet dagligdag for de fleste, bliver området brugt af mange firmaer og opinionsinstitutter, og mange er trætte af at blive ringet op og spurgt om deres mening om mere eller mindre vedkommende emner. Derfor er brugernes forhåndsaccept af at medvirke vigtig af både etiske og datakvalitetsmæssige årsager.

Fordele overstiger ulemper

Telefoninterview muliggør gennemførelse af kvalitative interviewundersøgelser inden for rimelige tids- og økonomiske rammer, og brugere, der bor langt væk, kan medtages. Den telekommunikative udvikling øger telefoninterviewets muligheder. Den øgede anonymitet kan være både en fordel og en ulempe, mens den manglende visuelle kontakt stiller større krav til interviewer.

Telefoninterview er i kvalitativ sammenhæng stadig en forholdsvis ny metode, men ifølge ovenstående har telefoninterview en række fordele, som i mange tilfælde vil overstige ulemperne. Derfor er telefoninterview en metode, der vil kunne bruges i mange undersøgelser af brugeroplevet kvalitet, hvor face to face-interview ikke er mulige eller hensigtsmæssige.

Hanne Irene Jensen er ansat i en kombineret stilling som intensivsygeplejerske og kvalitetsmedarbejder på anæstesiologisk afdeling, Vejle Sygehus; h.i.jensen@get2net.dk

Litteratur

1. Qvortrup L. Det lærende samfund. Hyperkompleksitet og viden. Gyldendalske Boghandel. Nordisk Forlag A/S;2001:208-25.
2. WHO. Sundhed i det 21. århundrede. Introduktion til rammer for sundhed for alle. København: WHO;1998:p.206.
3. Sundhedsstyrelsen. National Strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Sundhedsstyrelsen; 2002:10.
4. Smith EM. Telephone interviewing in healthcare research: a summary of the evidence. Nurse Res 2005;12(3):32-41.
5. Carr ECJ, Worth A. The use of telephone interview for research. NTresearch 2001;6(1):511-24.
6. Burnard P. The telephone interview as a data collection method. Nurse Educ Today 1994;14:67-72.
7. Sweet L. Telephone interviewing: is it compatible with interpretive phenomenological research? Contemp Nurse 2008;12(1):58-63.
8. Wilson K, Roe B, Wright L. Telephone or face-to-face interviews?: a decision made on basis of a pilot study. Int J Nurs Stud 1998;35:314-21.
9. Wilson K, Roe B. Interviewing older people by telephone following initial contact by postal survey. J Adv Nurs 2008;27:575-81.
10. Worth A, Tierney A. Conducting research interviews with elderly people by telephone. J Adv Nurs 1993;18:1077-84.

]]] ENGLISH ABSTRACT

Jensen HI. Phone interviews as a method for user surveys. Sygeplejersken 2008; (12):50-3.

In recent years the health service has focused to an increasing extent on the user perspective, and in order to develop users' sense of quality, users' own experiences of care and treatment must be included.

This is achieved, among other things, by means of questionnaires, but if what we require is reasons and a nuanced view of what use is experienced as quality, it is also necessary to make use of qualitative methods.

In many cases, telephone interviews will be a good way of achieving this, but can telephone interviews be used in connection with qualitative surveys?

A study of the literature on qualitative telephone interviews reveals that they have a number of advantages in relation to face-to-face interviews, including: saving time, the ability to involve respondents who live a long way away and the ability to allow respondents to remain anonymous. Disadvantages include: the inability to interpret respondents' body language, the fact that interviews become more impersonal and can be problematic if respondents have hearing problems.

On weighing up the advantages and disadvantages, it is considered that qualitative telephone interviews will in many cases constitute a suitable method of examining user-experienced quality.

Key words: Telephone interview, qualitative methods, user-experienced quality, satisfaction surveys.

Artiklen henvender sig til sygeplejersker med interesse for sygeplejekonsultationer, her defineret som ambulante kontrol af en udvalgt gruppe af patienter varetaget af en erfaren og specialeoplært sygeplejerske. Artiklen udspringer fra Neurokirurgisk Ambulatorium på Rigshospitalet.

Etablering af ambulante sygeplejekonsultationer

AF KARIN PIIL, SYGEPLEJERSKE, DIPLOM I OFFENTLIG LEDELSE • ILLUSTRATION: LARS PETERSEN

Når vi på Neurokirurgisk Ambulatorium på Rigshospitalet har indført sygeplejekonsultationer til patienter, der kommer til tremåneders postoperativ kontrol efter en degenerativ ryglidelse, skyldes det ikke det faldende udbud af speciallæger, idet vi også ser en stigende mangel på sygeplejersker. Årsagen udspringer derimod fra et ønske om at optimere den patientoplevede kvalitet i den ambulante kontrol til en udvalgt patientgruppe. Endvidere har sygeplejerskerne i ambulatoriet et ønske om at optimere brugen af deres eksisterende kompetencer til gavn for den patientoplevede kvalitet. I denne artikel beskriver vi nødvendige fokusområder i omlægningen fra læge- til sygeplejekonsultationer, når den ambulante konsultation fortsat skal kunne indfri patientens forventninger og behov.

Patienten tager andre problemer op

Dansk Sygeplejeråd støtter, at sygeplejersker får et større selvstændigt virksomhedsfelt (1,2), og andre lignende former for konsultationer (3,4) viser positive resultater. En særlig interessant erfaring er, at patienter ofte drøfter problemer med sygeplejersker, som de ellers ikke ville bringe op med en læge (3). Grunden hertil kan være et ønske fra patienten om ikke at ville forstyrre lægen, men i ambulatoriet hos os antager vi, at disse umiddelbare små problemer ofte påvirker patientens situation i langt højere grad, end vi sundhedsprofessionelle umiddelbart forestiller os. Hvilket understøttes af de talrige eksempler gennem tiden, hvor patienten har haft behov for en opfølgende samtale eller telefonkonsultation hos en sygeplejerske efter en lægekonsultation.

Ikke minilæger

Når sygeplejersker overtager en funktion, som traditionelt set har tilhørt lægernes arbejdsområde, må de impli-

Selv med en udvidet kompetence hos sygeplejersken er der lovmæssige og uddannelsesmæssige grænser for sygeplejerskers arbejdsområde (5). Såfremt patienten forlader sygeplejekonsultationen med uindfrie forventninger eller negative oplevelser af ventetid (f.eks. ved behov for inddragelse af læge), kan det resultere i, at patienten oplever situationen som uhåndterbar (6). For sygeplejerskens vedkommende kan sygeplejersken opleve det som et problem, hvis han/hun ikke kan udfylde rollen i forhold til patienternes og/eller lægernes forventninger. Generelt motiveres sygeplejersker som regel ikke af at fungere som mini-læger (7). Gennem hele processen har vi derfor bevaret fokus på, at konsultationerne skulle indeholde mere og andet end den naturvidenskabelige tilgang. En udført handling bliver jo ikke til sygepleje, bare fordi den bliver udført af en sygeplejerske. Sygeplejersker finder derimod ofte motivation og arbejdsglæde ved at styrke sygeplejen og omsorgen til patienten.

Endvidere kan det tænkes, at patienten kan føle sig desavoueret over ikke at blive tilset af en læge, hvilket kan påvirke patientens følelse af tillid over for systemet og systemrepræsentanten: lægen og sygeplejersken (8). For at imødekomme disse områder er det vigtigt at sikre en information til patienterne og samarbejdspartnere om formål og indhold i en sygeplejekonsultation. En aftale om ansvars- og arbejdsdeling mellem sygeplejerske og læge bør foreligge.

Kompetencer hos sygeplejerskerne

Vi har taget udgangspunkt i en antagelse om, at erfarne sygeplejersker, som er indplaceret på et højt kompetenceniveau, kan oplæres til at varetage selvstændige sygeplejekonsultationer med en særlig udvalgt gruppe af patienter. Sygeplejerskerne kan pga. deres grunduddannelse, neurokirurgiske erfaring og oplæring tilbyde patienten en helhedsvurdering, som tager udgangspunkt i patientens måde og evne til at klare hverdagen tre måneder efter operationen. Sygeplejerskerne har i forberedelsesfasen bl.a. modtaget oplæring af speciallæge og fysioterapeut. Sygeplejersker er forpligtet til at bidrage til faglig udvikling og samtidig kunne erkende grænserne for egen kompetence. Derfor vil uddelegeringen af varetagelse af sygeplejekonsultationer være personafhængig og ikke automatisk tilhøre stillingsbeskrivelsen for en sygeplejerske ansat i ambulatoriet.

Konsekvenser af sygeplejekonsultationer

En konsekvens ved indførelse af disse sygeplejekonsultationer er frigivet tid til speciallægerne, som derved får

”Når en speciallæge eller fysioterapeut inddrages i en sygeplejekonsultation, sker det på baggrund af en vurdering fra sygeplejersken.”

cerede sundhedsprofessionelle analysere den ønskede ændring i detaljer. Et særligt område, vi har fundet relevant at drøfte, er, at den ambulante konsultation fortsat skal kunne indfri patientens forventninger og behov. Det kan være et problem ikke bare for patienten, men også for sygeplejersken, hvis patientens forventninger ikke bliver indfriet.



”Når sygeplejersker overtager en funktion, som traditionelt set har tilhørt lægernes arbejdsområde, må de implicerede sundhedsprofessionelle analysere den ønskede ændring i detaljer.”

mulighed for at konsultere patienter med behov for speciallægekspertise. Når en speciallæge eller fysioterapeut inddrages i en sygeplejekonsultation, sker det på baggrund af en vurdering fra sygeplejersken. Lægens og fysioterapeutens specifikke kompetencer efterspørges hermed ud fra en relevant problemstilling, hvilket er en effektiv udnyttelse af de fagprofessionelles særlige kompetencer.

Konsekvensen for sygeplejerskerne vil f.eks. være et øget tidsforbrug, da dette er en funktion, sygeplejerskerne påtager sig uden en forhåndsftale om tilsvarende opnormering. Sygeplejerskerne ønsker at varetage denne funktion i en forsøgsperiode, hvorefter en evaluering vil være pejlede for den videre udvikling og evt. justering af sygeplejekonsultationer i Neurokirurgisk Klinik samt den fremtidige normering. Sygeplejersker har med en øget kompetence fået en faglig udfordring, og de medvirker til, at sygeplejen i relationen mellem patienten og sygeplejersken styrkes.

En konsekvens for patienterne vil være, at de tilbydes en konsultation af 20-30 minutters varighed i stedet for de nuværende 15 minutters konsultation hos speciallæge. Det forventes, at patienterne vil opleve denne øgede tid til konsultation som positiv. Patienten informeres ved udskrivelsen fra sengeafsnittet om, at den opfølgende kontrol varetages af en erfaren neurokirurgisk sygeplejerske, ligesom der i indkaldelsesbrevet til patienten er beskrevet, at konsultationen varetages af en erfaren neurokirurgisk sygeplejerske. Dermed forventer patienten ikke at møde den opererende læge ved konsultationen. Såfremt patienten ønsker at tale med operatøren i stedet for med sygeplejersken, vil dette blive respekteret.

Konsultationerne tager udgangspunkt i en samtale med

patienten omkring genoptræning, funktionsniveau, aktivitet, smertebehandling og administration af medicin, ernæring og sociale forhold. Sygeplejerskerne skal besidde en god dømmekraft for derigennem at kunne vurdere behovet for at inddrage f.eks. en speciallæge. Intentionen er, at patienten og sygeplejersken har en samtale, som berører alle relevante aspekter i patientens situation.

Det forventes, at der vil være et behov for lægefaglig inddragelse og vurdering, f.eks. at sygeplejersken kan drøfte patientsituationen med en speciallæge, hvorfor der foreligger en samarbejdsftale med speciallæger og fysioterapeuter.

Henvisning

Henvisning kan ske af klinikkens læger i forbindelse med patientens udskrivelse fra sengeafsnit. Det er operatøren, som vurderer, om patienten kan henvises til en sygeplejekonsultation, eller om patienten skal ses af speciallæge. Lægeseekretærene sender som vanligt brev til patienten om den ambulante tid, dog med en formulering i brevet, som er tilpasset konsultationsformen.

Sygeplejerskerne i ambulatoriet kan planlægge en patient til sygeplejekonsultationerne f.eks. efter en telefonisk henvendelse fra patienten, hvor sygeplejersken vurderer et behov for en sygeplejekonsultation.

Evaluering

Kvantitative opgørelser vedr. antal patienter, der vurderes i sygeplejekonsultationerne, samt opgørelse af behovet for f.eks. lægelig inddragelse bliver for nuværende registreret. Da implementeringen af sygeplejekonsultationer er en ny måde at organisere arbejdet på, vil disse data blive

”Det bærende argument for ændringen i praksis bør være, at ændringen er til gavn for patienterne.”

» suppleret med en evalueringsundersøgelse ca. seks måneder efter opstart. Sygeplejerskerne skal her deltage i fokusgruppeinterview, patienterne vil blive bedt om anonymt at udfylde et spørgeskema, og hvis det viser sig formålsnyttigt, gennemføres der også individuelle interview med patienter.

Praktisk køreplan

Når man overvejer at implementere sygeplejekonsultationer, er følgende områder vigtige at beskæftige sig med:

- Afklar, om I har en antagelse om og måske kan dokumentere, at I kan øge kvaliteten i patientbehandlingen for en gruppe af jeres patienter ved at indføre sygeplejekonsultationer. Det bærende argument for ændringen i praksis bør være, at ændringen er til gavn for patienterne.
- Drøft fordele og udfordringer med de implicerede faggrupper i at skulle etablere sygeplejekonsultationer. Medtag her forventelige konsekvenser for patienter, sygeplejersker, læger, sekretærer og andre relevante samarbejdspartnere, driften og aktiviteten i organisationen.
- Overvej, om I har behov for at søge om ekstra ressourcer eller økonomisk støtte til at gennemføre processen.
- Tag evt. på studiebesøg og indhent erfaringer fra andre sygehuse/klinikker. Søg litteratur, f.eks. har England (9) mange års erfaring med at udføre sygeplejekonsultationer. Nationalt sker der også mange tiltag på dette område med flotte resultater.
- Beskriv jeres idéer, visioner og mål i en projektbeskrivelse.
- Præsenter projektet for jeres ledelse, når samtlige relevante forhold er analyseret. En grundig analyse er en nødvendig forudsætning for, at ledelsen har et solidt beslutningsgrundlag, og vil komme jer til gode i hele processen.
- Vurdér de eksisterende ressourcer og kompetencer i sygeplejegruppen. Hvordan sikrer I, at sygeplejerskerne har de fornødne kompetencer. Muligvis har I brug for en stillingsbeskrivelse tilhørende funktionen, eller overvej, om funktionen kan kædes sammen med en eksisterende lokalaftale om kompetenceniveauer. Drøft forventninger til og aftaler om resultatløb med de implicerede.
- Planlæg og gennemfør undervisning af sygeplejerskerne (f.eks. i terminologien i operationsbeskrivelser, komplikationer, behandlingsplan, DRG-koder mv.).
- Sygeplejerskerne kan f.eks. i en periode følge speciallægerne, når de konsulterer den udvalgte patientgruppe. Sygeplejerskerne kan gradvist overtage konsultationen.
- Afdæk sygeplejerskernes behov for evt. at deltage i operationer eller relevante undersøgelser. Gennemgå det samlede patientforløb og træk på erfaringer fra de sundhedsfaglige personer, patientgruppen møder i sit forløb.

Tal eventuelt med patientforeninger for at få indblik i de problemer, patienterne drøfter med andre patienter. Det kan afsløre et gab i tilbuddet fra den sekundære sundhedssektor, som vi måske bør udfylde.

- Udarbejd et arbejdsredskab, som sygeplejerskerne kan benytte under konsultationerne. Sørg for, at kravene i jeres organisation til dokumentation opfyldes. Dokumenterer I efter VIPS-modellen, brug da de rette søgeord.
- Afklar, om I har brug for yderligere dokumentationsredskaber. Det kan f.eks. lette vidensudvekslingen i journalen, at I sætter et stempel i journalkontinuationen, som henviser til jeres specialark.
- Indkaldelsesbrev til patienten forfattes og godkendes af rette instanser.
- Der oprettes tider i et elektronisk patientbookingsystem (Grønt System).
- Beslut jer for, hvilke evalueringsmetoder I ønsker at bruge. Er I interesserede i f.eks. at måle patienttilfredshed, aktivitet og/eller sygeplejerskernes erfaringer?
- Beslut, hvordan materiale løbende skal indsamles til brug af evalueringen.
- Informér organisationen om ændringen, eventuelt via et nyhedsbrev.

Når sygeplejersker i forskellige klinikker indfører umiddelbart ens ændringer af sygeplejerskers praksisfelt, kan det medføre forskellige erfaringer, så sidst, men ikke mindst er det vigtigt at dele erfaringer. Dette kvalitetsudvikler sygeplejen og sygeplejerskernes praksisfelt, som aktuelt er i en rivende udvikling.

Karin Piil er afdelingssygeplejerske i Neurokirurgisk Ambulatorium 3090, Rigshospitalet; Karin.Piil@rh.regionh.dk

Sygeplejerskerne Bodil Lange, Agnete Kelstrup og Mai Krøyer udfører sygeplejekonsultationer i Neurokirurgisk Ambulatorium og har bidraget til kvalitetsudvikling af den neurokirurgiske sygepleje. Bodil Lange har aktivt bidraget til processen f.eks. med dataindsamling.

Litteratur

1. Dansk Sygeplejeråd. ”Mere sundhed for pengene på sygehuse”. Inspirationskatalog fra DSR 2003.
2. Kruckow C. Lige til højrebenet. Sygeplejersken 2007;(2):25.
3. Hagelund K. Sykepleiere gjør legens jobb. Sykepleien 2006;(19) <http://www.sykepleien.no/>
4. Berg SK, Hertz PG. Sådan etableres en ambulans sygeplejeklinik. Sygeplejersken 2007;(4).
5. Bekendtgørelse af lov om sygeplejersker. LBK nr. 759 af 14/11, s. 4. <https://www.retsinformation.dk>

Lær anatomi og fysiologi på en ny måde

Udstillingen "Bodies" på H.C. Andersen Slottet ved Tivoli i København har medført debat om det etiske i at udstille rigtige menneskekroppe og sat spørgsmålstejn ved, om udstillerne har de fornødne tilladelser. Det etiske må vi hver især tage stilling til, og Dr. Roy Glover, der er hovedansvarlig for udstillingen, garanterer på udstillingens hjemmeside, at alle kroppe kommer fra mennesker, som har valgt at donere deres krop til lægevidenskaben. Selv synes jeg, at præsentationen af de præservede kroppe og organer er både saglig, fascinerende og sober og ikke mindst sygeplejefagligt relevant. Her kan såvel sygeplejersker som studerende hente enestående tredimensionel undervisning i den menneskelige anatomi og fysiologi, biologi og kemi og ved selvsyn se konsekvenserne af mange forskellige sygdomme. Spørgsmål undervejs kan stilles til venlige medicinstuderende, og på udstillingens hjemmeside findes supplerende materiale til undervisningsbrug. Kilde: www.bodiescopenhagen.dk

(er)

6. Thybo P. Sygdom er, hvordan man har det – sundhed er, hvordan man tar det. København. Munksgaard. Klinisk sygepleje 2004;(3):4-12.
7. Holm-Petersen C, Asmussen M, Willemann M. Sygeplejerskens fagidentitet og arbejdsopgaver på medicinske afdelinger. DSI Institut for Sundhedsvæsen 2006. DSI rapport.
8. Alsvåg H. Klinisk Skjønn. I: Bjørk IT, Helseth F, Nortvedt F, (red). Møte mellom pasient og sykepleier. Oslo:Gyldendal;2002:237-249.
9. Hill J, Thorpe R, Bird H. Outcomes for Patients with RA: A Rheumatology Nurse Practitioner Clinic compared to Standard Outpatient Care. Leeds: Musculoskeletal care 2003;1(1):5-20.

I øvrigt henvises til ikkepubliceret materiale:

Williams, Helene og Schlüter, Bodil. "Når sygeplejersken overtager kontrollen af brystkræftpatienten". Mamma- og Endokrinkirurgisk Klinik, HovedOrtoCentret, Rigshospitalet. Kan rekvireres hos Helene Williams; Williams@rh.regionh.dk

Klinisk retningslinje for brug af humor

Når sygeplejersker er forsamlede, fortæller de altid historier med sjove pointer. Historierne handler om aktørerne i sundhedsvæsenet: patienter, læger, kolleger, pårørende og om egne fejtagelser.

Og det er sjovt at være sygeplejerske, det skinner bare ikke igennem i litteraturen. Søger man på humor i sygeplejerskens arkiv, er der ikke voldsomt mange artikler, der direkte handler om koblingen mellem sygepleje og humor. Men patienterne lægger vægt på, at sygeplejerskerne har humoristisk sans, og at de tør bruge den. Det peger en artikel i *Sygeplejersken* fra 2006 på.

Nursing Standard nr. 33 fra april 2008 behandler emnet i artiklen "You must be joking". Artiklen henviser til en oversigt, der konkluderer, at sygeplejersker er hurtige til at udpege områder, hvor man skal vogte sig for at bruge humor. Psykologiske kriser, akutte situationer, etniske, kønsmæssige, politiske, seksuelle og religiøse emner og fodbold kalder ikke på en spøg.

Men det må komme an på en prøve, lyder opfordringen i artiklen. Humor kan bygge bro og skabe kontakt – og mindske stress og lidelse.

Helt for egen regning: En klinisk retningslinje for brug af humor? Nej, det vil ikke være sjovt.

(jb)

>>> ENGLISH ABSTRACT

Piil K. Setting up mobile nurse consultancies. *Sygeplejersken* 2008;(12):54-7.

In 2008 nurses at the neuro-surgical outpatients department at Rigshospitalet in Copenhagen took over ambulant control of a selected group of patients referred by specialists. This group of patients includes those who come for a three-month post operative check-up in connection with degenerative back complaints. The article passes on experiences in preparing for nurse consultations and focuses on the specific areas health professionals should scrupulously consider in the process. Finally, the reader is presented with a practical roadmap for the establishment of nurse consultations. Readers are urged to share similar experiences in order to develop the quality of nursing and the nurses' field of practice, which is currently in a state of rapid development.

Key words: Nurse consultations, competence, degenerative back complaints.

Svar på Testen side 66

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

Kilde: Patientvejledningen 2008, 9. udgave. www.patientvejledningen.dk

Artiklen henvender sig til sygeplejersker og ledere, som gerne vil etablere sorggrupper for efterladte. Hovedbudskabet er, at sorggrupper kræver formel supervision og tilknytning til en specifik afdeling, hvis de skal fungere optimalt.



Sorggrupper for efterladte ægtefæller

AF ULLA THORUP JESSEN, SYGEPLEJERSKE • FOTO: SIMON KNUDSEN

Mange år i kræftsygeplejen og mødet med mange pårørende, senere efterladte, vakte min interesse for at gøre noget for dem.

Det er naturligt også at have blik for, hvordan de pårørende har det. De bløde værdier har altid fyldt meget i min sygepleje, men i en travl hverdag føler jeg ikke, at jeg har tid nok, en følelse jeg tror, jeg deler med mange. Jeg ville gerne vide, hvordan det kom til at gå med den efterladte ægtefælle, og vi talte meget om det, kollegaerne imellem.

Af samme årsag startede jeg min første sorggruppe for efterladte ægtefæller for ni år siden, her fortæller jeg, hvorfor og hvordan sorggrupperne er opstået.

I litteraturen fandt jeg ikke meget om sorggrupper, men jeg forberedte mig ved at læse om sorg- og krisebehandling (1,2,3). Bibliotekaren, der var tilknyttet min afdeling, hjalp mig med litteraturen. Jeg har valgt at arbejde med sorggrupper for efterladte ægtefæller for at begrænse mig og med den tanke, at gruppens medlemmer skulle have mest muligt til fælles.

Sorggruppens sammensætning og funktion

Følgende principper gælder for sorggrupper:

- Deltagerne har alle mistet ægtefællen inden for de sidste 2-4 måneder.
- Gruppen består af både mænd og kvinder, fire-fem i alt.
- Der må højst være ca. 20 år mellem deltagerne.
- Følelsesmæssigt er der frit spil, man må udvise frustration, vrede, sorg, glæde og afmagt.
- Alle kan komme til orde.
- Man giver plads til hinanden, dvs. at man skal kunne rumme de andres sorg og lytte til hinanden.
- Man kan give gode råd om dagligdags problemer.

Målet er, at deltagerne finder nye livsværdier og får mod på at leve livet uden ægtefællen med de forandringer, der vil være.

Bekymret og nysgerrig

Jeg var både bekymret og nysgerrig, mht. hvordan de efterladte klarede sig. Nogle hørte vi tilfældigt fra, eller de kom på besøg, men andre gik ud ad døren for altid. Jeg stillede mig selv mange spørgsmål:

- Hvordan kommer livet til at forme sig for ham, når hans hustru er død?

- Hvor går han hen?
- Klarer han det?
- Kommer han videre efter 25-30 års ægteskab?
- Hvordan har han det om en måned, et år?

Spørgsmålene meldte sig, når den efterladte ægtefælle forlod afdelingen med plastikposen i hånden, hvori ægtefællens hjemmesko, toilettaske og personlige ejendele lå.

Det sidste kys er givet, de pårørende har sagt farvel, takket af og forladt afdelingen. Jeg har altid syntes, at der var noget trist og forladt over dem, når de gik. Sidenhen har jeg gjort det til en vane at følge de pårørende helt til dørs, hvis situationen er passende til det.

Det er ofte mennesker, plejepersonalet lærer godt at kende, og omvendt lærer de os at kende sammen med patienten. Nogle gange er det årelang behandling og pleje, der er gået forud, andre gange kortere, men stadig intense forløb.

Jeg talte engang med en hustru til en afdød i telefonen. Hun sagde:

”Jeg mistede min livline, den dag min mand døde, jeg syntes ikke, at jeg havde lov til at komme i afdelingen mere efter hans død.”

Om jeg har kendt de efterladte i lang eller kort tid, gør ingen forskel for mig mht. min deltagelse i, hvordan de kommer videre.

Da jeg stillede mig selv disse spørgsmål, blev jeg hurtigt klar over, hvordan jeg skulle få svarene: ved at spørge de efterladte!

Jeg kendte begrebet sorggrupper og selvhjælpsgrupper udmærket, men de eksisterende tilbud var dengang færre end i dag.

Jeg kunne ikke få svar på, hvordan det er at miste, af nogen, der ikke selv har prøvet det. Jeg har siden hørt det fra mange efterladte:

”Ingen ved, hvordan vi har det, hvis de ikke selv har prøvet at miste.”

En efterladt i en af mine grupper beskrev en aften, hvordan han havde det efter hustruens død: ”Det er som en bombe, der er faldet, og jeg står midt i kaos med mit tandkrus i hånden og aner ikke, hvilken vej jeg skal gå.”

Kontakt og tilbud om sorggruppe

En tidligere kollega indførte ”Afskedsbogen”, hvori vi skriver navn og telefonnummer på de pårørende, når en patient dør. Vi tilbyder at ringe op inden for et par uger. Det kan både være ægtefæller, søskende, børn eller venner, der er pårørende. Nogle takker nej til opringningen, andre ja.

Vi sørger som regel for, at den, der ringer op, har kendt patient og pårørende. Vi spørger til, hvordan det går, gør opmærksom på vigtigheden af, at den sorgramte har no-

gen at tale med, og senere nævner vi tilbuddet om sorggruppen.

Det har vist sig at være en god måde at give tilbuddet på, tidspunktet er godt, de første uger er gået efter dødsfaldet.

Det er en stor hjælp, jeg får fra kollegaer, jeg ville ikke kunne nå alle opringninger selv.

Dem, der siger ja eller vil høre mere om sorggruppen, ringer jeg op inden for kort tid. Her fortæller jeg mere detaljeret om tilbuddet, om, hvornår gruppen starter, og om, hvilken rolle jeg spiller i gruppen.

Det er de efterladte ægtefæller, der får tilbuddet, mens andre bliver hjulpet med at få kontakt til hjælp, hvis de ønsker det.

Ikke alle siger ja til sorggruppe, og dem, der gør, kan sagtens have et godt netværk, men problemet er, at de ikke vil ligge nogen til last ved at tale om deres sorg igen og igen. Flere siger ja, fordi de mener, de har overskud til at give andre noget.

Nogle har slet ikke overskud, og andre, der siger nej, får gode råd om eksisterende tilbud. Tilbuddene er forskellige, afhængigt af hvor man bor.

Jeg har ikke været involveret i alle patienter på afdelingen, men jeg har ikke følt, det har betydet noget negativt for de efterladte, når de er i gruppen. Her er det vigtigste, at de føler, at nogen tager sig af dem.

Min rolle i gruppen

Det er mig, der er tovholder og sørger for at samle en gruppe på minimum fire. Det er en lukket gruppe, hvilket betyder, at der ikke kommer nye medlemmer til ndervejs. Jeg har efterhånden fået bedre struktur på tilrettelæggelsen og tilbyder nu 8-10 møder i alt med enkelte afvigelser.

Møderne foregår fortrinsvis om aftenen, fordi flere er

”De bløde værdier har altid fyldt meget i min sygepleje, men i en travl hverdag føler jeg ikke, at jeg har tid nok, en følelse jeg tror, jeg deler med mange.”

aktive på arbejdsmarkedet, og jeg selv arbejder på fuld tid. Om aftenen har jeg mulighed for at låne et lægekantor, så vi kan sidde væk fra uroen på sengeafdelingen, og de fleste synes, det vil være hårdt at komme tilbage til afdelingen.

Vi mødes hver 14. dag eller hver 3. uge afhængigt af ferier og højtider.

Mødet er fastsat til to timer. Det er vigtigt, at aftenen afsluttes på en god måde, så når de to timer er ved at være gået, runder jeg af.



- » Det kan være forskelligt, hvor længe efter dødsfaldet de efterladte begynder i gruppen, men jeg tilstræber, at det bliver 2-4 måneder efter dødsfaldet, da der er mange praktiske gøremål i ugerne efter.

Jeg skal være 100 procent til stede, og så er det vigtigt, at gruppen ser mig som sygeplejerske og ikke som en analyserende terapeut, for det er jeg ikke uddannet til at være. Jeg er ikke til stede for at forsvare systemet, men jeg lytter kritisk.

Jeg afspadserer de timer, jeg bruger på gruppen.

”Jeg skal være 100 procent til stede, og så er det vigtigt, at gruppen ser mig som sygeplejerske og ikke som en analyserende terapeut, for det er jeg ikke uddannet til at være.”

Jeg mener ikke, at det, vi ikke når i arbejdstiden, må vi bruge vores fritid på, men det er så intenst at få lov til at være der, lytte og vise engagement, og det giver mig altid en god fornemmelse, når jeg går hjem efter sådan en aften. Jeg synes, jeg kan rumme og udholde deltagerne sorg, sætte mig selv i baggrunden og have blik for, hvordan de har det, uden dog at vide det helt præcist (4,5,6).

Jeg forsøger at skabe tryghed i gruppen ved at udvise nærvær, engagement, respekt og tillid, fordi jeg vil have, at deltagerne skal føle, at det drejer sig om dem i de to timer, vi er sammen.

Jeg afbryder sjældent, men hvis en deltager dominerer, forsøger jeg at få de andre til at tage over.

Det er aldrig mig, der fastsætter aftenens emne, men ved første møde fortæller hver deltager kort de andre, hvad der er sket indtil nu. Den første runde kan være svær, men de øvrige gruppemedlemmer er utroligt deltagende og omsorgsfulde.

Målet er at give de efterladte mulighed for at mødes med ligestillede, at fortælle om deres sorg og gentage sig selv gang på gang uden at føle, at ”nu må du da vi-

dere,” at være ked af det, at være glad og grine, også selv om man lige har mistet.

De efterladte fortæller om mange fordomme, f.eks. ”du ser da ellers godt ud,” en bemærkning, der får den efterladte til at tænke.

Måske gør de netop mere ud af sig selv for at skjule, at de er så kede af det.

En anden fortalte, at hun begyndte at græde et par måneder efter ægtefællens død, da en kollega spurgte, hvordan det gik. ”Jamen, jeg troede da, at du var kommet over det,” lød kommentaren fra kollegaen, som blev helt forskrækket og ikke spurgte igen.

Tiden læger ikke alle sår

Der er mange gode eksempler på, at tiden ikke læger alle sår. Man kan ikke fortie sin sorg og så tro, at det hele bare bliver godt af sig selv. Det er hårdt arbejde at komme igennem en sorg, og forløbet er forskelligt fra person til person.

I gruppen er det vigtigt, at alle kommer til orde og får lov til at tale færdig, men der skal også være plads til tavshed. Jeg siger ikke så meget, men jeg hjælper i gang og holder i gang.

I mit arbejde med grupperne er jeg blevet opmærksom på ting, jeg kunne gøre anderledes.

Jeg har også haft fordomme, jeg har f.eks. skånet deltagerne og ladet være med at spørge om forskellige ting.

Men de sorgramte siger: ”Vi vil gerne spørges, og vi går ikke i stykker af det.”

Jeg bestræber mig på at holde 8-10 møder, som kan strække sig over 10-12 måneder. Jeg har i alle sorggrupperne oplevet en høj mødemoral, ingen bliver væk uden at sende afbud.

Forløbet efter 10 møder har været meget forskelligt. Jeg har haft grupper, der er sluttet efter 10 gange, nogle ville mødes igen efter et halvt til et år, ”for at se, at vi alle har det godt,” andre udvekslede telefonnumre.

Jeg takker nej til fremtidige private møder, da jeg prioriterer min tid til nye grupper.

Jeg er mest stemt for, at møderne ligger ved 18.30-tiden, så jeg kan komme hjem og vende hos min familie først. Jeg har haft nemt ved at få møderne planlagt, men det sker fra gang til gang, da jeg ikke har en fast rulleplan. Jeg prioriterer private begivenheder, som kan komme i vejen for møderne.

Ingen venter derhjemme

Jeg havde ikke struktur på mødernes varighed fra starten, vi sad ofte fra 19 til lidt før midnat, for som en deltager i en af de første grupper sagde, da jeg gjorde opmærksom på klokken: ”Du behøver ikke tænke på os, der er ingen, der venter derhjemme.”

Det er fint med to timer, men enkelte grupper kan bruge mere tid, og andre kan nøjes med 1½ time.

”Jeg siger ikke så meget, men jeg hjælper i gang og holder i gang.”

Jeg har haft enkelte grupper med tre deltagere, men det er for sårbart, når én springer fra eller melder afbud. Nu siger jeg minimum fire og har aldrig haft mere end fem ad gangen. Jeg vil gerne give tilbuddet til så mange som muligt og starter som regel en gruppe, når der er nok til det.

En enkelt vinter havde jeg to grupper på én gang, det var rigeligt for mig, fordi det indebar, at jeg i en periode havde sorggruppeaftener hver uge.

Jeg har prøvet med en åben gruppe to gange, hvilket ikke har været godt. Dem, der er i gruppen, føler, at de går tilbage i bearbejdningen, når der kommer nye til, og jeg har ikke kunnet styre antallet af møder, enkelte ville aldrig møde 10 gange, og de første mødte måske 20 gange.

Du behøver ikke være så forsigtig

Jeg har fået mere mod mht. at spørge. En gruppe evaluerede mig og sagde bl.a.: ”Du må gerne være mere nysgerrig, du behøver ikke være så forsigtig og pæn,” og ”vi går ikke i stykker.” Det var også i den gruppe, en af mændene en aften sagde: ”Nå, hvad siger I, skal vi være alene resten af livet? Vi kan jo nå at fejre sølvbryllup med en mere.”

Mange grupper har lagt vægt på, at det er rart at være nogenlunde jævnaldrende, og det bestræber jeg mig på. Hvis konsekvensen er, at der er én eller to, der ikke kan få tilbuddet, forsøger jeg som regel med en mere blandet gruppe, og jeg har eksempler på, at det er gået godt. En anden gruppe, hvor den ældste var 72, og den yngste var 40, gik ikke så godt, fordi de daglige problematikker var meget forskellige.

Min beslutning om, at det skulle være ægtefæller og ikke en blanding af søskende, ægtefæller og voksne børn til hver deres afdøde pårørende, har været et rigtigt valg. Alle har ment, at de havde noget tilfælles: tomheden efter års samvær.

Jeg har fået positiv feedback fra de fleste, enkelte har senere givet udtryk for, at det var svært at have overskud til andres sorg. Nogle få deltagere er gået ud af gruppen, fordi de havde svært ved at rumme andres sorg, andre valgte at fortsætte. Mange har fået supervision fra egen læge, hvilket gør mig rigtig glad, fordi det fortæller mig, at her kan netværket også være. Andre har brugt psykolog sideløbende med sorggruppen.

Generelt har alle udvist respekt, omsorg og overskud. Det giver mig stor lyst til at fortsætte arbejdet. Men det kunne være rigtig fint at være flere om grupperne, for behovet er der til stadighed.

Sorggrupperne har eksisteret i ca. ni år, og i gennemsnit kan jeg nå en gruppe om året. Der sker hele tiden overlapninger, dvs. at når jeg er ved at afslutte en gruppe, er jeg enten i gang med den næste eller godt på vej.

Tavshedspligten er en selvfølge i arbejdet, men

jeg har også haft brug for gode råd. Det har jeg fået i Kræftens Bekæmpelse, hvor jeg deltager i supervision sammen med frivillige i Kræftens Bekæmpelse. Det har jeg haft stor glæde af de seneste to år.

*Ulla Thorup Jessen er ansat på
onkologisk afdeling R2 på
Odense Universitetshospital;
e-u-jessen@weebsspeed.dk*

Litteratur

1. Jacobsen A. Sorggrupper for de efterladte. *Sygeplejersken* 1990;(4):16-7.
2. Fjeldsted L et al. Indestængt smerte. *Sygeplejersken* 1990;(35):40-2.
3. Metzke E. Tiden læger alle sår – eller gør den? Om krise og tab. København: Clausen bøger;1989.
4. Aronsson U. At sige farvel. København: Hernovs Forlag; 1992.
5. Poulsen L. At miste. Vidnesbyrd fra en sorg. København: Dansk Psykologisk Forlag; 1995.
6. Jørgensen E. Vi ses i morgen. En pårørendes beretning. København: Gyldendal; 2007.

))) ENGLISH ABSTRACT

Jessen UT. Grief support groups for bereaved spouse. *Sygeplejersken* 2008;(12): 58-61.

Many years in cancer nursing and my encounter with terminal patients and their families has made me want to do something for the surviving relatives.

My objective was to set up grief support groups for the bereaved, and prior to establishing the first group in 1999 I re-read the literature on grief and crisis support.

My colleagues or I set up groups by calling up surviving relatives some three weeks after their loss to hear how they are managing and to offer and encourage participation in a grief support group.

All the participants have suffered loss, they meet and can talk about their grief, help each other through this grief and find new values in life.

We meet 8-10 times, every three weeks, two hours at a time.

I attend the meetings, keep them going and help make sure that everyone gets a word in. I strive to accommodate participants' grief, maintain a professional approach and to be attentive, engaged and respectful, and get the participants to feel that it is they who are in focus.

I have the backing of the management and colleagues and enjoy supervision in a group of volunteers.

Key words: Grief support groups, cancer nursing, relatives.

Konsultationssygepleje til patienter med type 2-diabetes

AF METTE FROM JAKOBSEN, SYGPLEJERSKE

Artiklen henviser sig til konsultationssygeplejersker, der arbejder med kronisk syge mennesker og livsstilssygdomme. Med udgangspunkt i diabetes type 2 præsenterer artiklen overvejelser om et specifikt sygepleje-program i almen praksis.

Under min uddannelse er jeg ofte stødt på patienter med type 2-diabetes, hvis livskvalitet var forringet på grund af diabetiske senfølger. Jeg blev derfor interesseret i, hvordan sygeplejersker konkret kan støtte disse og andre patienter med livsstilssygdomme i at ændre en evt. u hensigtsmæssig livsstil, så senfølgerne minimeres.

Et praktikophold som konsultationssygeplejerske og Dansk Sygeplejeråds udmelding om, at konsultationssygeplejersker vil være nøglespillere i fremtidens sundhedsvæsen i forhold til patienter med kroniske sygdomme (1), gav mig lyst til at undersøge, hvordan konsultationssygeplejersker kan komme til at spille en mere aktiv rolle for patienternes mestring. Dette fik jeg mulighed for i mit bachelorprojekt "Konsultationssygepleje til overvægtige patienter med type 2-diabetes" (2), som denne artikel er skrevet ud fra.

Konsultationssygepleje dårligt belyst

I Danmark varetages behandlingen af type 2-diabetikere oftest af egen læge (3), og ifølge tal fra Dansk Sygeplejeråd er der efterhånden ansat konsultationssygeplejersker i hver anden almene lægepraksis (4).

Man kunne derfor forvente, at konsultationssygeplejerskernes arbejdsområde ville være godt belyst, men under litteratursøgningen fandt jeg desværre, at dette ikke er tilfældet. En enkelt undersøgelse i "Månedsskrift for praktisk lægegering" belyser ud fra en kvantitativ opgørelse konsultationssygeplejerskernes opgaver i det forhenværende Frederiksborg Amt (5), mens et par artikler i *Sygeplejersken* i fortælleform beskriver hverdagen for en konsultationssygeplejerske (6). Det blev derfor nødvendigt at basere min bacheloropgave på videnskabelige artikler, der overvejende belyser internationale forhold frem for danske.

Uudnyttet potentiale

Til trods for at ca. 80 pct. af patienter med type 2-diabetes er overvægtige, og at type 2-diabetikere har større vanskeligheder ved at tabe sig end raske, er det kun lidt under halvdelen af Diabetesforeningens ca. 70.000 medlemmer, der ved den seneste kontrol har talt med deres læge om kost og motion (3,7). De kvartalsvise kontroller bliver ofte varetaget af konsultationssygeplejersker, men her er fokus i højere grad end livsstilsændringer opgaver af mere praktisk art som inspektion af fødder,

blodprøvetagning, måling af blodsukker, blodtryk og vægt (5).

Dette indikerer, at der er et uudnyttet potentiale i almen praksis, hvor placeringen i primærsektor giver konsultationssygeplejerskerne en unik mulighed for at påvirke patienterne, både før deres livsstil udløser type 2-diabetes, og inden diabetespatienterne når at udvikle senfølger. Samtidig har konsultationssygeplejerskerne mulighed for at lære patienterne at kende og følge dem gennem et langt forløb.

Det sygepleje-program, som jeg har analyseret i mit bachelorprojekt og vil skitsere nedenstående, er baseret på *Robin Whittemores* sygepleje-program, der er teoretisk funderet i patientcenteret sygepleje og teori om integration af kronisk sygdom (se boks 1 side 63). Et væsentligt element i Whittemores sygepleje-program er problemløsning i forhold til barrierer for livsstilsændringer, men hun skriver ikke, hvordan problemløsningen konkret kan gribes an. I mit mundtlige eksamensoplæg supplerede jeg derfor med *Vibeke Zoffmanns* metode Guidet Egen-Beslutning (GEB), der er en metode, som er udviklet i forhold til meningsfuld og effektiv problemløsning mellem patient og professionel (se boks 2 side 64). Inddragelse af GEB i Whittemores sygepleje-program vil derfor kunne styrke indsatsen over for patienterne.

En sygeplejemodel for livsstilsændringer

I Whittemores sygepleje-program er formålet at hjælpe patienter med diabetes type 2 til at integrere deres sygdom i hverdagen, så de opnår en mere hensigtsmæssig mestring af deres diabetes. En mestring, som både tager hensyn til de behov, som opstår på grund af sygdommen, og patientens behov for at opretholde et normalt liv (8).

I programmet indgår teorier om adfærdsændringer, bl.a. stages of change, kognitive teori og empowerment, idet det er Whittemores erfaring, at den nødvendige viden om de faktorer, som påvirker patienternes mulighed for at opnå varige livsstilsændringer, ikke kan rummes inden for en enkelt teori.

Programmet er rettet mod amerikanske kliniske ekspertsygeplejersker, som arbejder selvstændigt i en sygeplejepraksis, og er afprøvet i tre omgange med positivt resultat. Første gang som et semikvantitativt studie, hvor ni kvinder med dårligt reguleret type 2-diabetes deltog, derefter som et mere kvantitativt anlagt pilotstudie med deltagelse af 53 kvinder, som blev opdelt i en interventionsgruppe og en kontrolgruppe. Senest er sygepleje-programmet afprøvet på syv mandlige patienter med type 2-diabetes (8,9). I alle tre studier oplevede patienterne en større integration af sygdommen i deres liv, og den forbedrede mestring af sygdommen resulterede i målbare og signifikante forbedringer i patienternes blod-sukterniveau målt ved HbA1c (8,9).

"Placeringen i primærsektor giver konsultationssygeplejerskerne en unik mulighed for at påvirke patienterne, både før deres livsstil udløser type 2-diabetes, og inden diabetespatienterne når at udvikle senfølger."



ARKIVFOTO: SCANPIX

))) BOKS 1. ROBIN WHITTEMORES SYGEPLEJEPROGRAM

Sygeplejeprogrammet er udviklet af *Robin Whittemore*, som er en af flere amerikanske kliniske ekspertsygeplejersker, der er i gang med at udvikle en sygepleje til overvægtige patienter med type 2-diabetes, som kan fungere i en ambulant klinisk sygeplejepraksis. Whittemore er ph.d., Advanced Practice Registered Nurse (APRN) med 20 års erfaring i akut sygepleje og ansat som associate professor på Yale University School of Nursing. Whittemore forsker bl.a. i sygeplejeinterventioner, som kan understøtte integration af livsstilsændringer hos overvægtige og hos patienter med type 2-diabetes. Forskningen sigter mod at forebygge sygdommen og øge livskvaliteten hos patienterne.

Whittemore kan kontaktes på følgende e-mail-adresse: robin.whittemore@yale.edu

Grundlæggende elementer

Når sygeplejen kan medvirke til at styrke patientens mestring, er der ifølge Whittemores sygeplejeprogram nogle grundlæggende elementer, der må være til stede:

En grundig dataindsamling

Hvis sygeplejen ikke relaterer sig til patientens fysiologiske og psykosociale tilstand, kan patienten opleve den som generel og uvedkommende. Sygeplejersken skal derfor sikre, at sygeplejen er relevant og tager højde for patientens hidtidige livsmønster. Dette gøres ved, at hun indleder forløbet med en grundig kortlægning og evaluering af patientens fysiske, psykosociale og kulturelle forhold. Patientens data dokumenteres løbende i patientjournalen (2,8).

Patienten aktiv i fastlæggelse af mål

Hvis patienten ikke oplever, at de mål og strategier, som fastlægges for livsstilsændringen, er begribelige og håndterbare, vil de ofte have svært ved at følge sygeplejerskens råd. Patienterne vil opleve, at mål og strategier for livsstilsændringerne bliver mere håndterbare og meningsfulde, når han eller hun inddrages som ligeværdig partner, og sygeplejen tager udgangspunkt i patientens aktuelle behov og ressourcer. Mål og strategier dokumenteres i patientjournalen (2,8).

Undervisning og uddannelse

Mange patienter har vanskeligt ved at integrere deres viden om diabetes i dagligdagen. Patienten får større mulighed for at integrere sin viden om diabetes i hverda-

►►► BOKS 2. VIBEKE ZOFFMANNS PROBLEMLØSNINGSREDSKAB

Den danske sygeplejerske og ph.d. *Vibeke Zoffmann* har udviklet et redskab, som sygeplejersken kan anvende til at rette fokus mod en reel problemløsning. Midlet er en række arbejdsark, som via bl.a. tegninger og ufuldendte sætninger hjælper patienten til at reflektere over egne værdier og sit liv med diabetes, og herunder opstille mål for, hvordan han eller hun skal mestre forskellige aspekter af sygdommen fremover. Arbejdsarkene er tilgængelige på Universitetshospitalernes Center for Sygepleje- og omsorgsforskning's hjemmeside: <http://www.ucsf.dk>

- » gens gøremål, hvis sygeplejersken hele tiden tilbyder relevant undervisning, som supplerer og nuancerer patientens aktuelle vidensniveau og handlingsmønster (2,8).

Nedbryde barrierer ved problemløsning

Selv om ovenstående grundlæggende elementer danner udgangspunkt for sygeplejen i forbindelse med livsstilsændringer, kan patienterne opleve, at bl.a. sociale problemer eller uhensigtsmæssige handlingsmønstre danner barrierer, som vanskeliggør deres mål om at ændre livsstil. Derfor er problemløsning og nedbrydning af barrierer et væsentligt element i sygeplejeprogrammet.

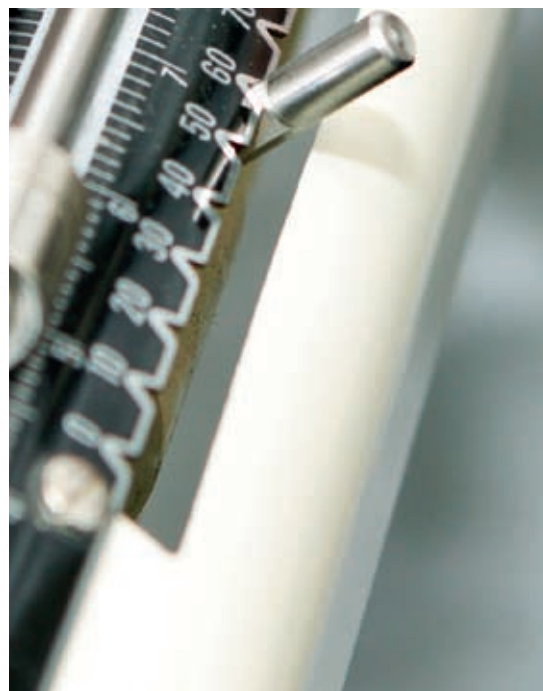
Sygeplejersken kan bistå patienten til at nedbryde barrierer for livsstilsændringen på den måde, at hun/han sammen med patienten retter fokus på de forskelligartede problemer, som kan udgøre barrierer, og bistår patienten til at finde individuelle løsninger på problemerne. Her er det væsentligt, at sygeplejersken anser patienten for at være den aktive part i problemløsningen, mens sygeplejersken har rollen som coach eller vejleder (2,8).

Forebygge tilbagefald

Mange patienter oplever tilbagefald i deres forsøg på at ændre livsstil. Derfor er det væsentligt for patientens mestring, at sygeplejersken yder professionel støtte og vedvarende opfølgning og sørger for, at konsultationerne foregår i et accepterende og empatisk miljø (2,8). F.eks. er det ikke specielt empatisk at benævne den blodprøve, som måler det gennemsnitlige blodsukkerniveau i de foregående 4-6 uger (HbA1c) for sladreprøven.

Den svære problemløsning

Essentielt i Whittemores sygeplejeprogram er, at patienten skal inddrages som aktiv part i kortlægning af sine psykosociale problemer og af de problemer, som ofte vil danne barrierer for de ønskede livsstilsændringer. Men Whittemore skriver ikke meget om, hvordan man som sygeplejerske rent praktisk skal gribe det an, så patientens integritet respekteres. Det kræver bl.a., at sygeplejersken på en empatisk måde kan tale med patienten om de problemer, som patienten oplever, og at sygeplejersken tør verificere sin egen opfattelse ved at spørge patienten selv. Hvilket lyder som det eneste fornuftige, men ifølge Vibeke Zoffmann kan være meget vanskeligt for sygeplejersken at udføre i praksis. Zoffmann har således undersøgt de vanskeligheder, som sygeplejersker og læger oplever i forhold til at tale med patienterne om deres problemer, og her var der en tydelig tendens til at drøfte patienternes problemer med kollegaerne frem for den pågældende patient. Hvilket bevirkede, at sygeplejerskerne aldrig fik verificeret deres antagelser, og at patienternes problemer ikke blev



løst trods jævnlige kontrolbesøg gennem flere år. Zoffmann udviklede på denne baggrund metoden Guidet Egen-Beslutning (GEB), der har til formål at facilitere meningsfuld og effektiv problemløsning mellem patient og professionel (10).

Krav til konsultationssygeplejersker

Zoffmanns refleksionsredskaber er udviklet til brug i ambulatorier, og det vides derfor ikke, om metoderne direkte kan overføres til konsultationssygeplejersker, og hvilke kompetencer og organisatoriske forhold der i givet fald skulle til. Alligevel er resultaterne interessante, når man skal belyse konsultationssygeplejerskernes mulighed for at styrke patienternes mestring ved at anvende Whittemores sygeplejeprogram.

Konsultationssygeplejerskerne skal ikke alene have kendskab til sygeplejeprogrammet, men også kompetencen til at anvende det, samt eventuelt kende Zoffmanns arbejdsmetode med Guidet Egen-Beslutning, når de skal konfrontere patienterne med uhensigtsmæssige handlingsmønstre. Og ikke mindst skal de have tålmodighed til at lade patienten selv tage de endelige beslutninger. Programmet stiller derved store krav til konsultationssygeplejerskernes evner inden for sundhedspædagogik og kommunikation, og spørgsmålet er, om konsultationssygeplejerskernes nuværende uddannelsesmæssige baggrund og kompetencer er på et niveau, hvor de for

alvor kan understøtte patienternes mestring af deres sygdom?

Fremtidens kliniske ekspertsygeplejersker

Også Whittemores sygeplejeprogram kan ikke uden videre overføres til danske konsultationssygeplejersker. Programmet er udformet til kliniske ekspertsygeplejersker, der har langt bedre uddannelse og flere formelle kompetencer end danske konsultationssygeplejersker. De amerikanske ekspertsygeplejersker kan bl.a. ordinere medicin og selvstændigt varetage hele behandlingsforløbet for patienter med bl.a. type 2-diabetes. De danske konsultationssygeplejersker er ansat af de praktiserende læger, har ikke samme formelle behandlingskompetencer, og sygeplejen udføres i et tværfagligt samarbejde med den praktiserende læge. Spørgsmålet er, hvordan dette påvirker sygeplejerskernes handlemuligheder og patienternes mestring? – Et emne, der kunne være et fokus for fremtidig forskning.

Et sygeplejeprogram som Whittemores må under alle omstændigheder tilpasses danske forhold i almen praksis, ligesom meget tyder på, at det er tvivlsomt, om danske konsultationssygeplejersker på nuværende tidspunkt har de fornødne kvalifikationer til at løfte hele spektret af opgaver i forhold til kroniske sygdomme. Dette peger på behovet for at få etableret den uddannelse af kliniske ekspertsygeplejersker rettet mod mennesker med kronisk sygdom, som Dansk Sygeplejeråd aktuelt forsøger at få motiveret de sundhedspolitiske beslutningstagere til (11). Disse kliniske ekspertsygeplejersker tænkes ansat bl.a. i sundhedscentre, ambulatorier og almen praksis og ville med Whittemores sygeplejeprogram være godt rustede til at bistå mennesker med bl.a. diabetes type 2 i deres mestring af livsstilsrelaterede problemer.

Mette From Jakobsen er ansat i dialyseafsnittet M36 på medicinsk afdeling, Regionshospitalet Viborg; metteniels@mail.dk

En beskrivelse af bachelorprojektets metode og en udførlig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatteren.

Litteratur

1. Dansk Sygeplejeråd. Konsultationssygeplejersker – nøglespillere i fremtidens sundhedsvæsen. Dansk Sygeplejeråd; 2007.
2. Jakobsen MF. Konsultationssygepleje til overvægtige patienter med type 2-diabetes. Viborg Sygeplejerskole. CVU Vita Sygeplejerskeuddannelsen Viborg/Thisted; 2008. www.sygeplejerskolen.com

”Patienten får større mulighed for at integrere sin viden om diabetes i hverdagens gøremål, hvis sygeplejersken hele tiden tilbyder relevant undervisning, som supplerer og nuancerer patientens aktuelle vidensniveau og handlingsmønstre.”

3. Juhl HH, Bagger M, Sandgaard S. Holdningsundersøgelse. Undersøgelse af type 2 diabetikers viden om og kendskab til diabetes. Diabetesforeningen og Tranberg; 2006. Besøgsdato den 10.10.07 <http://www.diabetes.dk/wm888>
4. Dansk Sygeplejeråd. Svar på forespørgsel; 2007.
5. Johansen S. Konsultationssygeplejerskens arbejdsområde i almen praksis. En undersøgelse i Frederiksborg Amt. I Månedsskrift for praktisk lægegerning; 2006;84. p. 263-272.
6. Bagh J. Selvstændig sygepleje på lægens ansvar. Sygeplejersken. 2003;26 Besøgsdato den 14.11.2007.
7. Bech-Nielsen H, Henriksen JE, Hermansen K et al. Type 2-diabetes og det metaboliske syndrom. Diagnostik og behandling. Klaringsrapport nr. 6. Ugeskrift for Læger. 2000. p. 5-10,15-19. Besøgsdato den 23.10.07.
8. Whittemore R, Bak PS, Melkus G D, et al. Promoting Lifestyle Change in the Prevention and Management of Type 2-diabetes. J Am Acad Nurse Pract; 2003;15(8):341-349.
9. Whittemore R. Svar på forespørgsel; 2007.
10. Zoffmann V. Guidet Egenbeslutning. Sundhedsstyrelsen. 2005.
11. Kruckow C. Kliniske ekspertsygeplejersker. Sygeplejersken. 2007;11.

ENGLISH ABSTRACT

Jakobsen M F. Consultancy nursing of patients with type 2-diabetes. Sygeplejersken 2008;(12):62-5.

Consultancy nurses may in future play a crucial role in strengthening the all important effort to help type 2-diabetes patients to change their lifestyle. The article presents a programme of patient-oriented care which consultancy nurses can use as a point of departure. The programme was developed by Robin Whittemore and is supplemented in the article by Vibeke Zoffmann's Guided Self-Decision-making method.

The programme focuses on the nurse helping the patient to master his/her situation, take responsibility for their own treatment and to integrate their illness into their everyday lives, as well as to overcome barriers.

Key words: Consultation nursing, expert nurses, health promotion.

>>> TESTEN



Temaet er modermærkekræft.
Test dig selv eller din kollega.

- 1** *Hvad er årsagen til modermærkekræft?*
a. Ophold i troperne af længere varighed samt mangel på D-vitamin.
b. Ultraviolette stråler fra solen og solarier.
- 2** *Hvor mange danskere får hvert år konstateret modermærkekræft?*
a. Ca. 680 kvinder og 550 mænd. Kvinder får oftest modermærkekræft på benene, mænd på brystet eller på ryggen, men sygdommen kan vise sig på hele kroppen.
b. Ca. 2.400 personer, heraf er omkring 80 pct. kvinder. Sygdommen viser sig oftest på ryggen.
- 3** *Hvem har en særlig risiko for at udvikle modermærkekræft?*
a. Meget mørke personer med kraftig behåring på ryg og ben og underskud af D-vitamin i blodet.
b. Personer, som har været solskoldede som børn og har mange fregner og skønhedspletter, lys hud og blondt eller rødt hår.
- 4** *Hvad er symptomerne på modermærkekræft?*
a. Modermærket vokser og afgiver væske.
b. Modermærket vokser, ændrer form eller farve, klør, bløder eller danner skorpe, og der opstår et nyt modermærke.
- 5** *Hvordan forebygges modermærkekræft?*
a. Undgå solen mellem kl. 12 og 15, dæk huden til midt på dagen, brug solcreme og undgå solarier.
b. Brug solarium med omtanke, husk solcreme og drik masser af vand.

(jb)

Se svarene på TESTEN side 57.

1ST CARE VIKARER ER TOPMOTIVEREDE VIKARER

– DE ER NEMLIG SYGEPLEJESTUDERENDE ALLE SOM ÉN

Hos 1st Care har vi mere end 1000 sygeplejestuderende tilmeldt og kan derfor finde en motiveret vikar til dig – hurtigt! Alle vikarer er kategoriseret efter deres studie- og arbejds erfaring. Når du booker en vikar, kan vi således matche dine behov 100% med vikarens kompetencer. Ved at bruge 1st Care er du med til at give de sygeplejestuderende vigtige erfaringer i studietiden – samtidig med at du kan sætte dit præg på den nye generation i faget. **Læs mere om, hvorfor 1st Care er det første vikarbureau af sin slags på www.1stcare.dk**

Du kan booke
1st Care vikarer på
telefon 70 22 84 46
hver dag mellem
kl. 06:00 og 24:00

1st Care
Sygeplejestuderende på vej til dig



Mobning set fra flere sider

Bogen behandler udbredte fænomener, der for sjældent bliver formuleret konstruktivt på sygeplejerskers arbejdspladser trods åbenlyse konsekvenser i form af sygefravær og mistrivsel.

Arbejdspsykolog *Liv Starheim* skriver, at den globaliserede tidsalder begunstiger vilkår for udvikling af mobbere og mobbede, begrundet i forestillinger om individets uafhængighed. Mobning er en snigende række hændelser. De foregår i det stille og ofte i det skjulte. At bekæmpe en mobbeepidemi er derfor en særlig udfordring. Ifølge Arbejdstilsynet defineres mobning som gentagne krænkende handlinger, den mobbede ikke er i stand til at forsvare sig imod. Erhvervspsykolog og ph.d. *Eva Gemzøe Mikkelsen* præsenterer delfænomenerne kontrol, aggression, straf, sex, syndebuk og indvielse.

Alle kan blive mobbere og alle mobbede, men lederadfærd i fælles indsats med medarbejderne hindrer den drejning af en virksomhedskultur, skriver arbejdsmiljøchef *Lars Andersen* fra Ledernes Hovedorganisation. Professor i psykologi *Mogens Agervold* skriver om mobning i arbejdsmiljøet ud fra en undersøgelse af FTF's medlemsgrupper i 2006. Mobbede oplever, at ledelsen kun melder tilbage, når der er fejl at berette. Oplevelsen af rolleklarhed er udtalt hos mobbede i forhold til hos ikkemobbede. Mobbede sygeplejersker oplever, at de bliver mobbet af kolleger i underordnede stillinger i højere grad end af

deres ledere. Antologiens styrke er, at den belyser mobning fra flere af arbejdspladsernes aktører. Cand.pæd. og konfliktvejleder *Nethe Plenge* skriver, at styring af arbejdspladsernes konflikter kan gøre forskel. Arbejds- og organisationspsykolog *Annie Høegh*, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, viser, at for mobbede og deres vidner er der ingen vej tilbage. Mobning sætter gang i fysiologisk stress hos begge grupper.

Bogens særlige kvalitet er, at den giver læseren adgang til kompetent viden om mobning. Den har korte afsnit med referencer, links til hjemmesider og spørgsmål, læseren kan undersøge og besvare for at afdække en aktuel mobbesituation. Værktøjerne til forebyggelse af mobning på arbejdspladsen er at konstruere en politik mod mobning og skabe netværk.

Bogen giver god vejledning til sygeplejersker og andre, der har identifikation og forebyggelse af mobning på dagsordenen.

Af *Grete Mygind, cand.comm.*
med speciale i psykologi.
Praktikvejleder og sygeplejerske
ansat på Geriatriisk Afdeling,
Frederiksberg Hospital.



Dorthe Perit og Karen Pedersen

Den stille epidemi
– om mobning på
arbejdspladsen

Sociale Udviklingscenter SUS

2007

198 sider – 170 kr.

+ porto og administrationsgebyr

ISBN 978-87-92182-00-5

Bogen kan bestilles på

www.stopmobning.dk eller på

sus@sus.dk eller tlf. 3393 4450

DSRs Sygeplejefaglige Forskningsfond

DSRs Sygeplejefaglige Forskningsfond udbyder midler i 2009 til sygeplejeforskning

DSRs Sygeplejefaglige Forskningsfond har til formål at yde økonomisk støtte til forskning udført af sygeplejersker til fremme af syge- og sundhedsplejen i Danmark og internationalt.

Forskningsfonden vil i 2009 støtte forskningsprojekter, der primært retter sig mod sundhedsfremme og forebyggelse i relation til patienter med kroniske lidelser.

Fondsmidlerne kan søges af sygeplejersker, som er medlemmer af DSR.

Ansøgningsskemaet findes på DSR's hjemmeside: www.dsr.dk under Job & Uddannelse → Uddannelse → Forskning.

Ansøgningen skal være modtaget i Dansk Sygeplejeråd senest den 1. december 2008 kl. 12.00.



– omsorgsfuld hudpleje

danatekt hudplejeserie er udviklet til tør, sart eller udsat hud, der trænger til ekstra og beskyttende pleje.


- UDEN parfume- og farvestoffer
- Shampooen er helt UDEN konserveringsmidler
- Creme og lotion er konserveret UDEN parabener
- Serien kan bruges af hele familien
- Købes på apoteket

www.danatekt.dk

Med ar på sjæl og legeme



Maria Rørbæk
På kanten
 Danskere udsendt
 til krig og katastrofer
 Schultz Forlag
 – Gyldendal 2007
 165 sider – 199 kr.
 ISBN 978-87-609-1648-9

 Hvad får mennesker, der bor i et fredeligt land, til at bevæge sig ud i verdens krige og katastrofer, og hvad betyder oplevelserne for deres liv? Det er de spørgsmål, som 11 tidligere udsendte danskere svarer på i interview med journalisten *Maria Rørbæk*.

Folk rejser ud af meget forskellige årsager, nogle vil gøre en forskel for mennesker i nød, andre vil prøve deres egne grænser af, nogle vil vise deres mod, og én vil bare væk fra problemerne med kæresterne i Danmark. Det, de får med hjem, er store og stærke oplevelser. Følelsen af at have gjort en forskel på trods af alt, har alle de interviewede oplevet. Nogle får ar på sjæl og legeme gående fra let angst, udbændthed eller posttraumatisk stress til fysisk handicap efter kontakt med en selvmordsbomber.

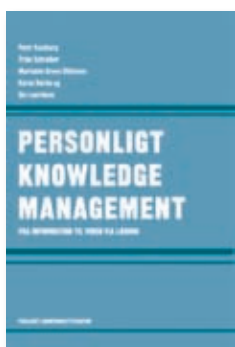
Sygeplejerske *Merethe Engell* er en af de interviewede. Hun beskriver sine ophold i Darfur og i Den Demokratiske Republik Congo. Her arbejder hun under ekstreme forhold med flygtninge fra sult og borgerkrig. Selv får hun ikke megen hvile, fordi hun ved, at det kan betyde døden for andre, og hun arbejder under konstant

angst for at blive angrebet af oprørerne. Til sidst er hun psykisk og fysisk slidt godt ned, så meget at hun hjemme igen vælger et job, som ikke har med sygeplejefaget at gøre, og hun siger nej til sit drømmejob om at blive nødhjælpskoordinator.


Bogen er bygget op som 11 selvstændige interview. De interviewede har alle forskellig faglig baggrund og har været af sted fra uger til 20 år. Forfatteren er meget lidt til stede i bogen, hun formidler blot de udsendtes ord. Selv om forfatteren ikke kommenterer på interviewene, kommer deres rækkefølge i bogen til at få stor betydning. Først de søde og ukomplicerede udsendelser, og jo længere jeg kom hen i bogen, jo voldsommere og sværere er de oplevelser, de udsendte har haft. Bogen virker troværdig, og når jeg læser den samlet, får jeg fint et billede af udsendte fra Danmark i krig og katastrofer i verden. Et billede, som er mere nuanceret og dybere, end det jeg har hørt og læst om før.

Af Berit Fekkes, psykoterapeut, MPF og sygeplejerske.

En avanceret studiehåndbog



Peter Kastberg, Trine Schreiber,
 Marianne Grove Ditlevsen,
 Karen Harbo og Ole Lauridsen
**Personligt Knowledge
 Management – fra informa-
 tion til viden via læring**
 Forlaget Samfundslitteratur
 2007
 176 sider – 198 kr.
 ISBN 978-87-593-1154-7

 Læg godt mærke til ordene: Personal Knowledge Management, personlig videnstyring. Ifølge forfatterne til denne anbefalelsesværdige bog er det endnu en af de kompetencer, alle i vidensamfundet skal være fortrolige med og kunne beherske. Misforholdet mellem den voksende mængde tilgængelig information og individets mulighed for at forholde sig til og tilegne sig relevant information bliver stadigt større. Forfatterne finder, at det er vidensamfundets grundvilkår par excellence. Det er bogens grundlag, og den er skrevet som en personlig brugsbog for den, der vil have værktøjer til at gøre information til viden gennem læring.

De tre perspektiver knowledge management, informationskompetence og læring kobles på en unik måde. Gennem cases og værktøjsbeskrivelser hjælpes læseren til at blive sig sin informationskompetence bevidst, så hun kan forstå, systematisere, drage nytte af og optimere egne læringsressourcer.

Bogen er struktureret i tre dele begyndende med et teoretisk fundament, herefter et overgangskapitel med illustrative cases og endelig en metodedel med beskrivelser af metoder og teknikker. Læseren guides pædagogisk gennem de syv kapitler til at opbygge en absolut nødvendig almenkompetence. Kapitlerne er lette at gå til, og sproget er let tilgængeligt. Hvert kapitel introduceres kort, og der sluttes med en opsummering. Bogen fungerer dermed som en avanceret studiehåndbog.

Bogen er konstruktivistisk i sin tilgang, og læseren præsenteres for bl.a. *Illeriis, Kolb, Piaget, Bateson* og *Dunn* og *Dunn*. Det er en bog, der tager emnet seriøst, og dens


anvisninger kan med fordel bruges i opgave, projekt og specialeskrivning.

Men ingen roser uden torne. Bogen kunne med fordel have inddraget eksempler på moderne it-værktøjer til videnstyring for almindelige brugere, f.eks. *The Brain, Mindmanager* eller det fremragende *Microsoft OneNote*, for at koble bogens beskrivelser til det daglige arbejde. Noter kunne med fordel have været sat som fodnoter. Der kunne ønskes mere konsekvent indsættelse af referencer. Der er en god og bred litteraturliste, men der savnes flere forslag til yderligere læsning i bogens generelle tekstenvisninger.

Studerende, undervisere, videncenterledere og fagprofessionelle kan have megen gavn af bogens mange værktøjer og tip. I *University College* regi kan bogen bidrage både på det organisatoriske og på det personlige niveau: Som incitament til at individualisere de nye institutioners *Knowledge Management*-værktøjer og som en glimrende introduktion til det metodiske fundament for de studerendes tilegnelse af informationskompetence som et uundværligt studieværktøj. Endelig kan afsnittet om data, information og viden trækkes direkte ind i undervisningen i sundhedsinformatik og give en forståelse for problemerne med at skabe evidens og fælles sprog i elektroniske patientjournalssystemer.

*Af Raymond Kolbæk, sygeplejelærer, cand.cur.,
 Sygeplejerskeuddannelsen Viborg,
 Den Sundhedsfaglige Højskole,
 Via University College.*

Få indblik og overblik

 Kan en bog forene teori og praksis om rehabilitering? Modigt og ambitiøst tager forfatterne til den første danske bog om rehabilitering fat.

Tre meget forskellige patientberetninger beskriver hver især på glimrende og fængende vis de udfordringer, barrierer og muligheder et hverdagsliv giver til ens livskvalitet, uanset om man er født handicappet, er udsat for en ulykke eller er kronisk syg.

Et bredt, tværfagligt panel af kompetente personer, hvoraf flere har en master i rehabilitering, beskriver rehabilitering historisk og forståelsesmodeller i rehabilitering. Pædagogisk inddrages den danske hvidbogs definition af rehabilitering i kapitler om rehabiliteringsprocessen, aktørerne, brugerinddragelse, sundhedsfremme og sundhedspædagogik. Særligt skal et meget velkrevet kapitel om tværfaglighed fremhæves. Et begreb mange taler om, men som få reelt har praktisk erfaring med, idet der ofte i praksis snarere er tale om flerfaglighed end om egentlig tværfaglighed.

Bogen forholder sig kritisk til begrebet rehabilitering og beskriver udfordringen med at samarbejde på tværs af sektorer og faggrupper, herunder også samfundets betydning for rehabilitering i form af de love, rammer og regler, som kenetegner det danske samfund. Kapitlerne kan læses uafhængigt af hinanden, da bogen er yderst pædagogisk opbygget, velkrevet og gennemarbejdet og ikke mindst letlæselig, uden at det teoretiske niveau er lavt.

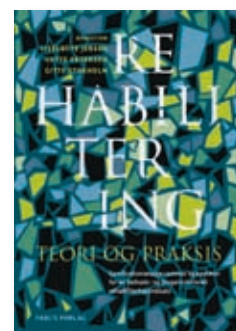
Redaktionsgruppens syn på muligheder og barrierer i

rehabilitering afslutter bogen, og man har som læser et godt udgangspunkt for at arbejde med rehabilitering i ens egen praksis.

Man får et vigtigt indblik i og overblik over, hvad rehabilitering er i Danmark, og bogen kan med fordel læses af sygeplejestuderende eller af studerende på diplomuddannelserne i rehabilitering eller sundhedsfremme og forebyggelse. Aktuelle og relevante referencer mv. supplerer stoffet igennem hele bogen.

Praksis er anskueliggjort med eksempler under de enkelte kapitler, men jeg savner beskrivelser af de praksistilgange, der er i Danmark. Det være sig områder som uddannelse af sundhedspersonale i rehabilitering, praksiserfaringer med hjerterehabilitering, KOL-rehabilitering mv. Man kunne med fordel have inddraget områder som diskussion af mål og effekt, vurdering af rehabiliteringsbehov, evidens inden for rehabilitering samt beskrivelse af metoder i rehabilitering, herunder f.eks. patientundervisning og ikke kun ICF, som et redskab i rehabiliteringsprocessen. Beskrivelse af de enkelte faggruppers opgave i det tværfaglige rehabiliteringsteam, herunder sygeplejerskens rolle, kunne også være interessant. Men bogen udgør en vigtig og god begyndelse til at forstå rehabilitering.

*Af Lise Bjerrum Thisted,
kræftrehabiliteringssygeplejerske,
ansat på Rigshospitalet.*




Liselotte Jensen, Lotte Petersen og Gitte Stokholm (red.)

Rehabilitering

Teori og praksis

Samfundsmæssige rammer og barrierer for en helheds- og brugerorienteret rehabiliteringsindsats
FADL's Forlag 2007
326 sider – 300 kr.
ISBN 978-87-7749-442-0

Hvad med en light udgave?

 "Tidlig kommunikativ udvikling" hviler på et solidt fundament. Mere end 6000 danske børn danner grundlaget for denne undersøgelse og beskrivelse af børns sproglige udvikling.

Forskerne bag undersøgelsen har været interesserede i at belyse, hvordan danske børn i alderen 8-36 måneder udvikler deres sprog, og om det danske sprogs struktur har betydning for sprogtilgængelsen. I udlandet er lavet lignende undersøgelser, hvilket giver mulighed for en sammenligning. Bogen er tillige en brugervejledning og manual til at teste den sproglige udvikling hos børn i den omtalte aldersgruppe og til at sammenligne den med et gennemsnitligt jævnaldrende barn og derved få et billede af, om udviklingen er alderssvarende, eller om der er behov for støtte. Til bogen medfølger to vurderingsskemaer som værktøj til sprogtesten.

Forskerne har været opmærksomme på, at data fra et stort antal børn er afgørende, da variationen imellem børn på de enkelte alderstrin er stor. Der skal mange børn til for at fange yderpunkterne for en meget tidlig og en sen sproglig udvikling.

Tosprogede børns sprogudvikling kan testes med den beskrevne metode, dog med visse forbehold, forbehold der redegøres for i teksten.

Forskerne løfter en flig af sløret for, hvilke faktorer der

har betydning for børns sproglige udvikling. Kønnen har betydning, piger er lidt hurtigere til at lære sprog end drenge, ligeledes er enebørn lidt hurtigere til at forstå og bruge ord end børn med søskende. Der ser ud til at være en sammenhæng imellem antal timer i daginstitution pr. uge og ordforråd, jo flere timer desto lavere ordforråd. Men ellers må vi have tålmodighed og vente på en toer som fortsættelse af denne bog. Temaet vil her være bud på, hvilke mekanismer og faktorer der påvirker danske børns sprogtilgængelse.

Målgruppen for denne udgave er tænkt bred. Forskere og praktikere, som beskæftiger sig med børns sprog, f.eks. praktiserende læger, pædagoger, sundhedsplejersker og forældre, som vil følge deres barns sproglige udvikling.

Bogen kan bruges både som opslagsværk til at få viden om små børns sproglige udvikling og som arbejdsredskab til at teste samme. For at få glæde og det fulde udbytte af materialet kræver det, at man afsætter god tid til at sætte sig ind i vurderingsskemaerne, og i hvordan de aflæses i manualen, og lidt øvelse kræver det også. Ud kommer der en light udgave af bogen, er jeg sikker på, at vi er mange praktikere, som vil gribe den med kyshånd.

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



Dorthe Bleses, Werner Vach, Sonja Wehberg, Karina Faber og Thomas O. Madsen

Tidlig kommunikativ udvikling

Syddansk Universitetsforlag
2007
292 sider – 249 kr.
ISBN 978-87-7674-257-7

Mindre diabetesmedicin ved hjælp af skridttæller



Bente Klarlund Pedersen
Skridttællerbogen
 Nyt Nordisk Forlag
 Arnold Busk 2007
 160 sider – 249 kr. inkl.
 skridttæller
 ISBN 978-87-17-03993-3



En lækker bog man straks får lyst til at gå i gang med.

For at give bogen en fair anmeldelse bør man som skridttællerfreak alliere sig med nogen, som lever godt uden dette aggregat, og som alligevel synes, det er en god ting at gå en lang tur. Disse mennesker findes, og bogen gik til Sarah, som ikke er allerbedst til at knække koden til diverse apparater og dimser. Men hun vejer for meget, så hun indvilligede i at få belyst, om hun i virkeligheden gik så mange skridt og kilometer, som hun mente, hun gik på sit travle arbejde.

Sarah gik hurtigt i sort, for hun fik knækket plastbåndet til skridttælleren uden at få den i gang, og da hun først fik gnavet sig ind i bogen, måtte hun lægge den fra sig med ordene: ”En god bog, men for pedantisk og formynderisk for mig.”

Således opmuntret gav jeg bogen til en sand ven, en skridttæller i ordets egentligste forstand.

”Helhedsindtrykket af bogen er positivt, den forklarer på en overskuelig måde sammenhængen mellem helbred, kost og motion. I starten virker bogen lidt langtrukket i argumentationen, hvor læseren bliver ledt igennem programmet uge for uge for gradvis at opnå den ønskede motion. Bogen anbefaler læseren at komme i gang med at gå mindst 10.000 skridt om dagen og at anvende en skridttæller kombineret med registrering af resultatet som motiverende redskab. Bogen fanger ens interesse ved nærmere læsning, og der er gjort meget ud af at forklare sammenhæng mellem livsstilssygdomme, kost og motion på en overskuelig måde med eksempler og henvisninger til forskellige undersøgelser.

Bogen burde anbefale anvendelsen af en lidt mere avanceret skridttæller med flere funktioner, antal dages hukommelse og automatisk skift til ny dag ved midnat. Der ved får læseren flere oplysninger ud af skridttælleren uden selv at skulle huske at skifte dato eller hive regnemaskinen frem. Det motiverer til at nå minimum 10.000 skridt om dagen.

Man bliver overrasket, når resultatet af registreringen over et helt år viser, at man har gået ca. 3,8 millioner skridt og 2.700 km,” sagde han.

Bogen gør læseren opmærksom på de mange faktorer, motionen påvirker positivt. Den kommer ind på vigtigheden af, at børns aktivitetsniveau skal accelereres, den berører de ældres behov for motion og giver bud på motion som forebyggelse.

En diabetespatient doserer sin diabetesmedicin ved hjælp af sin skridttæller. Har han spist for meget eller forkert en aften, kigger han på sin skridttæller og går ekstra X tusinde skridt før sengetid. Når han måler sit blodsukker næste dag, kan han se, at det er, som det skal være. Snyder han for turen, må han tage mere morgenmedicin.

Så skridt er vigtige, og skridttællerbogen er en god håndbog, der på en simpel måde hjælper med at få struktur på læserens motions- eller snarere skridtliv. Samtidig forklarer den mange af de mest almindelige spørgsmål om motion og forbrænding.

*Af Michala Schultz-Larsen,
 konsultationssygeplejerske.*

Man risikerer at blive klogere



Endelig er der kommet en bog, der ikke giver svaret på, hvad pædagogik er, men som gennem forskellige temaer og problematikker indkredser og giver indblik i historiske og moderne perspektiver af begrebet.

Bogens 29 forfattere bidrager med hver deres indfaldsvinkel til pædagogikken, hvilket gør, at bogen fremstår som en artikelsamling, der bredt belyser begrebet pædagogik inden for bogens seks hovedtemaer. Bogen afsluttes med en omfattende præsentation af pædagogiske teoretikere og pædagogiske teorier, hvilket også gør den egnet som opslagsværk.

Under temaet ”Pædagogik og teorier om opdragelse, undervisning og uddannelse” ses der på, hvad der er lagt i disse begreber op gennem tiden. Forskellige forestillinger om det pædagogiske projekt lige fra håndværket til videnskaben skitseres, og der bliver gået i dybden med den pædagogiske udvikling i Danmark efter 1960.

Det næste tema er ”Nationalitet og globalisering”. Her belyses betydningen af globalisering for pædagogikken og den flerkulturelle dimension i pædagogikken. Frihedsbegrebet i dansk undervisning og opdragelse og den politiske manipulation af uddannelsessektoren afdækkes.

Det tredje tema er ”Fag, viden og undervisning”. Med fokus på teori- praksis- og kundskab-handling-problematikkerne belyses begreberne viden og kunnen. Der

gives et bud på, hvad det er for kompetencer, der kræves i et stadigt mere omskifteligt samfund. Pædagogik som professionsviden problematiseres, og der argumenteres for at konstruere pædagogik som videnskab.

Det fjerde tema er kulturelle og sociale forskelle. Her afdækkes, hvad der konstituerer det normale og det afvigende samt arv og miljøes indflydelse på det lærende individ. Samfundets ensliggørelse gennem uddannelse problematiseres.

Perspektiver og deres betydning er det femte tema. Deltager og tilskuerperspektivet tages under behandling. Der gives en indføring i de kritiske, pædagogiske tiltag op gennem tiden, og endelig belyses krop, rum og motion samt køn og alder ud fra et pædagogisk perspektiv.

Bogens sidste tema er ”Socialt og pædagogisk samspil”. Her afdækkes magtbegrebet i det pædagogiske samspil og det institutionaliserede liv. Familiens rolle, psykologiseringen af subjektet samt evaluering i vadedstedet mellem kontrol, registrering og anerkendelse bliver sat til debat.


Vil man lære noget om pædagogik uden at få påduttet den rigtige metode, så er her bogen, der forholder sig til begrebet såvel individ-, samfunds- som ideologimæssigt. Her rejses så mange spørgsmål, at man kan risikere at blive klogere.

Af Jens Bydam, sygeplejerske, cand.phil.



Peter Østergaard Andersen,
 Tomas Ellegaard og
 Lars Jakob Muschinsky (red.)
**Klassisk og moderne
 pædagogisk teori**
 Hans Reitzels Forlag 2007
 752 sider – 525 kr.
 ISBN 978-87-412-0210-5

Forskning i lykke og glæde

 Enhver sygeplejerske ved det, ethvert barn lever det ud, alle voksne, også sygeplejersken, har brug for at få det gentaget:

- Kontrol kan fjerne ulykke, men ikke bringe lykke.
- Der består et udelukkelsesforhold mellem kontrol og glæde.

Tor Nørretranders, som er kendt som forfatter til en lang række bøger om videnskab og verden, ønsker i denne bog at sætte lykken og glæden på dagsordenen, idet han vil undersøge ovenstående påstande.

Ved kontrol forstår Nørretranders midler som magt, penge, teknologi og videnskab, som har hjulpet os til at afskaffe megen lidelse og sygdom. Men fjernelse af ulykken skaber ikke nødvendigvis glæde, i alt fald ikke den umiddelbare og uforudsigelige glæde, som er Nørretranders' forståelse af ordet. Dermed er første påstand på plads.

Man kunne fristes til at spørge, om det er en ny viden. Bl.a. sygeplejersker kender mennesker, som har alt, men alligevel fortsat er dybt ulykkelige, ramt af det meningsløse og hektiske liv. Og vi møder mennesker, som er alvorligt syge og finder glæde i de små ting og i relationerne.

Det nye er, ifølge Nørretranders, at der gennem de sidste ti år er sket en forandring i den videnskabelige forskning i lykke og glæde, og det er denne forskning, der gøres rede for. Hjerneforskere studerer glæde og motivation, psykologerne arbejder ikke blot med menneskers ulykke og kriser, men taler om den positive psykologi, om hvordan mennesker bliver glade og lykkelige. Der tales nu om sundhed som noget andet end fravær af sygdom.

Nørretranders gennemgår bl.a. neurobiologernes forskningsresultater om signalstoffet dopamin, og her fortæller han, at dopamin pumpes ud ved forventningens glæde, og når vi oplever en god ting, som er ud over, hvad vi forventede. Er vi sikre på at få noget, som vi forbinder med glæde, så glædes vi ikke, hvis vi får det. Når vi har fuld kontrol, medfører det tab af glæde, altså ifølge Nørretranders et bevis på sandheden i påstand nummer to.

Nørretranders skriver ikke blot om den glæde, videnskaben kan bevise, men også om glæderne i hverdagen: Den daglige undren, tilgivelsen, taknemmeligheden og kærligheden. Han opfordrer til, at vi fokuserer mere på de små glæder i hverdagen og anvender de ældgamle metoder: Aftenbønnen, den gode samtale, vandreturen og dagbogen. Det nye er efterprøvelsen med videnskabelige metoder, og Nørretranders konkluderer, at de gamle metoder fortsat er anvendelige. Alligevel kvier han sig ved at tage religionen i brug, selv om han indrømmer, at "teknikkerne" er kendt fra spirituelle traditioner: Tilgivelse, tak og undren. Nørretranders når frem til, at glæden kommer af at modtage livet, og at glæden vokser gennem undren og taknemmelighed, men han adresserer ikke sin taknemmelighed og undren til en gud eller en højere magt.

Godt at få gentaget opfordringen om at glæde sig. Nu har videnskaben så bevist, at det er sandt, det barnet lever ud, og som vi godt vidste i forvejen. Bliver det mere sandt af at blive bevist? Tag selv stilling ved at læse bogen. Og glæd dig.

*Af Rita Nielsen, klinisk sygeplejespecialist,
ansat på Diakonissestiftelsens Hospice.*



Tor Nørretranders
Glæd dig
TV2 Forlag 2007
220 sider – 249 kr.
ISBN 978-87-92121-29-5

Kog suppen ind til en fond

 En sund barndom – giv et sundt liv.

"Treårige børn vejer for meget." Overskriften stoppede øjnenes trafik ned over siden på morgenavisen. "Ny undersøgelse viser, at hver tiende treårige er overvægtig. Forældrene undervurderer ofte problemet, siger professor."

Bekymring for børns sundhedstilstand er baggrunden for denne bog. Forfatteren håber at kunne inspirere forældre til at give deres børn et sundere liv. "... halvdel af danske børn får ikke nok motion" og videre "... danske 11-årige børn får kun ca. en tredjedel af det frugt og grønt, de burde få," skriver Vibeke Manniche i indledningen. Det fortsætter Vibeke Manniche med at skrive rigtig mange gange på forskellig vis bogen igennem. Gentagelserne er uendelige. Var suppen blevet kogt ind til en fond og udkommet i pjeceform i stedet, var chancen større for at nå en bredere kreds, end denne udgave formentlig vil. Grunds substansen i indholdet er, at forældre har ansva-

ret for deres børns sundhedstilstand og må agere rollemodeller og tage styringen for det sunde liv. Tv'et ud af børneværrelset, gaver som får barnet til at bevæge sig, frugt i stedet for slik, og familien op på cyklen og ud i skoven, er nogle af midlerne til at nå målet. "Den dårlige samvittighed kan være en udmærket følgesvend, som kan vise os, hvor vi kan eller bør forbedre os," skriver Vibeke Manniche. Det glade sundhedsbudskab serveret med løftet pegefinger og skyllet ned med levertran.

Bogens layout tæller på plussiden. Der er et væld af dejlige børnebilleder og bokse med essensen af budskabet. En detaljeret indholdsfortegnelse ville have gjort bogen mere brugervenlig, og en litteraturliste med links til eksempelvis Fødevarerstyrelsens hjemmesider ville have underbygget nogle af de gode råd.

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



Vibeke Manniche
Sunde børn
TV2 Forlag 2007
237 sider – 249 kr.
ISBN 978-87-92121-47-9

5 FAGLIGE MINUTTER SKRIVES PÅ SKIFT AF FIRE SYGEPLEJERSKER:



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



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



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



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

Når viden fordufter

Den anden dag befandt jeg mig på en konference, hvor vi skulle lære at udvikle vores socialpsykiatriske praksis. Det sidste oplæg blev fremført af en sympatisk psykiater, som havde hovedet godt skruet på og hjertet placeret på rette sted – lidt til venstre for midten. Hun skulle fremføre det obligatoriske indlæg om, hvordan evidensbaseret viden er vejen til at udvikle en praksis, hvor selv guderne må nikke anerkendende.

I takt med at de flotte PowerPoint-dias rullede frem, så stod det klokkeklart, at dobbeltblinde forsøg er vejen til den sikre viden. Man putter en mirakelkur i halsen på en gruppe patienter, mens kontrolgruppen tygger sig igennem nogle kalktabletter, og så skulle det fremgå tydeligt, om skidtet virker.

På den måde burde den sikre vej til en højkvalitetspraksis være brolagt med sikker viden.

Forleden kunne jeg læse i aviserne, at helt så enkelt er det ikke. For i en tid, hvor det er lige før, at der bliver strøet lykkepiller ud over urtehaven, blot en plante hænger lidt med hovedet, så har en gruppe forskere på universitetet i Hull skudt en pil igennem det, jeg troede, var sikker viden.

De har gennemgået 47 kliniske undersøgelser, der har målt lykkepilleres effekt. Også de undersøgelser, der var blevet gemt på pulterkamrene, og som viste nogle langt mere negative effekttal end dem, der fremgår af medicinalindustriens flotte farvede reklamer. Deres deprimerende konklusion er, at kalktabletter har lige så god effekt som lykkepiller, når det drejer sig om lette til middelsvære depressioner.

Det er bekymrende, at samtidig med, at medicinalfirmaernes aktiekurser er steget, så har sygeplejersker gået rundt og fyldt patienterne med dårlig vejledning om lykkepiller i den tro, at det var evidensbaseret viden.

”Der er alt for mange eksempler på, at vi ikke formår at ændre vores praksis, når der kommer ny viden.”

Da alle fagfolk i denne tid er optaget af at arbejde evidensbaseret, så vil det være naturligt, at forbruget af lykkepiller styrtdykker i nærmeste fremtid. Men jeg tør godt sætte mine sparepenge på, at det ikke vil ske. For der er alt for mange eksempler på, at vi ikke formår at ændre vores praksis, når der kommer ny viden.

En 18-årig mand fortalte mig, at han var begyndt at få psykiske problemer. Han havde henvendt sig til en psykiater, som på 20 minutter havde informeret ham om, at han led af skizofreni, og at dette var en kronisk lidelse, som krævede livslang medicinsk behandling. Jeg er rystet over, at man i dag kan henvende sig til et psykiatrisk hospital og blive fyldt med så uvidenskabeligt og skadeligt sludder, der mest af alt minder om halvdårlig spådomskunst. Alle psykiatriske sygeplejersker og psykiatere burde i dag vide, at der er gode chancer for at komme sig efter en sindslidelse.

Et andet trist eksempel er i forhold til brugen af tvangsfikseringer. Her havde man i forbindelse med genembrudsprojektet succes med at nedsætte brugen af tvang. Et af de primære indsatsområder var, at man spurgte patienter, som ofte blev tvangsfikseret, hvordan de vurderede, at det kunne undgås, og hvis det gik galt, så spurgte man dem efterfølgende om, hvordan de troede, at man kunne have undgået fikseringen. Man forebyggede og lærte af processen. Efter at projektet er ophørt, er antallet af tvangsfikseringer igen stigende. Der ligger altså i dag mennesker bæltefikserede, fordi vi ikke formår at udnytte simpel eksisterende viden – det er umenneskeligt.

Det er ikke kun inden for psykiatrien, at vi har denne problemstilling. Ifølge den amerikanske rapport ”Crossing the Quality Chasm” er det også inden for store områder af somatikken, at det er svært at omsætte eksisterende viden til praksis.

For mig er det en gåde, at vi kan være så optaget af at arbejde evidensbaseret og samtidig ofte have så svært ved at implementere ny viden i vores praksis!

Læs om ”Crossing the Quality Chasm” på: www.iom.edu/?id=12736