

Hvid hjemmehjælp – overtrådte lov om forskelsbehandling • 4

Strid om de studerendes løn • 5

Bag om plejehjemsskandalen • 10

Psoriasis: At leve med ondt i huden • 38

SYGEPLEJERSKEN 13-14



Misbrugeren der ikke vil hjælpes

Hospitalsservietter uden klorhexidin til aftørring af hud

Brenntags store hospitalsservietter er et alternativ til gel- og væskebaserede hud-desinfektionsmidler.

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



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

Hospitalsservietter u/ glycerol

Hospitalsservietter u/ glycerol til aftørring af stetoskoper, sakse o.lign.

Lige til at have i lommen.

Vær opmærksom på at gentagen og langvarig forbrug på tastaturer kan ændre overfladens struktur. Hospitalsservietten anbefales derfor ikke til plastmaterialer.



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

Chefredaktør

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

**Redaktionssekretær**

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

**Redaktør**

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

**Sygeplejefaglig medarbejder**

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

**Sygeplejefaglig medarbejder**

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

**Journalist**

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

**Journalist**

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

**Journalist**

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

**Journalist**

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

**plejehjemsskandalen****10 Fem påstande om ældreplejen**

Efter den ophedede debat om plejehjemmet Fælledgården, har fagbladet Sygeplejersken undersøgt fem af de mest sejlivede påstande i debatten om ældreplejen.

14 Kontrolsyge skader ældreplejen

Den store udfordring er at gøre ældreplejen til en attraktiv arbejdsplads.

16 Intet at klage på

De ældre på Bornholm har det godt. Så godt, at regionskommunen har overskredet budgettet

19 Flere penge eller ringere pleje

De bornholmske plejehjem har netop fået pæne skudsmål i de udarbejdede tilsynsrapporter.

fag**alkoholmisbrug****28 Hun vil ikke hjælpes**

Sulejma er dybt alkoholiseret, men nægter at modtage hjælp.

30 Kan indlægges på røde papirer

Til fare for sig selv og omgivelserne betyder, at man kan indlægges på røde papirer.

32 Vi må ikke miste modet

Det gør noget ved os, når patienten er selvdestruktiv.

patienttilfredshed**34 "Vi vil så gerne høre din mening"**

Dialogmøder med deltagelse af patienter og personale er et værdifuldt supplement til spørgeskemaundersøgelser.

psoriasis**38 At leve med ondt i huden**

Kvinder og mænd har vidt forskellig tilgang til livet som patient med længerevarende psoriasis, viser undersøgelse.

venøse bensår**42 Kompressionsdamer forebygger venøse bensår**

Rudkøbing Kommune har uddannet to social- og sundhedsassistenter til "kompressionsdamer".

sygeplejestrategi**44 Udfordringen er at lave en strategi, der bliver fulgt**

Mange flotte strategier er alt for hurtigt blevet lagt i skuffen og aldrig brugt som en vejviser til et mål.

**i hvert nummer**

4 Aktuelt	37 Dilemma
20 Dansk Sygeplejeråd mener	47 Anmeldelser
20 Debat	50 Fem faglige minutter
22 Synspunkt	51 Stillingsannoncer
25 Synspunkt	58 Kurser/Møder/Meddelelser
26 Navne	
26 In memoriam	

Forsidefoto: Thomas Willads

Tidsskrift for Sygeplejersker · Nr. 13-14 · 30. juni 2006 · 106. Årgang · Udgivet af Dansk Sygeplejeråd

Sygeplejerskens redaktion · Sankt Annæ Plads 30 · Postboks 1084 · 1008 København K · Telefon 33 15 15 55 · E-mail redaktionen@dsr.dk

Internetadresse www.sygeplejersken.dk · Redaktionen forebeholder sig ret til elektronisk lagring og udgivelse af de faglige artikler i tidsskriftet

Ikke-medlemmer kan tegne abonnement ved henvendelse til Dansk Sygeplejeråd · Årsabonnement 1025,00 kr. + moms. Pris pr. stk. 20,00 kr. + moms.

Løssalg sker ved henvendelse til hovedkontoret · Stillingsannoncer sendes til Dansk Mediaforsyning · Klamsagervej 27, 1. · 8230 Åbyhøj · Telefon

70 22 40 88 · Fax 70 22 40 77 · e-mail: dsrjob@dmfnet.dk · Forretningsannoncer sendes til Dansk Mediaforsyning · Klamsagervej 27, 1. · 8230

Åbyhøj · Telefon 70 22 40 88 · Fax 70 22 40 77 · e-mail: dsrtekst@dmfnet.dk · Layout Tone Thoresen og Sanne Rigrup Møller · Tryk Graphx · Herlev

Distribueret oplag 1. juli 2004 – 30. juni 2005: 75.763 · ISSN 0106-8350 · Medlem af Dansk Fagpresse

Telefax til redaktionen:
3315 1841

Hvid hjemmehjælp:

Aalborg Kommune overtrådte lov om forskelsbehandling

Af Lotte Havemann, journalist

Aalborg Kommunes praksis med at lade borgerne bestemme farven på deres hjemmehjælperes hud var ulovlig, fastslår en klagekomité. Syv andre steder var anklaget for samme ulovlighed, men blev frikendt. Nu skal skriftlige retningslinjer uddybe tvivl hos medarbejderne.

"I syv ud af otte kommuner er det muligt at ringe og få kommunen til at sende en hvid hjemmehjælper ud til borgeren."

Sådan lød konklusionen i december 2005 på en undersøgelse fra Mangfoldighedsnetværket, en forening af etniske sygeplejersker, der har Özlem Cekic som formand.

Mangfoldighedsnetværket ringede og udgav sig for at være barnebarn af en opdigtet person, som kun ville modtage "hvid hjemmehjælp."

Foruden Aalborg Kommune ringede Mangfoldighedsnetværket til Frederiksberg, Odense, Århus, Albertslund og Farum samt områdekontorerne i Vanløse og Østerbro i Københavns Kommune.

Nu har Klagekomitéen for Et-

nisk Ligebehandling imidlertid behandlet sagen, og den har kun fundet grundlag for, at Aalborg Kommune overtrådte lov om forbud mod forskelsbehandling på arbejdsmarkedet.

Det var ikke Mangfoldighedsnetværkets undersøgelse, der påviste, at Aalborg Kommune overtrådte loven, men efterfølgende udtalelser fra kommunens ældrerådmand *Anni Kjeldgaard* (K), som i dagspressen bekræftede, at det kunne lade sig gøre at vælge en hjemmehjælper med en bestemt hudfarve. Hvilket hun senere benægtede.

Anbefalinger til alle

Ikke desto mindre udtaler Klagekomitéen for Etnisk Ligebehandling, at Aalborg Kommune overtræder loven, fordi den "i hjemmehjælperen har en praksis, hvorefter kommunen efter omstændighederne imødekommer borgeres ønsker om at skifte til en hjemmehjælper med en bestemt etnisk oprindelse."

Klagekomitéens formand, *Claus Haagen Jensen*, siger at komitéen har fundet det hensigtsmæssigt at fremsætte de samme

anbefalinger til alle otte kommuner, således at medarbejderne ikke er i tvivl om, hvordan forespørgsler fra borgere om at skifte hjemmehjælper skal håndteres i fremtiden (se anbefalingerne i boks).

Tilfreds formand

Mangfoldighedsnetværkets formand, Özlem Cekic, betegner afgørelsen fra Klagekomitéen som en klar sejr.

"Jeg er enormt glad for, at Klagekomitéen har afgjort, at Aalborg Kommunes praksis var ulovlig, og at kommunerne nu

skal udarbejde skriftlige retningslinjer på området. Vores mål har været at synliggøre den diskrimination, der finder sted i kommunerne, og det mål har vi nået."

Hun afviser, at Mangfoldighedsnetværkets undersøgelse mangler dokumentation for, at kommunerne diskriminerer.

"Det er rigtigt, at båndudskriftene fra undersøgelsen ikke var nok til, at Klagekomitéen kunne bevise, at kommunerne var villige til at yde hvid hjemmehjælp. Nu ved vi, at Klagekomitéen har brug for en direkte tilståelse fra kommunen. Den får man des-

►► KOMITÉENS ANBEFALINGER TIL KOMMUNERNE:

- udarbejde skriftlige retningslinjer for, hvordan kommunens personale skal håndtere situationer, hvor en borger ønsker at skifte hjemmehjælper pga. race eller etnisk oprindelse,
- informere borgerne om, at det ikke er muligt at imødekomme ønsker om en hjemmehjælper med bestemt race eller etnisk oprindelse,
- sikre sig, at evt. private leverandører heller ikke imødekommer ønsker om en hjemmehjælper med etnisk dansk baggrund,
- vurdere, om den kan undlade at servicere borgeren, i lyset af kommunens omsorgsforpligtelse, i de tilfælde, hvor en borger ønsker en hjemmehjælper med etnisk dansk baggrund.

Kilde: Klagekomitéen for Etnisk Ligebehandling.

Hver sjette sygeplejerske syg af stress

Stress gør syg. Op mod hver sjette sygeplejerske har været sygemeldt på grund af stress eller stressrelaterede sygdomme i løbet af det seneste år. Det viser en ny undersøgelse fra FTF.

15,4 pct. af de 1.686 adspurgte sygeplejersker fortæller, at de har været sygemeldte på grund af stress. Hver femte føler sig stresset i høj eller meget høj grad, mens 46 pct. betegner sig selv som "delvist" stressede. Undersøgelsen dokumenterer, at arbejdsbyrden er den helt store synder, når det handler om stressrelaterede sygemeldinger.

Resultaterne kommer ikke bag på arbejdsmiljøkonsulent *Kirsten Holmboe* fra Dansk Sygeplejeråd i Århus amtskreds:

"Jeg tror reelt, at antallet af sygemeldinger på grund af stress er højere end de 15 pct. Men det er stadig grænseoverskridende at indrømme, at hjertebanken eller muskelbesvær skyldes stress," siger Kirsten Holmboe. Hun peger på, at krav om konstante omstillinger er med til at presse mange sygeplejersker.

Læs hele undersøgelsen på www.ftf.dk

(bso)



Strid om de studerendes løn

Af Susanne Bloch Kjeldsen, journalist

Pres på. Sygeplejestuderende skal ikke have mere i løn end andre ufaglærte, der arbejder i ældreplejen, mener fagforeningen FOA, der organiserer arbejdet for de ufaglærte. Københavns Kommune ville ellers gerne give de studerende mere i løn for at tiltrække kvalificeret arbejdskraft.

En sygeplejestuderende, der gerne vil arbejde i fritiden og ferierne, får ikke noget ekstra ud af at bruge sine kompetencer på et plejehjem. Hun får løn som ufaglært, uanset om hun arbejder inden for sygeplejefaget, eller om hun sidder ved kassen i et supermarked. Det vil både Dansk Sygeplejeråds amtskreds i hovedstaden og Københavns Kommune gerne lave om på.

"De studerende får 108 kr. i timen på FOAs overenskomst, og de kan i nogle tilfælde få mere i løn ved at tage andet arbejde i andre brancher, derfor går vi efter at få hævet deres løn til minimum 120-130 kr. i timen, afhængigt af hvor de er i studiet," siger næstformand for Dansk Sygeplejeråds amtskreds i hovedstaden, Michael Juhl.

Københavns Kommunes sundhedsdirektør Jesper Fisker vil gerne være med til at give de studerende mere i løn for at få veluddannet personale i ældresektoren og sikre rekrutteringen i fremtiden. FOA, der organiserer arbejdet for social- og sundhedsassistenter, hjælpere og de ufaglærte, siger dog nej.

"De vil gerne have løn som social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter, afhængigt af hvor langt de er på studiet, men vi siger nej, for det er vores område, de vil ind på. Det er arbejde, som man lige så godt kan sætte vores uddannede personale til," si-

ger sektorformand i FOAs social- og sundhedssektor Karen Stæhr. Hun henviser til, at både assistenter og hjælpere mange steder er hårdt pressede. Der har været tilfælde, hvor arbejdsgivere har ønsket at give kvalifikations- og funktionstillæg til sygeplejestuderende, men ikke til assistenter.

Underløbere

Hun underer sig over, at Dansk Sygeplejeråds amtskreds i hovedstaden bringer spørgsmålet op om højere løn til studerende.

"Vi havde en ordentlig drøftelse med Dansk Sygeplejeråd centralt for et år siden, og efter min bedste overbevisning var vi enige om, at vi på nuværende tidspunkt ikke vil gøre noget. Nu underløber Dansk Sygeplejeråds lokale amtskredse den aftale og forsøger at aftale noget med kommunerne. Arbejdsgiverne er vel vidende om, at sådan en aftale ikke kan laves lokalt," siger Karen Stæhr.

Masser af arbejde

Michael Juhl er ikke enig i Karen Stæhrs synspunkter om, at de sygeplejestuderende tager de uddannede FOA-grupperes arbejde, og at Dansk Sygeplejeråd centralt har lovet at frede området.

"Der er jo masser af arbejde. Dansk Sygeplejeråd har aftalt med FOA, at vi ikke laver store generelle aftaler, der dækker hele landet. Vi har tidligere forsøgt os med et projekt, der kun skulle gælde nogle områder af København, men her sagde FOA også nej. FOA vil ikke bruge penge på de ufaglærte, men så forstår jeg ikke, hvorfor de ikke vil give slip på de sygeplejestuderende og lade os lave en overenskomst for dem," siger Michael Juhl.

Fremtidsanalyse får dumpekarakter

Fejl og mangler. En analyserapport, der skulle afdække udfordringer, som sundhedsuddannelserne vil stå over for i fremtiden, rummer så mange fejl og mangler i både metode og analyse, at den ikke vil blive brugt som rettesnor i det videre arbejde i regi af Undervisningsministeriet. Derimod fortsætter arbejdet med at beskrive de krav, som sundhedsprofessionsuddannelserne vil blive mødt med i fremtiden, så anbefalinger kan blive afleveret til undervisningsministeren i september 2006.

Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse blev ved sit seneste møde

orienteret om status i arbejdet med fremtidens sundhedsprofessionsuddannelser. I arbejdet deltager foruden repræsentanter for flere ministerier og de sundhedsvidenskabelige fakulteter Amtsrådsforeningen, Kommunernes Landsforening, Sundhedskartellet, Dansk Sygeplejeråd og Sygeplejestuderendes Landssammenslutning (SLS).



(sp)



være ekstremt sjældent i diskriminationssager. Men jeg mener stadig, vores undersøgelse viser, at der finder diskrimination sted i kommunerne."

Özlem Cekiç finder det paradoksalt, at Klagekomiteén ikke har mandat til at få indsigt i akter eller at tale med tidligere medarbejdere.

"Nu må det være op til politikerne at arbejde for at give Klagekomiteén et stærkere mandat," siger hun.

Det har ikke været muligt inden redaktionens deadline at få en kommentar fra Aalborg Kommunes ældrerådmand Anni Kjeldgaard.

Hele udtalelsen fra Klagekomiteén for Etnisk Ligebehandling kan ses på www.klagekomite.dk – klik på Afgørelser/Sager taget op på eget initiativ

Dokumentation: Læs de eksisterende båndudskrifter fra Mangfoldighedsnetværkets rundringning på www.sygeplejersken.dk

Sagen har også været omtalt i *Sygeplejersken* nr. 4 og 6/2006.

Private plejehjem skal styrke ældreplejen

Af Britta Søndergaard, journalist

Frit valg. Ny lov skal sikre ældre frit valg mellem offentlige og private plejehjem.

Fremover skal plejhjemsbeboere have mulighed for frit at vælge, om de vil bo på et offentligt eller et privat plejehjem. I det hele taget skal private firmaer og kirkelige eller humanitære organisationer langt mere på banen for at styrke ældreplejen.

Det mener socialminister *Eva Kjer Hansen (V)*, der med et nyt forslag om friplejeboliger vil give de ældre større valgfrihed. Der findes i dag 14 private friplejehjem. Blandt de mest kendte er plejhjemmet Lotte på Frederiksberg og Margrethe Hjemmet i Roskilde.

"Alle vil oppe sig, hvis der kommer flere aktører. Det vil betyde, at vi får nogle forskellige plejehjem, og at der bliver mulighed for at lægge vægt på særlige værdier som f.eks. den kristne tro. På den måde kan vi

imødekomme de ældres ønsker om, hvor de gerne vil bo, når de er meget plejkrævende," siger *Eva Kjer Hansen*.

I dag kan det kun lade sig gøre at få en privat plejhjemsplads, hvis kommunen godkender den ældres ønske. Ifølge lovforslaget skal de ældre fremover have ret til at vælge et privat plejehjem, uanset om institutionen har driftsoverenskomst med kommunen eller ej. For at sikre kvaliteten lægger forslaget op til, at de private plejehjem skal igennem en særlig certificering.

Ældremobiliseringen, der præsenterer 430.000 medlemmer, er positiv over for forslaget.

"Vi mener, det er godt, at de ældre i højere grad får mulighed for at vælge et plejehjem, som bygger på et særligt værdigrundlag," siger *Knud Kingo Christensen*, der er formand for Ældremobiliseringen.

Til gengæld frygter Socialdemokraternes socialordfører, *Lise*

von Seelen, for kvaliteten på de private plejehjem.

"Vi vil bestemt ikke støtte forslaget, hvis ministeren fastholder, at private plejehjem ikke behøver at have driftsoverenskomst med kommunen. Den aftale er med til at sikre, at plejhjemmene har en bestemt kvalitet," siger *Lise von Seelen*.

Formanden for Gerontologisk Selskab, ældreforskeren *Karen Munk*, advarer også mod at indføre frit valg af plejehjem.

"Den form for supermarkedsmodel henvender sig til hand-

lekraftige borgere eller ældre, der har stærke pårørende i ryggen. Men det giver ingen mening i forhold til ældre, der er demente eller på anden måde meget dårlige," siger *Karen Munk*. Hun frygter, at en øget privatisering af plejhjemsområdet vil åbne op for en situation med luksusplejehjem for de bedst stillede, mens de mindre bemidlede må lade sig nøje med en ringere pleje i det offentlige regi.

Læs også artiklerne side 10-19.

►► **FRIPLEJEBOLIGER.** I dag er en ældre plejhjemsbeboer afhængig af, om kommunen vil give den pågældende lov til at bo på et privat plejehjem. Med et nyt lovforslag, der netop er sendt i høring, får de ældre ret til at modtage penge fra kommunen, så de frit kan vælge det plejehjem, de selv ønsker. Huslejeniveauet i den private plejebolig må dog ikke være højere end i almentygt byggeri. Dermed forsøger forslaget at dæmme op for opførelsen af særlige luksusplejehjem. Lovforslaget ventes fremsat i Folketinget i løbet af efteråret.

Næste nummer af
Sygeplejersken
udkommer
fredag den 28. juli.



Undersøgelse af Fælledgården stoppet

Slut. En juridisk undersøgelse af plejhjemmet Fælledgården foretaget af advokatfirmaet Norrbom & Vinding er blevet stoppet af sundheds- og omsorgsborgmester *Mogens Lønborg (K)*, fremgår det bl.a. af Berlingske Tidende fredag den 23.6.2006.

Undersøgelsen blev sat i gang efter et kritisk indslag i Søndagsmagasinet på DR den 21. maj, der angiveligt viste nogle kritisable forhold på det københavnske plejehjem.

Beslutningen om at stoppe advokatundersøgelsen blev taget på et møde i Københavns Kommunes sundhedsudvalg torsdag aften den 22.6.2006.

Advokatfirmaet har allerede lavet en række interviews med forstander, personale og ledelse på plejhjemmet, og med det mener *Mogens Lønborg*, at der er blevet gjort nok.

"Da vi efter nogen tid med et vist antal interviews har fået den klare tilbagemelding, at der næppe vil være grundlag for at drage nogle mennesker ansættelsesretligt til ansvar, så er det, vi siger, at hvorfor så egentlig fortsætte med en masse yderligere interviews," siger sundhedsborgmesteren.

Sundhedsudvalget har dog fået trumfet igenem, at der bliver lavet en anden og smallere undersøgelse rettet mod nogle mere specifikke forhold på Fælledgården.

I B.T. fredag den 23.6.2006 fremgår det i øvrigt, at forstanderen for Fælledgården, *Lasse Bo-Nielsen*, har fået et nyt job som konsulent i Boligsekretariatet i Københavns Kommune. (snp)

Læs også *Sygeplejersken* nr. 12/2006 om Fælledgården.

“Surhedsgraden i både sodavand, juice og frugt er meget stor og kan, hvis man går og spiser og bærer hele dagen, opløse emaljen på tænderne.”

Lis Almer, studieleder på Tandlægeskolen i København, til gratisavisen Urban (om børns overdrevne forbrug af frugt og sodavand).

aktuelt

7

Sygeplejersken

Aftalen om kommuners økonomi er til dumpekarakter

Af Ulf Førsteliin, journalist

Økonomiaftaler. Aftalen om kommunernes økonomi i 2007 får dumpekarakter af Dansk Sygeplejeråd. Formand Connie Kruckow kalder aftalen uambitiøs. Bedre ser det ud med aftalen om økonomien i de kommende fem regioner – den giver formanden et stort 8-tal.

Hvis sygeplejersker i landets kommuner skal være med til at styrke det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, skal der meget mere til end det, som toppolitikere fra regeringen og kommunerne blev enige om den 12. juni 2006.

Hvis DSR-formand, Connie Kruckow, var censor på aftalen om kommunernes økonomi i 2007, ville aftalen ikke bestå.

Aftalen, som regeringen og Kommunernes Landsforening (KL) indgik 12. juni, er uambitiøs, mener hun og begrundet det især med, at kommunerne ikke har fået flere penge til det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde.

Kommunerne får hovedansvaret for det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, når kommunalreformen føres ud i livet ved årsskiftet.

Men hvis der skal ske et løft på det område, er det nødvendigt med en mærkbar kapitalindsprøjtning, mener Connie Kruckow og henviser til DSRs handleplan "Forebyggelse er fremtiden" som blev lagt frem tidligere på foråret.

"Beregninger fra verdenssundhedsorganisationen WHO viser, at 70 pct. af samtlige indlæggelser om 15 år vil skyldes sygdomme, der kunne være forebygget. Så vi bliver nødt til at gøre noget, og det er lige tyndbenet nok, at man ikke er mere ambitiøs og afsætter øgede midler til området," siger hun og pointerer, at midlerne til forebyggelse og sundhedsfremme på ingen måde harmonerer med regeringens "flotte ord om folkesundheden."

Formand for KL, Erik Fabrin (V), pointerer, at det er fastlagt i økonomiaftalen, at kommunerne og Indenrigs- og Sundhedsministeriet skal udarbejde en plan for kommunernes sundhedsfremmende og forebyggende indsats.

"Det er korrekt, at aftalen ikke indeholder penge til et løft nu og her – men det er i sig selv et løft, at vi har aftalt at kortlægge området, så vi får en plan for, hvor vi skal hen, og hvilke midler der på sigt er behov for," siger KL-formanden.

Professor i sundhedsøkonomi ved Syddansk Universitet, Kjeld Møller Pedersen, slår den samme tone an:

"Måske er det meget godt, at man ikke allerede i 2007 har afsat mange midler til området, fordi kommunerne lige skal have lov til at finde deres egne ben. Men fra 2008 er det nødvendigt, at man tilføjer området ekstra ressourcer, hvis man mener, at den forebyggende indsats skal løftes," siger han.

Kommuneaftalen betyder endvidere, at puljemidler på ældreområdet på 500 mio. kr. omlægges, så kommunerne får frihed til selv at råde over dem. Det er positivt, mener Connie Kruckow, der dog pointerer, at ældreområdet fortsat vil være under et stort økonomisk pres.

"I bedste fald betyder det, at kommunerne kan bevare det nuværende serviceniveau. Og jeg kan godt være i tvivl om, hvorvidt de 500 mio. kan nå hele vejen rundt," siger hun.

Erik Fabrin vil ikke kommentere, om de 500 mio. kr. kan afværge bebudede besparelser på ældreområdet i enkelte kommuner. Men overordnet mener han, at aftalen bør give højere kvalitet på området, fordi kommunerne nu kan budgettere med pen-

gene og ikke skal søge om dem år efter år.

Regionerne på patienternes side

Mens kommuneaftalen således bliver dumpet af Connie Kruckow, er hun mere rundhåndet med karakteren for aftalen mellem de kommende regioner og regeringen. Aftalen tilføjer sygehusene 925 mio. kr. og får et 8-tal med pil opad.

"Det er godt gået af regionerne, at de har formået at stille sig på patienternes side ved at holde fast i, at hvis de skal levere varen, så er de nødt til at have nogle penge til at levere den for," siger hun.

Med i aftalen er, at sygehusene skal øge effektiviteten, og derfor frygter Connie Kruckow, at sygeplejerskerne skal løbe endnu hurtigere. I dag mangler sygehusene 1.100 sygeplejersker, og derfor opfordrer hun regeringen og regionerne til at sætte langt større fokus på at skabe et sundt og sikkert arbejdsmiljø, uddanne flere sygeplejersker og fastholde de erfarne sygeplejersker i faget.

Connie Kruckow hæfter sig også ved, at der er afsat 25 mio. kr. til efteruddannelse af sygeplejersker, læger og sosu-assistenter. Det er et skridt i den rigtige retning, men skridtet er ikke stort nok, påpeger hun.

"I dag får kun hver 5. sygeplejerske den efteruddannelse, hun har et fagligt behov for, og de 25 mio. dækker kun sygeplejerskernes behov alene. Men det er dog en god begyndelse," siger hun.

►► **SPAREKRAV TAGET AF BORDET.** Det største lyspunkt i aftalen mellem regeringen og Kommunernes Landsforening om næste års kommunale økonomi er ifølge DSR-formand Connie Kruckow, at regeringen i sidste ende droppede kravet om, at kommunerne skulle spare 166 mio. kr. som konsekvens af indførelsen af den personlige elektroniske medicinprofil (PEM).

Hvis sparekravet var blevet fastholdt, ville det have betydet, at kommunerne skulle fyre 550 hjemmesygeplejersker, hvilket svarer til 8 pct. af de udøvende hjemmesygeplejersker.

"Det ville have været en katastrofe, hvis kommunerne var blevet pålagt at spare så meget på hjemmeplejen. Det har jeg skriftligt gjort både indenrigs- og sundhedsministeren og finansministeren opmærksomme på, og KL skal have stor ros for, at de har stået fast over for regeringen i denne sag," siger Connie Kruckow.

Overvægtige kvinder mister 10 gode år

Levealder. Sluk cigaretten, lad alkoholen stå, dyrk motion og ikke mindst: Skaf dig en uddannelse, for den forebygger sygdom og tidlig død. For første gang har en gruppe forskere regnet på, hvad danskeres levevis koster i tabte liv.

Undersøgelsen "Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark" viser, at en storryger dør 8-10 år for tidligt, mens storforbrugeren af alkohol lever fire år kortere end danskere med et moderat forbrug.

Den fysisk inaktive kan se frem til et liv, som bliver afkortet med fem år, mens den svært overvægtige dør to år for tidligt, og den overvægtige kvinde har udsigt til 10 gode leveår mindre end den normalvægtige.

Rapporten "Risikofaktorer og folkesundhed" i Danmark er udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed og sendt til de nye kommuner, så de kan bruge den i deres planlægning af forebyggelse og sundhedsfremme. På baggrund af undersøgelsen anbefaler Sundhedsstyrelsen, at fremtidens forebyggelse især rettes mod de grupper i befolkningen, der drikker og ryger mest.

"Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark" kan fås ved henvendelse til Statens Institut for Folkesundhed i København.

Læs mere på www.si-folkesundhed.dk

(bso)

Flere patienter kræver erstatning

Klager. Stadigt flere danskere kræver erstatning efter de alvorlige helbredsskader, som de har fået ved at indtage medicin. Sidste år var der 339 anmeldelser af en medicinskade. Dermed er antallet af medicinskader steget med 50 pct. på få år. En stor del af klagerne kommer fra patienter, der har fået bl.a. blodpropper efter at have taget gigtmicin og p-piller.

Det fremgår af årsberetningen fra Patientforsikringen. Årsberetningen viser i det hele taget, at antallet af klager er stigende. I 2005 modtog Patientforsikringen 4.967 anmeldelser, og det er ca. 300 flere end året før. Til gengæld er der færre patienter, der får medhold i deres klage end tidligere.

I 2005 tilkendte Patientforsikringen erstatninger for over 431 mio. kroner. Det er en stigning på 25 pct. i forhold til 2004. Stigningen skyldes både væksten i antallet af anmeldelser og en generel forhøjelse af erstatningernes størrelse i erstatningsansvarsloven. (bso)

Fokus på ledelse

Profil. Hvad kendetegner kompetencen for en sygeplejerske i en lederstilling kontra andre faggrupper?

Det har lederrådet i Dansk Sygeplejeråd, Ribe amtskreds, beskæftiget sig indgående med siden foråret 2005. Det umiddelbart synlige resultat af den nedsatte projektgruppes arbejde er en pjece med titlen "Sygeplejersker i ledelse – Kompetenceprofiler." Arbejdets formål har været at tydeliggøre kompetenceprofiler på de forskellige ledelsesniveauer. Endvidere at bidrage til, at ledende sygeplejersker arbejder aktivt med egen kompetenceudvikling, at skærpe arbejdsgivernes interesse for at ansætte sygeplejersker i lederstillinger og endelig at øge interessen blandt sygeplejersker for at søge lederstillinger. (sp)

Rettelse

Desværre var der byttet om på billederne i Sygeplejersken nr. 12/2006 side 30 af de to sygeplejersker, som modtog Rigshospitalets Nightingale-pris 2006. Billedet til venstre forestiller *Lena Ankensen*, til højre er det *Annette Kolding Rørvik*. Redaktionen.

Landets billigste a-kasse vokser

DSA. Danske Sundhedsorganisationers A-kasse – DSA – havde ved udgangen af 2005 godt 64.000 medlemmer, hvoraf de godt 56.000 er sygeplejersker, godt 6.000 bioanalytikere, 1.300 jordemødre og 378 radiografer. Fra 1. oktober 2006 kommer der ca. 12.500 nye medlemmer til, når Danske Fysioterapeuter og Ergoterapeutforeningen overflytter deres medlemmer til DSA. Begrundelsen for overflytningen er, at a-kassen er sundhedsfagligt funderet, har en aktiv jobformidling, høj kvalitet i medlemsservicen og samtidig er landets billigste a-kasse med et administrationsbidrag på 52 kr. pr. måned.

Det kunne formanden for DSA, *Grete Christensen*, notere med tilfredshed, da DSA for nylig holdt sit årlige delegeretmøde. Og det billige administrationsniveau fastholdes også i 2007. De delegerede

vedtog, at administrationsbidraget fortsat skal være 52 kr. pr. måned. Hvert femte medlem af DSA brugte deres forsikring i 2005. Medlemmernes egen finansieringsandel af forsikringsydelse var 74 pct., mens staten bidrog med de resterende 26 pct.

Arbejdsdirektoratets sammenlignende rapport om a-kasserne gav høje karakterer til DSA med undtagelse af telefonservicen. Det vil der blive rettet op på, lovede formanden, som håber, at medlemmerne vil kunne mærke en positiv forskel på dette punkt allerede fra efteråret.

Delegeretforsamlingen vedtog, at de nye medlemsgrupper får adgang til politisk indflydelse i a-kassen ved at få adgang til at vælge hovedbestyrelsesmedlemmer ved et suppleringsvalg allerede i 2007. (sp)



FOTO: SØREN SVENDSEN

Sundhedsplejersker årgang 1966

Tilbageblik. 10 af de 13 sygeplejersker, som for 40 år siden forlod Danmarks Sygeplejerskehøjskole med en ny erhvervet uddannelse som sundhedsplejersker, havde for nylig sat hinanden stævne i Dansk Sygeplejeråds nye hus ved Kvæsthusbroen.

Dengang stod sundhedsplejen og samfundet i øvrigt foran en ændring i opfattelsen af en række omsorgsopgaver både inden for sundhedsvæsenet og socialvæsenet.

Omkring halvdelen af de nyuddannede sundhedsplejersker var afbildet i Tidsskrift for Sygeplejersker fra 15. december 1966 med billedteksten "en buket unge sundhedsplejersker."

Billedet ledsagede en artikel af den navnkundige amtslæge i Ringkøbing, *Vagn Christensen*, om sundhedsplejens fremtidige opgaver.

Dansk Sygeplejeråd havde taget initiativ til en konference, hvorfra konklusionen bl.a. var, at der var behov for at oprette sundhedsstationer (nej, man brugte ikke ordet sundhedscentre, red.), der var behov for at

styrke det tværfaglige forebyggende arbejde, hjemmebesøgene burde i højere grad finde sted efter behov, og ledende sundhedsplejersker var uundværlige.

Initiativtageren til årlige møder mellem sundhedsplejerskerne fra 1966, *Karen Blinkenberg Willadsen*, Holte, fortæller, at de unge sundhedsplejersker lovede hinanden at smide uniformen og fik lov til at optræde i "civil," og at de også arbejdede energisk på at slippe for det fastgroede image som "vejetanter" med vægten. For dem handlede det om meget andet end vægt og vækstkurver.

"Vi ville gerne vise, at vi havde et tilstrækkelig sikkert klinisk blik til at kunne se et barns udvikling uden brug af vægten. Før da havde det først og fremmest handlet om "ro, regelmæssighed og renlighed." Det ville vi gerne lave om på," siger Karen Willadsen.

Sundhedsplejersken var dengang Des med familierne. Hun havde kontor der

hjemme, træffetid mellem 7.30 og 8.30 og arbejdede også om lørdagen, men familierne opfattede det ofte, som at sundhedsplejersken stod til rådighed døgnet rundt.

To af de 10 sundhedsplejersker anno 1966, som for nylig besøgte Kvæsthuset i København, er stadig aktive inden for sygeplejen/sundhedsplejen. Selv stoppede Karen Willadsen for godt tre år siden, da de københavnske bydelsforsøg holdt op. Hun beklager, at de visionære aktiviteter og tilbud, som bydelsforsøget på Nørrebro omfattede, stoppede sammen med bydelsforsøget.

"Hvis jeg i dag stod og skulle vælge et arbejde, ville jeg vælge det samme igen. Men jeg ville have mere i løn," siger Karen Willadsen.

(sp)


Sundhedsplejersker anno 1966/2006 i gården bag Kvæsthuset. Fra venstre Karen Blinkenberg Willadsen, Holte, Lene Jensen, Århus, Kirsten Grønborg Guness, Smørum, Bente Hyldal, Birkerød, Ellen Knudsen, Hillerød, Rita Friis, København, Ruth Lewkovitch, København, Marie Holst, Hirtshals, Jytte Lærke, Jyderup, og Anne Bjørn, Vanløse.



FRA TIDSSKRIFT FOR SYGEPLEJERSKER NR. 12/1966

Fup eller fakta. Står det virkelig så slemt til med ældreplejen, som det er blevet fremstillet i denne forsommers debat? Og kan det passe, at forholdene kommer fuldstændig bag på politikerne? Vi har undersøgt fem af debattens mest sejlivede påstande og bedt forskere og fagfolk fra ældreplejen om at give deres vurdering.

Fem påstande om



"Tilfører vi ikke flere ressourcer, må vi se i øjnene, at det betyder en ringere service."

"Ældreplejen skranter og kører på pumperne"

Nej, det billede er for pessimistisk, lyder det fra docent *Eigil Boll Hansen* fra Amternes og Kommunernes Forskningsinstitut. Han fremhæver, at Danmark har en ældrepleje, der i det store hele kører fornuftigt og nyder stor anseelse i den øvrige verden. Brugerundersøgelser viser, at de fleste ældre er tilfredse med plejen. Det er først og fremmest nedskæringer i rengøring, som giver anledning til utilfredshed.

De faktiske tal viser, at udgifter til pleje og rengøring pr. ældre over 80 år faldt fra 1995 til år 2000 for så igen at stige. I 2002 bevilgede regeringen således en særlig pulje på 500 millioner kroner for at løfte ældreplejen.

Siden 1996 er hver anden plejehjemsplads nedlagt, og stadigt flere ældre mod-

tager hjælpen i eget hjem eller i en ældrebolig.

"Siden 90'erne er plejen af de ældre blevet lagt om, så en langt større del af plejen i dag foregår i hjemmet. Sammenligner vi tallene fra 1995 med i dag, så er udgifterne pr. ældre stort set de samme. Det skal sammenholdes med, at omlægningen har givet en vis effektivisering af driften," siger Eigil Boll Hansen.

I dag får godt halvdelen af alle danskere over 80 år hjælp til pleje eller rengøring. De seneste fem år er antallet af plus 80-årige steget med 12.000 til knap 221.000 i 2005.

Ældre Sagen har sammenholdt det stigende antal ældre med de stabile udgifter og konkluderer, at hjælpen til plus 80-årige i realiteten er blevet forringet.

"Der er ikke tale om kæmpe forringelser, men omvendt er der heller ikke sket det løft af ældreplejen, som regeringen lo-

vede, da den trådte til i 2001," siger konsulent i Ældre Sagen, *Jens Højgaard*.

I dag er der 900.000 ældre over 65 år. Det tal vil i 2040 være vokset til godt 1,4 mio. danskere over 65 år. Derfor bliver der brug for flere penge til ældreplejen i fremtiden.

"Selv om der er tendenser til, at ældre mennesker har det bedre længere, kan udviklingen ikke modvirke, at det samlede plejebæbehov vokser. Tilfører vi ikke flere ressourcer, må vi se i øjnene, at det betyder en ringere service, for det er ikke i samme grad som tidligere muligt at hente flere forbedringer i effektiviteten," siger Eigil Boll Hansen.

"Plejehjemsbeboere går for lud og koldt vand"

Nej, der er faktisk stor forskel på, hvor megen pleje man kan få for de samme

►► **UDGIFTERNE TIL ÆLDRE STÅR STILLE.** De seneste tal fra Danmarks Statistik viser, at de kommunale udgifter pr. ældre over 80 år i 1995 var 106.490 kr. I 2000 faldt tallet til 95.146 kr. pr. ældre over 80 år, for så at vokse til 100.960 kr. i 2004. Tallene er faste 1995-priser renset for inflation.

Kilde: Danmarks Statistik

ældreplejen

”Det er afgørende, at der sker en større professionalisering af social- og sundhedsassistenternes arbejde.”

penge. Tilsyn på 21 århusianske plejecentre gav det resultat, at tre plejecentre havde alvorlige fejl og mangler og fik bundkarakteren 4 på en skala fra 1 til 4. Seks plejecentre fik topkarakteren 1, mens resten lå midt mellem.

Konstitueret leder i tilsynsfunktionen, sygeplejerske *Kenneth B. Jørgensen*, kan se to hovedpunkter, der har afgørende betydning for, om et plejecenter fungerer godt eller dårligt. Det handler om ledelse, tværfaglighed og helhedspleje.

”Det ser ud som om, at hvis ledelsen er tæt på og tør tage beslutninger, kan personalet bruge deres faglighed fuldt ud. Der er plads til faglig refleksion og supervision. De steder, hvor man organiserer i tværfaglige team om de enkelte beboere, kan personalet bruge hinandens forskellige kompetencer til at opnå den højeste faglighed til gavn for beboernes helhedspleje,” siger Kenneth B. Jørgensen.

Tilsynsfunktionen i Århus Kommune vil nu lave en tilbundsående analyse af forskellene.

”Der bliver talt grimt til de gamle”

Ja, der kan nemt findes eksempler på dårlig tone og nedværdigende behandling i ældresektoren. Det er filosof *Keld Brikners* opfattelse. Han har som selvstændig konsulent i årtier beskæftiget sig med arbejdsmiljøet i bl.a. plejesektoren.

”Ældresektoren er gennemsyret af positiv tænkning, men alle ved, at det er hårdt arbejde og ikke særlig rart. Det er for en stor dels vedkommende dem, der ikke kan få andet, de lavest uddannede, der bliver rekrutteret, og for en del af dem er grundtilgangen til arbejdet, at

”det er fandeme træls, men det skal jo gøres,” siger han.

Keld Brikner finder det skandaløst, at politikerne tillader sig at påstå, at de er chokerede over, at tonen kan være hård på et plejehjem.

”Det kan ikke komme bag på nogen som helst, men politikerne vil så gerne have det til at se pænt ud. Det er en simpel, simpel, simpel problemstilling, at når man får den lavest uddannede arbejdskraft, så vil der for en dels vedkommende være ringe motivation, og så er det svært at lave kvalitetsarbejde,” siger han.

Han mener, at den hårde tone hænger sammen med den anonymitet, der er imellem mennesker i storbyerne.

”Der er tættere forbindelser ude på landet, og jeg tror, de fortjener at blive rost mange steder,” siger han.

Der er i princippet intet i vejen for at ►

ARKIVFOTO: SCANPIX

”Den danske ældrepleje nyder stor anseelse i den øvrige verden.”



”Hvis ledelsen er tæt på og tør tage beslutninger, kan personalet bruge deres faglighed fuldt ud.”

► gøre alle plejehjem til femstjernede hoteller, ifølge Keld Brikner handler det blot om politisk vilje. Derudover skal mange faktorer være i orden, han nævner især ledelse.

”Ledere skal stille kvalitetskrav til personalet og have styrke til opad i det kommunale system at sikre en ordentlig bemanning. Ledere klager over papirarbejdet, som tager alt for meget af deres tid. Jamen, så protestér dog! Ledere skal ikke være pæne piger,” siger Keld Brikner.

”Administration sluger mere og mere tid”

Ja, ældreplejen er en af de sektorer i det offentlige, der i løbet af de seneste ti år har undergået de mest gennemgribende forandringer. Papirbunkerne er vokset i takt med stigende krav til organisering og do-

kumentation. Blandt de mange tiltag kan nævnes: Faste standarder for hjælp og en central visitation, der f.eks. beregner tider på rengøring, morgenmad og toilette til de ældre i minutter. Eller den nuværende regerings indførelse af frit valg mellem offentlig og privat hjemmehjælp.

”Der har været mange reformer, men udviklingen har fokuseret meget på ledelse og organisering og meget mindre på selve den hjælp, personalet yder til de ældre,” siger docent *Leena Eskelinen* fra Amternes og Kommunernes Forskningsinstitut i København. Hun understreger, at den centrale visitation er nødvendig for at sikre de ældre en ensartet hjælp.

”Men spørgsmålet er, hvad det betyder for de ansattes faglighed, når arbejdet på den måde opsplittes, og mange social- og sundhedshjælpere skal følge en helt bestemt arbejdsplan. Bagsiden er, at de ansatte mister engagement, når arbejdet

med de ældre skal udføres efter faste standarder. Vi har set protester fra hjemmehjælpere, som synes, at deres arbejde er blevet for robotagtigt,” siger Leena Eskelinen. Hun mener, at det er helt centralt at forbedre de ansattes vilkår, hvis det skal lykkes at rekruttere flere ansatte til ældreplejen.

”Det er et problem, at det er et lavstatusområde at passe ældre. En undersøgelse fra Danmarks Evalueringsinstitut viser, at mange studerende på social- og sundhedsassistentuddannelserne får et realitetschok, når de kommer ud i virkeligheden, og mange falder fra. Det er afgørende, at der sker en større professionalisering af social- og sundhedsassistenternes arbejde.

Der skal fokuseres mere på kvaliteten i selve arbejdet med de ældre, og de ansatte skal have bedre vilkår og større anerkendelse,” lyder det fra Leena Eskelinen.

"Der er tættere forbindelser ude på landet, og jeg tror, de fortjener at blive rost mange steder."

"Sygefraværet er alt for højt"

Ja, det er rigtigt. Social- og sundhedsassistenter var i 2003 syge i snit 24,5 arbejdsdage om året, mens de kommunale sygeplejersker meldte sig syge 14,6 dage om året. Til sammenligning har de kommunalt ansatte som helhed 18 sygedage om året.

"Der er ingen tvivl om, at det høje sygefravær kan påvirke kvaliteten i ældreplejen. Det fremgår også af amerikanske undersøgelser," siger seniorforsker *Nils Fallentin* fra Arbejdsmiljøinstituttet.

En undersøgelse, som Arbejdsmiljøinstituttet har gennemført blandt 10.000 ansatte i 36 kommuner, viser, at der er store forskelle på arbejdsmiljøet.

"De ansatte udtrykker, at der er stor forskel på ledelseskvaliteten og arbejdsmiljøet i ældreplejen. Er arbejdsmiljøet

dårligt, kan det give store problemer. Det kan give et højt sygefravær, vikarproblemer, udbrændthed og flere fejl.

Samlet set rammer det kvaliteten i ældreplejen.

Samtidig ved vi, at fornemmelsen af at yde et godt stykke arbejde har stor indflydelse på de ansattes trivsel. Men netop de store forskelle kommunerne imellem viser, at den gode og attraktive arbejds-

plads findes og er et realistisk mål," siger *Nils Fallentin*.

Arbejdsmiljøinstituttet har netop iværksat et nyt treårigt projekt sammen med en række kommuner for at forbedre arbejdsmiljøet og kvaliteten i ældreplejen.

sbk@dsr.dk
bso@dsr.dk

►► ANSATTE I ÆLDREPLEJEN:

I 2000 var der i alt 94.425 ansatte i den kommunale ældrepleje.

I 2005 var tallet steget til 99.378 ansatte. Stigningen skyldes først og fremmest, at der i den periode er blevet ansat godt 3.000 flere social- og sundhedshjælpere/assistenter.

De seneste fem år er det administrative personale vokset med godt 500 personer.

Antallet af sygeplejersker er til gengæld faldet. I 2000 var der ansat 9.756 sygeplejersker i den kommunale ældrepleje. I 2005 var tallet faldet til 9.025 sygeplejersker og ledende sygeplejersker.

Kilde: Danmarks Statistik.

ARKIVFOTO: SCANPIX

Kontrolsyge skader

Ældreskandaler. Der er kommet alt for lidt ud af de senere års voldsomme debat om ældreplejen. Politikerne tror fejlagtigt, at mere kontrol er løsningen. Men den store udfordring er at gøre ældreplejen til en attraktiv arbejdsplads, mener ældreforskeren Karen Munk.

Bleererne i Odder, mangelfuld pleje på "Slottet" i København, minuttyranni i hjemmeplejen og senest debatten om omsorgssvigt og dårlig tone på det københavnske plejehjem Fælledgården. De sidste ti år har skandaler i ældreplejen haft deres faste plads i mediernes. Hver gang reagerer politikerne ved at kræve nye undersøgelser og mere kontrol. Alligevel er der kommet forbavsende lidt ud af de senere års diskussion.

Det mener ældreforskeren *Karen Munk*, der er uddannet sygeplejerske og psykolog og formand for Gerontologisk Selskab.

"Den vigtigste beskyttelse mod fejl og omsorgssvigt er, at der findes veluddannede medarbejdere, som kan supervisere hinanden, har personligt råderum og får støtte fra en leder, der ikke er låst bag et skrivebord."

Karen Munk har selv oplevet "fremragende" omsorg, da hendes forældre tilbragte deres sidste tid på plejehjem i Salling. Alt fungerede bortset fra maden, der til gengæld var under al kritik.

"Man kan da godt tvivle på, om de skandaløse forhold, der diskuteres, virkelig er

repræsentative. Mon dog ikke de pårørende ville råbe op, hvis det stod så slemt til? Men vi bliver meget berørt af de svigt, der fortæller om i mediernes, fordi de angriber vores identitet som borgere i et velfærdssamfund. Vi bliver måske også angste for, hvordan vores egne pårørende behandles på plejehjem, og så bliver vi mindet om, at vi en dag selv kan havne i den situation," siger Karen Munk.

Visioner efterlyses

Karen Munk savner, at de ansvarlige politikere fremlægger visioner for en god ældrepolitik.

Som hun ser det, er ældreplejen fanget i en ond cirkel. Arbejdet har lav status og er fysisk og psykisk opslidende, lønnen er for dårlig, og en stor del af personalet er lavtuddannet.

Samtidig lider ældreplejen ifølge Karen Munk under den kontrolsyge og bureaukratisering, der skylder ind over mange dele af samfundet i disse år.

Karen Munk henviser til den franske filosof *Jean-Francois Lyotard*, der har skrevet om systemer, som nogle gange er så optaget af at kontrollere sig selv, at der ikke er overskud til at give den ydelse, som systemet egentlig er til for.

"Mange steder i ældreplejen får de ansatte beskrevet de ydelser, de skal levere,

ned til mindste detalje. Jeg er helt med på, at der skal ske en central visitation af f.eks. hjemmehjælp. Men der må kunne skabes en bedre balance. Man kunne forestille sig en model, hvor der også var afsat tid til at være sammen med den ældre. Vi ved fra arbejdspsykologien, at stram styring uden plads til eget initiativ er nedbrydende. Det er helt ordinære betragtninger, men det skal åbenbart siges igen og igen. Jeg kunne godt ønske mig, at man gav sig til at måle, hvad bureaukratiet i ældreplejen koster, og hvad vi egentlig får ud af det," siger Karen Munk.

Mere i løn

Vejen til bedre ældrepleje går ifølge Karen Munk først og fremmest gennem en opkvalificering af social- og sundhedspersonalet. De skal have mulighed for at udvikle en ordentlig professionsdannelse.

"I debatten er der også en indbygget forestilling om, at alt i ældreplejen kan køre perfekt, og at der aldrig sker fejl. Men sådan er virkeligheden ikke. Den vigtigste beskyttelse mod fejl og omsorgssvigt er, at der findes veluddannede medarbejdere, som kan supervisere hinanden, har personligt råderum og får støtte fra en leder, der ikke er låst bag et skrivebord. Men det kræver flere penge. Hvis ældreplejen skal løftes, kommer vi ikke uden

ældreplejen

"I debatten er der en indbygget forestilling om, at alt i ældreplejen kan køre perfekt, og at der aldrig sker fejl. Men sådan er virkeligheden ikke. Den vigtigste beskyttelse mod fejl er et veluddannet personale," siger ældreforskeren Karen Munk. Hun skrev for ti år siden sin ph.d.-afhandling i gerontopsykologi bl.a. på baggrund af sit arbejde som sygeplejerskevikar.

►► **KAREN MUNK** er 58 år, er uddannet sygeplejerske og psykolog og har en ph.d. i gerontopsykologi. Hun er koordinator for en masteruddannelse i Humanistisk Sundhedsvidenskab og Praksisudvikling ved Filosofi og Idéhistorie, Aarhus Universitet. Er desuden formand for Gerontologisk Selskab og medlem af styregruppen, "Et Aldrende Samfund 2030," under Det Strategiske Forskningsråd.

om at give personalet mere i løn. Men det kolliderer jo med regeringens ønske om skattestop," siger Karen Munk.

Hun opfordrer sygeplejerskerne til at støtte social- og sundhedsassistenternes krav om at få autorisation.

Hvis ikke der gøres noget mere for at gøre ældreplejen til en attraktiv arbejdsplads, ser fremtiden til gengæld sort ud.

Skrækscenariet er ifølge Karen Munk,

"Hvis ældreplejen skal løftes, kommer vi ikke uden om at give personalet mere i løn."

at et stigende antal velbærgede ældre vil vælge pasning på veldrevne, private plejehjem, mens de dårligst stillede ældre må lade sig nøje med en stadig ringere hjælp i den offentlige ældrepleje.

"Det er efter min mening overset, at omsorgssektoren er en meget vigtig søjle i vores velfærdssamfund. Hvis ikke vi har en velfungerende offentlig ældrepleje, så vil de dårligst stillede gamle være fortabt i fremtiden.

Ingen ønsker sig vel tilbage til den tid, hvor de svageste ældre var helt afhængige af de pårørende."

bs@dsr.dk

Intet at klage

Ressourcer. De ældre på Bornholm har det godt. Så godt, at regionskommunen har overskredet budgettet.

Edith Ipsen kender "Hjemmet" rigtig godt, fordi hun for år tilbage arbejdede som rengøringshjælp på stedet.

"Nå, så bliver du snart en holden mand, hvad Svend?" siger et medlem af personalet til *Svend Mikkelsen*. Der sigtes til, at Svends hus nede i byen skal sælges. "Nå, det bekymrer jeg mig nu ikke om," siger den snart 86-årige beboer på Bornholms mindste plejehjem i Klemensker. Det hedder slet og ret "Hjemmet."

Svend sidder på en skyggefuld plet ude i haven med frodige rododendronbuske bag plejehjemmet. Han er i godt humør og synger en lystig vise af ældre dato, som teamleder og sygeplejerske *Ketty Jensen* synger med på. "Her er intet at klage på,"

Teamleder *Ketty Jensen*: "En af mine store udfordringer som leder er at skabe et ordentligt arbejdsmiljø for medarbejderne."



fastslår Svend, og det er de øvrige beboere uden tvivl enige med ham i.

"Hjemmet" i Klemensker har været i

søgelyset mange gange tidligere, når de lokale politikere skulle finde spareobjekter for at få budgettet til at hænge sammen. Men indtil nu har det lille plejehjem klaret frisag. Plejehjemmene i Sandvig og Østermarie er i øvrigt ikke ret meget større.

Edith Ipsen er en af de kun 16 beboere på "Hjemmet" i Klemensker. Hun kan godt lide at opholde sig i sin egen stue, selv om den ikke er ret stor. Hun kender plejehjemmet rigtig godt, fordi hun for år tilbage arbejdede som rengøringshjælp på stedet. Hun er heldigere end mange af de



**“Medarbejderne har vide rammer i deres arbejde,
bare beboerne er i centrum.”**

Teamleder Ketty Jensen, Hjemmet i Klemensker.

Af Søren Palsbo, redaktør • Foto: Berit Hvassum

13-14/2006

Sygeplejersken

17



ældre beboere, der ikke har et netværk. Hendes to børn bor begge i nærliggende Nyker og besøger hende hver dag på skift. Hun er enig med Svend Mikkelsens syn på stedet og siger: ”Jeg kunne ikke vælge et bedre sted.”

En af faktorerne, som Bornholms Regionskommune kan bruge til en mere ”retfærdig” budgetlægning i fremtiden, bliver den funktionsvurdering, som kommunens visitationsenhed har foretaget af alle modtagere af personlig pleje for at skaffe et sammenligningsgrundlag vedrørende tildelte ressourcer. Resultatet kendes endnu

ikke, men ventes med spænding. Blandt andet i Klemensker.

”Det kan blive mere retfærdigt med de tildelte ressourcer, men selvfølgelig aldrig helt ned i mindste detalje, og forholdene kan hurtigt ændre sig,” siger Ketty Jensen, der mener, at man ikke vil kunne skære på ressourcerne til plejehjemmet i Klemensker, uden at det går ud over kvaliteten.

Hun er selv tidligere hjemmesygeplejerske og konstaterer, at hun har lært utrolig meget af at komme i folks eget hjem. De små stuer på plejehjemmet skal besøges med lige så stor respekt, som når sygeple-

jersken ringer på døren til parcelhuset, siger hun:

”Hvis *Fru Sørensen* ikke vil af med buketten, hun fik i sidste uge, og som nu er vissen, så lader vi hende beholde den lidt endnu. Vi besøger heller ikke *Fru Sørensen* i Søndergade og smider nogle af hendes blomster ud, hvis det betyder noget for hende at beholde dem lidt længere.”

På plejehjemmet i Klemensker vurderes personalenormeringen som lav. Plejepersonalet udgøres foruden teamlederen af én social- og sundhedsassistent, to sygehjælpere og én social- og sundhedshjæl- ▶

“Omsorg for børn og ældre er en så basal kommunal opgave, at vi skal slå for disse områder, så længe vi kan.”

1. viceborgmester Jacob Kjøller (K), Bornholms Regionskommune.

plejehjemsskandalen



Svend Mikkelsen får sig en lille hyggesnak med sygehjælper Lisbeth Jensen.



Sydamerikansk vin til Edith Ipsens frokost. Det sørger ufaglært hjælper Tina Petersen for.



Sol, sommer og en smuk have bag "Hjemmet" i Klemensker på Nordbornholm.

► per, som efter kl. 12.30 bliver reduceret til to personer, og efter kl. 23 til én i nattevagt til de 16 beboere. Dertil kommer husassistenter, der hjælper beboerne ved måltiderne, gør rent i fællesarealerne og i modtagekøkkenet. Rengøringen i beboernes boliger er derimod plejepersonalets opgave.

Et ordentligt arbejdsmiljø

”En af mine store udfordringer som leder er at skabe et ordentligt arbejdsmiljø for medarbejderne. De har vide rammer i deres arbejde, bare beboerne er i centrum. Respekten for de andre medarbejdere gør vi også meget ud af. Vi vil ikke have skylerumssnak. Er der en opgave, som ikke er udført i en vagt, så er det nok, fordi der er blevet udført andre opgaver.

Vi har et meget lille sygefravær. Jeg er overbevist om, at det er et udtryk for, at man tager hånd om hinanden.

Og så griner vi rigtig meget sammen. Det holder de gamle meget af,” siger Ketty Jensen.

Ketty Jensen er også glad for samarbejdet med plejehjemets bruger- og pårørenderåd, der kommer med gode forslag og sætter spørgsmålstegn ved ting, der let kunne blive tomme rutiner.

”Hjemmet” er i høj grad formet af sine brugere, fortæller plejehjemets leder. De gammeldags dagligstuemøbler, som er indkøbt til fællesstuen, måtte flyttes om, så flest mulige af beboerne kunne nyde udsigten mod folkeskolen og den livlige trafik af børn og deres forældre udenfor.

Mange af de ældre beboere på Bornholms mindste plejehjem kender stedet godt i forvejen, når de visiteres til en plejehjemsplads. Huset, der er bygget i 1956, rummer nemlig også et brugerstyret aktivitetshus for ældre, hvor der er mulighed for samvær med andre ældre og beskæftige sig med håndarbejde og – for herrerne vedkommende – snedkerarbejde i kælderens. ”Hjemmet” er også et lille kulturhus, idet det lokalhistoriske arkiv har lokale her.

Og så har ”udegruppen,” der dækker det lokale døgnplejedistrikt, lokaler på første sal.

Dem er plejehjemslederen også teamleder for.

Inde i fællesstuen sidder Svend og synger en af sine lystige viser og glæder sig til middagsmaden. Menuen er i dag stegt flæsk med persillesovs.

sp@dsr.dk



En af de regelmæssigt besøgende er social- og sundhedsassistent Dorrit Christensen fra dagcentret i Hasle, som her gør klar til at læse H.C. Andersen for Ellen Erlandsen.

Flere penge eller ringere pleje

Enten eller. De bornholmske plejehjem får pæne skudsmål i tilsynsrapporterne. Men de overskrider også budgetterne.

Samtidig med at kritikken haglede ned over et stort københavnsk plejehjem og fik politikerne til at sætte fokus på kvaliteten af ældreplejen, fik de bornholmske plejehjem pæne skudsmål i de udarbejdede tilsynsrapporter. Men desværre overskrider ældreomsorgen budgetterne.

Det har den ansvarlige udvalgsformand, Bornholms 1.-viceborgmester *Jacob Kjøl-ler* (K), det godt med, men han erkender, at budgetoverskridelserne er et problem:

”Jeg skal ikke lægge skjul på, at jeg har fået mange politiske tæsk for at have overskredet budgettet på mit område. Alene på personlig pleje har vi fået visiteret 45.000 timer mere, end hvad vi havde budgetteret med. Det svarer til 12,1 mio. kr. Pengene er brugt, og ydelserne er udført.”

Jacob Kjøl-ler tilføjer, at der er visiteret

til personlig pleje efter den vedtagne kvalitetsstandard.

”Derfor har jeg også sagt i kommunalbestyrelsen, at enten må kommunalbestyrelsen have hårdt på brystet og ændre i vores kvalitetsstandard, eller også må man efterbevilge os de penge. Det har man så ikke villet. I stedet har man sendt problemet til hjørnespark indtil vores budgetlægning.

Den politiske virkelighed

Jeg synes, det er at flygte fra den politiske virkelighed. Enten må man ændre vores kvalitetsstandard, så mål og midler kommer til at passe sammen. Eller også må man være parat til at spendere det, det koster.”

Jacob Kjøl-ler konstaterer, at det er tredje år i træk, at der er budgetteret urealistisk lavt.

Der er flere usikre faktorer, som bestemmer, hvor vanskelig den forestående budgetlægning bliver.

”Vi har et skattegrundlag, der kun er 81 pct. af landsgennemsnittet. Det sætter det måske lidt i perspektiv. Sidste regnskabsår brugte vi 57 mio. kr. mere, end vi havde råd til i forhold til de indtægter, vi har, både via bloktilskud, udligningsreform og skatteindtægter.

Det er så blevet delvist lånefinansieret, og det kan vi jo ikke blive ved med. Vi kommer nok ikke uden om, at vi er nødt til at tage noget hårdere fat, end vi tidligere har gjort. Jeg frygter lidt for mit ældreområde. Men jeg mener også, at omsorg for børn og ældre er en så basal kommunal opgave, at vi skal slås for disse områder, så længe vi kan.”

sp@dsr.dk

Moderate ambitioner for sundhedsvæsenet

Økonomiaftaler. Næste års økonomi i sundhedsvæsenet er nu på plads. Regeringen har for nylig afsluttet forhandlingerne med regionerne og kommunerne om, hvor mange penge de har at gøre godt med i 2007.

Alt i alt må man konstatere, at ambitionerne for sundhedsvæsenet er moderate.

Mest positivt ser det ud for sygehusene. De får et løft på knap 1 mia. kr. til at øge aktiviteten, og der er penge til nyt udstyr og ny medicin. Der er også øremærket penge til mere efteruddannelse, og der skal efteruddannes flere kræft- og intensivsygeplejersker. Så det ser fornuftigt ud.

Men der er desværre også risiko for, at den nye aftale presser sygeplejerskerne til at løbe endnu hurtigere.

”Jeg har kraftigt opfordret regeringen og regionerne til at sætte langt større fokus på at skabe et sundt og sikkert arbejdsmiljø, uddanne flere sygeplejersker og fastholde de erfarne sygeplejersker i faget.”

For på den ene side skal sygehusene øge aktiviteten, men på den anden side kommer der ikke flere sygeplejersker til at løse opgaven. Det går ud over sygeplejerskernes arbejdsmiljø. Og det har store konsekvenser for patienternes dødelighed, komplikationer og indlæggelsestid, hvis sygeplejerskerne har for travlt.

Derfor har jeg kraftigt opfordret regeringen og regionerne til at sætte langt større fokus på at skabe et sundt og sikkert arbejdsmiljø, uddanne flere sygeplejersker og fastholde de erfarne sygeplejersker i faget. Det er nødvendigt, for at patienterne kan få høj kvalitet og patientsikkerhed.

I modsætning til sygehusene er det kommunale sundhedsvæsen sat på smalkost. Der er f.eks. ikke sat flere penge af til sundhedsfremme og forebyggelse, selv om kommunerne nu overtager ansvaret.

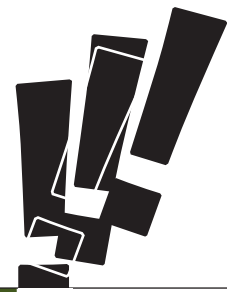
Det er alt for uambitiøst. Og det understreger behovet for, at Folketinget vedtager en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse, som Dansk Sygeplejeråd har foreslået. Ellers risikerer området at drukne i de mange andre opgaver, kommunerne skal løse.



Ét stort lyspunkt er der dog: Forslaget om at skære 550 stillinger i hjemmesygeplejen på grund af de Personlige Elektroniske Medicinprofiler blev taget af bordet – bl.a. efter et stort pres fra Dansk Sygeplejeråd. Det ville have fået uoverskuelige konsekvenser for patienternes sundhed og sikkerhed. Derfor er det godt, at finansministeren og sundhedsministeren kom på bedre tanker.

Man får, hvad man betaler for. Det gælder også i sundhedsvæsenet. Hvis regeringens løfter om et sundhedsvæsen i verdensklasse skal indfris, skal de økonomiske rammer være bedre end moderate.

Connie Kruckow, formand



Pinlig læsning om en blodig affære

Af Hjørdis Sørensen, sygeplejerske

Kommentar til Fem faglige minutter ”En meget lidt blodig affære” i Sygeplejersken nr. 10/2006.

Normalt er *Sygeplejersken* et blad med mange gode artikler og faglige input. For første gang stødtes jeg over en meget usaglig artikel, oven i købet kaldet Fem faglige minutter af *Birgitte Harild* (sygeplejerske) i blad nr. 10.

Jeg var målløs over en så hårrejsende og bloddryppende uvidenhed omkring blod og bloddonation i et tidsskrift for sygeplejersker.

Du, Birgitte Harild, opremser forarget en del

En ommer, tak

Af Hanne Cramon, sygeplejerske

Kommentar til artiklen ”Hot or not” i Sygeplejersken nr. 11/2006.

Jeg er, som jeg har nævnt før, meget glad for mit fagblad.

Jeg tror, at redaktionen ønsker at gøre sit ypperste for at give os et spændende, fagligt og indbydende blad med så meget forskelligt stof, at de fleste grupper bliver tilgodeset.

Derfor er jeg også ret sikker på, at samme redaktion gerne vil have tilbagemeldinger på, hvordan bladet modtages blandt sygeplejersker.

Noget af det, jeg kunne ønske mig, at fagbladet også kunne indeholde, er små artikler fra forskellige arbejdspladser rundt i landet. Der findes mange steder, hvor sygeplejersker har spændende projekter i gang, og det ville bringe en anden jordnærhed ind i bladet.

Noget af det, jeg så til gengæld godt kunne undvære, er den side i sidste nummer af fagbladet, som har overskriften ”Hot or not,”

”Det er 20 år siden, det var attraktivt, vellønnet og respektabelt at arbejde med pleje og pasning af børn, syge og gamle. I dag er næsten alt arbejde med mennesker lavstatus undtagen det, der kommer ind under psykologernes og psykoterapeuternes gebet.”

Anne Marie Løn, forfatter, i Politiken.

af spørgsmålene, din mand skulle udfylde i forbindelse med bloddonation. I Danmark er der stor sikkerhed/højt kvalitetsniveau og kontrol på blod = lægemiddelprodukt, og til hvert eneste spørgsmål er der en veldokumenteret og berettiget grund.

Hiv hører under seksuelt overførte sygdomme, ligeledes hepatitis, så derfor spørges om f.eks. samvær med en prostitueret, homoseksuel risikobetonet sex, og selvfølgelig skal din mand da behandles på ligeværdig fod med andre donorer.

Personalet står ikke og ser på, om ”det er en, der bør udfylde papirer eller ej.” Først dér ville man få de røde ører, du taler om.

Medicin med vidt forskellige halverings-tider virker for dig banalt, men en simpel hovedpinetablet kan indeholde acetylsalicylsyre, som er blodfortyndende, så ikke det bedste til f.eks. en blødende patient, vel?

Og selv om din møster bor i Tyrkiet, findes

der også malaria der. Spørgsmålet om ”hul-ler i huden” udgør altid en risiko, og steril teknik eller ej, det er blod til aldeles syge mennesker, så det er livrem og seler, men spørgsmålene er ikke udfærdiget for at genere donorerne.

Vore donorer kommer for at hjælpe syge og gør det frivilligt i en god sags tjeneste. Der er virkelig brug for blodet, men vi skal ikke gå på kompromis med kvaliteten eller vores faglighed (du kalder dine kolleger ”vampyrer” – hvor sjovt!).

Men gå selv med i blodbanken næste gang, og vi vil med vores faglighed, viden, kunnen og ekspertise sikkert kunne belære dig om mangt og meget på området.

Og er det ikke godt at vide, hvis du engang selv får brug for blod, at så har det været igennem et godt filter lige fra starten.

Hjørdis Sørensen er ansat i Blodbanken Sygehus Fyn.

Svar

Af Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør

En klumme er ulig en journalistisk artikel forfatterens personlige henvendelse til læseren, hvor der ikke stilles de samme krav til kildekritik, saglighed og dokumentation, som i en journalistisk artikel. Indholdet er altså ikke udtryk for bladets holdning, men udelukkende forfatterens. I en klumme er der plads til frispreg, idiosyncrasier og provokerende udfald – den skal helst være provokerende og anspore til yderligere debat. Der er altså langt friere sproglige og holdningsmæssige rammer i en klumme end i resten af bladet.

Hvis vi ikke opererer med den slags frie rammer, mister klummen sin værdi. En af effekterne er så også, at klummeerne ikke altid falder i alle læseseres smag. Jeg håber, dette giver lidt yderligere klarhed over, hvordan og hvorfor vi bringer sådanne klummer i vores blad.

og som med en noget bizar illustration af en sygeplejerske, der ser ud, som om hun enten har kigget dybt i flasken eller været på rov i medicinskabet, oplister ”hot”- eller ”not”-emner.

For det første stødes jeg af, at nogen kan anlægge et sådant syn på sygeplejersker, at vi bliver glade, hvis blot vi får tilpas meget koldskål i kantinen på varme dage eller har en afdelingssygeplejerske, hvis væsentligste kvalifikation er, at hun laver en gedigen sommersalat med hjemmeavlede grøntsager!

Dernæst væmmes jeg ved tanken om, at nogen kan tro, at sygeplejerskers ”hotte” sommerdrøm er at få et medmenneske indlagt, fuldstændig hjælpeløst, men ved fuld bevidsthed!

Jeg tror, at netop den tilstand er rigtig mange menneskers rædselsscenario.

Og så er det i øvrigt fuldstændig ligegyldigt, om patienten hedder *Mads Mikkelsen* eller ej!

Jeg tror, artiklen er lavet i et forsøg på at bringe en let og humoristisk sommerstemning ind i bladet, men den kommer i stedet til at virke helt kikset og får mig uvilkårligt til at tænke tilbage på dengang, jeg var 14 og læste ”Vi Unge” ...

Nej, kære fagbladsredaktion – den her, det må simpelthen være en ”ommer.”

Hanne Cramon er ansat på Skadestuen, Kirurgisk Center, Herning Sygehus.

Svar

Af Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør

Tak for din respons på bladet, det er altid godt at høre læsernes mening. Du efterlyser arbejdspladsreportager, og vi kan oplyse, at vi netop arbejder på en serie af korte reportager, hvor en journalist og en fotograf rejser rundt i landet og besøger arbejdspladser, som er i gang med et spændende projekt. Første reportage bliver bragt i blad nr. 16, som udkommer i begyndelsen af august.

Det er rigtigt, at vi i blad nr. 11 har forsøgt at bringe en let sommerstemning ind i bladet ved at bringe en ”Hot og Not”-liste. Smag og behag er forskellig, mange andre læsere har efterlyst mere underholdende stof.

Fortsat god sommer.

Skriv kort

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

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

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

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



Marian Geller

Fokusér på hjemmesygeplejen

Oprustning. Hvis strukturreformens ambitioner skal lykkes, og opgaverne løses forsvarligt, må vi skabe et solidt fundament for en sammenhængende og kvalificeret pleje af borgere i eget hjem.

Mange kommuner er gået i gang med at kvalitetsudvikle sundhedsvæsenet og forbedre patientsikkerheden, men desværre har en del kommuner endnu ikke vist, at de har forstået de sundhedsopgaver, som skal løses i fremtiden. Måden, dette vises på, er bl.a. ved at afprofessionalisere hjemmesygeplejen. Med afprofessionalisering mener jeg en nedgang i antallet af sygeplejersker til fordel for andet og kortere uddannet plejepersonale.

Brovst Kommune i Nordjylland er førende inden for afprofessionaliseringen i Danmark. Kommunen udtaler i en rapport, at en tilbagevenden til en traditionel sygeplejestructur utvivlsomt vil blive opfattet som et anseeligt tilbageskridt. Denne udtalelse giver stor anledning til bekymring på borgernes vegne.

Men hjemmesygeplejen har det problem, at der aldrig har været tradition for at registrere, beskrive eller forske i sygeplejen. Derfor er det at skabe et overblik over den tilgængelige viden om hjemmesygeplejen i Danmark og påvise den forskel, hjemmesygeplejen gør for klienterne i eget hjem, yderst vanskeligt. Dette resulterer samlet i, at hjemmesygeplejen med hensyn til opgaver og kvalitet er et stærkt underbelyst område i det danske sundhedsvæsen.

Det er en realitet, at der sker en stigende specialisering af både funktioner og medarbejdere inden for sygehusvæsenet, liggetiderne afkortes, og stadigt flere indlæggelser ændres til ambulante besøg med deraf efterfølgende behandling i hjemmet. Behovet for pleje i hjemmene og kravene til hjemmesygeplejerskerne vokser tilsvarende, og vi ser allerede en stor opgaveglidning fra sygehusene til hjemmesygeplejen. Flere og mere sygeplejefagligt specialiserede opgaver venter kommunerne.

Kommunalpolitikere har ikke tidligere haft en sundhedsfaglig tradition, men en social tradition, hvilket understøttes af *Sidsel Vinge* fra Dansk Sygehus Institut, der netop har udgivet en rapport om hjemmesygeplejen. Derfor er det først nu, vi skal til at tale om en decideret kommunal sundhedssektor, og hvis strukturreformens ambitioner skal lykkes, og opgaverne løses forsvarligt, må vi have skabt et solidt fundament for en sammenhængende og kvalificeret pleje af borgere i eget hjem.

Der må her sættes langt større fokus på hjemmesygeplejen, både sundhedspolitisk og forskningsmæssigt. Hjemmesygeplejen skal professionaliseres og må ikke fortsætte med at være et ubeskrevet blad. Vi må have et samlet overblik over de tilgængelige kvantitative data og kvalitative analyser, der findes, og som beskriver hjemmesygeplejens opgaver.

Ellers får vi i nogle kommuner et sundhedsvæsen på første og anden klasse, hvilket vi for alt i verden skal undgå. Vi skal have en kommunal sundhedssektor med kvalitet i verdensklasse, nøjagtig som vores sygehusvæsen, og en hjemmesygepleje, der skaber sammenhæng og samarbejde imellem sygehuse, de praktiserende læger, herunder vagtlæger og den kommunale sektor. Og det gør man ikke ved at afprofessionalisere. Tværtimod.

For mig at se drejer det sig derfor om, at kommunalpolitikere så hurtigt som muligt vedkender sig deres fremtidige sundhedsfaglige ansvar og sætter fokus på hjemmesygeplejen.

Vil man vide mere om emnet, kan jeg henvise til *Sidsel Vinges* rapport "Hjemmesygeplejen i Danmark," DSI feb. 2006. Rapporten kan ses på www.dsi.dk under publikationer/publikationslisten.

*Marian Geller er ansat som udviklingsygeplejerske på Aalborg Sygehus, men har aktuelt orlov.
marian.geller@regnord.dk*

Oplever et andet billede af vikarbureau

Af Andreas Lund Andersen, sygeplejestuderende

Gang på gang har jeg oplevet SLS og DSR fraråde studerende at tage arbejde hos vikarbureauet Medikom. Man får tudet ørerne fulde af, at man underbetales og har dårlige arbejdsforhold. Som freelanceansat hos Medikom igennem et par måneder er det et helt andet billede, jeg oplever hos Medikom.

Timelønnen er på 125 kr., men ved akutte vagter er der tit løntillæg, således at timelønnen kommer meget over denne i forvejen acceptable timeløn. Endvidere set ud fra den vinkel, at den timeløn, som SLS foreslår for 1.-3.-semester-sygeplejestuderende, er 108 kr./timen.

I disse tider, hvor man oplever forringelser og uanstændighed i plejesektoren, kan et vikarbureau som Medikom, der primært har studerende inden for sundhedssektoren som vikarer, givetvis resultere i et kvalitativt løft, når vikarbehovet skal dækkes på plejehjemmet, hjemmeplejen eller sygehusafdelingen.

Jeg ser generelt hellere en studerende inden for sundhedssektoren frem for en ufaglært, der kommer ind fra gaden og varetager en så vigtig og primær opgave, som vikarjobbet oftest medfører.

Desuden får vi som studerende ekstra praktisk erfaring med i rygsækken, hvilket jo kun er et plus. Jeg har kontaktet samtlige vikarbureauer med base på Fyn, som har overenskomst med DSR, og ingen ansætter personer før det fjerde semester, en skævvridning i forhold til at kunne supplere sin SU op med studierelevant arbejde i starten af sin studietid.

Samtidig en periode af sin studietid, hvor man gerne vil sikre sig, at sygeplejefaget er noget for en, således man ikke springer fra studiet og gør fremtidens sygeplejerskemangel endnu større.

Jeg oplever også Medikom som et sted, hvor man løfter i flok og herved højner den standard, sundhedsområdet virkelig skriger efter.

Det bedste af det hele er, at man har friheden til at vælge, hvornår det passer en bedst at tage en vikarvagt. Herved en suveræn frihed til at planlægge sit studiearbejde ved siden af uddannelsen.

Med disse overvejelser kan jeg absolut ik-

ke se, hvad der er så galt i at arbejde hos Medikom, et vikarbureau, jeg kun er meget glad for at være del af.

*Andreas Lund Andersen
er 1.-semester-studerende
på CVSU-Fyn.*

Svar

Af Connie Kruckow, formand

Vikarbureauet Medikom ønsker ikke at indgå overenskomst med Dansk Sygeplejeråd for sygeplejestuderende. Derfor kan vi ikke anbefale sygeplejestuderende at tage arbejde dér. Andre vikarbureauer med overenskomst med DSR tilbyder en højere grundtimeløn, tillæg for aften-/nattevagt, weekendvagt samt vagt på søgnehellidage. Du kan på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside se, hvilke vikarbureauer Dansk Sygeplejeråd har indgået overenskomst med, herunder hvilke satser det enkelte vikarbureau tilbyder.

ÅRHUS AMT

UDDANNELSESAFDELINGEN

Nordisk Kongres

Den 22. september 2006

Hvad ønsker patienterne af fremtidens sygehuse?

Dagen er udbudt for at sætte fokus på patientoplevelser, innovation i sygehussektoren og accelererende patient forløb.

Ny tilmeldingsfrist: 14. august 2006

Pris: Kr. 900,-

Kongressen foregår på Radisson SAS Scandinavia Hotel, Margretheplads 1, Århus.

Nærmere information og tilmelding:
www.uddannelsesafdelingen.dk

Uddannelsesafdelingen
Århus Amt.

DLS

Er du leder i sundhedssektoren?

Eller vil du gerne være det?

Så er DLS noget for dig

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

DLS udbydes i hele Danmark.

I august 2006 starter vi hold i: Århus, Næstved, Hillerød og Gentofte.

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

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

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

tlf. 54 888 224 • www.ceus.dk

HANDELSHØJSKOLE
CENTRET

CEUS
Handelshøjskolecenter



Sundhed må ikke ende i krænkelser og skyldfølelse

Af Edith Mark, sygeplejerske, cand.cur.

Kommentar til synspunktet "I sundhedens hellige navn" i Sygeplejersken nr. 12/2006.

Først vil jeg udtrykke glæde over, at *Marianne Staub Thomsen* starter en relevant debat om sundhedsfremme og forebyggelse og inddrager De Sygeplejeetiske Retningslinier. Det er godt med etiske refleksioner i sygeplejen og at få vendt, hvorfor vi tænker og handler, som vi gør.

I synspunktet skrives, at man i de tidligere sygeplejeetiske retningslinjer fra 1992 prioriterede respekten for individets integritet og egne valg meget højt. Hvorimod vægtningen i 2004 skifter til individet i relation til omgivelserne.

Dette hænger sammen med, at der i Lov om Patientrettigheder nu er taget højde for

individets selvbestemmelsesret. Det betyder ikke, at Sygeplejeetisk Råd (SER) synes, at selvbestemmelsen er mindre vigtig – men ved udgivelsen af de første sygeplejeetiske retningslinjer fandtes denne lov ikke. Derfor var det i 1992 meget afgørende at fremhæve respekten for individet.

Samtidig er det rigtigt, at vi i SER ønsker at se på mennesket i relation til omgivelserne, da vi netop opfatter det sådan, at etik kommer til udtryk i relationen til andre.

Retningslinjerne pålægger fortsat sygeplejersken at respektere patientens valg. Men på et overordnet plan er sygeplejersken også forpligtet til at arbejde for, at befolkningens sundhedstilstand bliver bedst mulig, og at de ressourcer, der er til

rådighed i det danske sundhedsvæsen, anvendes bedst muligt.

På SERs hjemmeside har vi udtalt os om etiske problemstillinger i forhold til motiverende samtaler. www.sygeplejeetiskraad.dk – se under udtalelser og debatindlæg fra medlemmer af SER.

En af vores overvejelser herfra er, at sundhed uheldigvis kan blive en "hellig" ting, hvor de, der ikke lever op til sundhedsidealet, betragtes som umoralske. Det er vigtigt at turde tale respektfuldt med mennesker og undgå, at sundhed ender i krænkelser og skyldfølelse.

Edith Mark er ansat på Aalborg Sygehus og formand for Sygeplejeetisk Råd.

Hvad mener du

www.sygeplejersken.dk

Denne uges spørgsmål på www.sygeplejersken.dk

Synes du, at social- og sundhedsassistenterne skal have autorisation?

Læs evt. interview med ældreforsker Karen Munk side 14.

Svar på spørgsmål stillet i Sygeplejersken nr. 11/2006

Har du haft mistanke om, at en kollega har været påvirket af alkohol eller medicin i arbejdstiden?

Svar	antal	pct.	
Ja	122	50,4	<div style="width: 50.4%; height: 10px; background-color: #336633;"></div>
Nej	108	44,6	<div style="width: 44.6%; height: 10px; background-color: #666666;"></div>
Ved ikke	12	5	<div style="width: 5%; height: 10px; background-color: #ccc;"></div>
Total	242	100	

Næstformandsvalg 2006



Ifølge Dansk Sygeplejeråds love § 28 finder valg af næstformænd sted på en ordinær kongres af og blandt dens medlemmer. Valgperioden er 4 år, og genvalg kan finde sted.

Den ekstraordinære kongres 1. og 2. marts 2006 besluttede at forlænge valgperioden for DSRs 1. og 2. næstformand fra maj 2006 og frem til uge 45, hvor valg finder sted i forbindelse med den ordinære kongres, den 6.-9. november 2006

Opstillingsfristen er fastsat til den 15. august 2006

Stillerlister kan rekvireres i amtskredsene og hos Dansk Sygeplejeråds sekretariat. Kandidatanmeldelse vedlagt mindst 25 stillere af og blandt de aktive medlemmer skal være Dansk Sygeplejeråd i hænde senest den 15. august 2006 kl. 15.00

Der planlægges møder hvor næstformandskandidaterne præsenteres i efteråret 2006



Mari Holen

Et efterhånden dehumaniseret sundhedsvæsen

Skarp kontrast. De ansatte i sundhedsvæsenets førstelinje udgør et fleksibelt omsorgsreservoir, som sundhedsministeren har store forventninger til. Men personalets ressourcer er ikke uanede.



Dorte Steenberg

”De nye rammer for sundhedsvæsenet har været kendt længe. Her i vadestedet tegnes de finere detaljer. Det er en tegning, der udvikler sig smukkere for hver dag. Visionen er intakt. Den fremstår stærkere end nogensinde.” Sådan skrev indenrigs- og sundhedsminister *Lars Løkke Rasmussen* (V) i martsnummeret af Amtsrådsforeningens tidsskrift Mandat.

Teksten står i skarp modsætning til de fortællinger, vi dagligt selv oplever, men også får fortalt af sygeplejestuderende, sygeplejersker og andet sundhedspersonale på hospitalerne i Region Hovedstaden. Fortællingerne handler om et sundhedsvæsen, hvor der ikke er midler og rammer til de opgaver, sygeplejersker er sat til at udføre. Hvor sygeplejersker dagligt ikke kan få tiden til at række, er nødt til at prioritere mellem opgaver, de mener er basale – et efterhånden dehumaniseret sundhedsvæsen. Spørgsmålet er, hvordan den skarpe kontrast mellem sygeplejerskernes oplevelser af praksis og *Lars Løkke Rasmussens* udtalelser kan opstå?

Den norske magtudredning har set på forholdene for dem, der arbejder i velfærdsstatens førstelinje, bl.a. sygeplejersker på hospitalerne. Magtudredningen peger på, at førstelinjen bærer organisationens grænser på egen krop. Førstelinjens kvinder tager ansvar for det, organisationen har forpligtet sig til at gøre, men som den i princippet alligevel ikke har midler til at gøre. Magtudredningen beskriver førstelinjens handlinger som principielt illoyale over for systemet. Paradoksalt nok bidrager deres illoyalitet til, at organisationen overlever. Det kræver en nærmere forklaring. Kravene kører i to spor. På den ene side ønsket om et humant sundhedsvæsen, der tager udgangspunkt i, at mennesker er forskellige. Og på den anden side styrings-systemer, der ikke er indrettet efter dette ønske, men som er afgørende for tildeling af midler og rammer. Det er altså et misforhold mellem italesættelserne om sundhedsvæsenet (f.eks. *Lars Løkke Rasmussens* udtalelser) og de faktiske forhold (få midler og stadige besparelser kombineret med krav om målbarhed, øget effektivitet og produktivitet).

Det interessante er, ifølge den norske magtudredning, at politikerne hverken foretager prioriteringer i eller øger bevillingerne til sundhedsvæsenet. Sådan havner dilemmaet hos førstelinjen. Og mere interessant, førstelinjen forsøger i første omgang at påtage sig dilemmaet. De ansatte i førstelinjen forsøger at løbe stærkere og leve op til idealerne, samtidig med at midlerne bliver færre. Velfærdsstaten rummer altså et fleksibelt omsorgsreservoir – en førstelinje, der hele tiden må strække på sin egen arbejdskraft og samtidig leve med samvittighedskvaler over ikke at slå til. Et evigt dilemma mellem at strække sig og alligevel ikke slå til. Vores bekymring går på, hvor længe dette kan vare ved. Hvor længe kan førstelinjen fungere som omsorgsreservoir? Hvordan kan det, som den norske magtudredning beskriver, politisk lykkes at decentralisere ansvaret, men dermed også dilemmaerne, personalets ambivalens og afmagtsfølelse? *Lars Løkke Rasmussen* er en dygtig mand, så han ved uden tvivl godt, hvad han gør, når han skriver: ”Det udvikler sig smukkere for hver dag.” Med sådanne udtalelser medvirker han til at fastholde et forventningspres rettet mod hospitalernes personale, og han medvirker til, at personalet retter endnu større forventningspres mod sig selv uden at sørge for vilkår og rammer, der betyder, at personalet kan leve op til disse forventninger. Psykologerne kalder den type kommunikation for dobbelt bindende, for uanset hvad man gør, vil det være forkert. Det er den slags, der gør mennesker syge og nedbryder dem. Vi mener derfor, der er tale om en politisk kynisme og magtudøvelse, der forsøger at spille på professionelles oprigtige forsøg på at skabe mening i tilværelsen, både for patienter og i deres eget arbejdsliv.

*Mari Holen er adjunkt ved H:S Sygeplejerskeuddannelsen, Institut for Pleje og Omsorg.
Dorte Steenberg er amtskredsformand i Dansk Sygeplejeråd Frederiksborg Amt.*

Birgit Fisker Nielsen

Vores elevkammerat og veninde gennem 29 år, *Birgit Fisker*, 49 år, er stille sovet ind den 10. april efter en lang og sej kamp mod kræften.

Birgit har med en vedholdende og positiv indstilling til livet kæmpet hårdt i de fire et halvt år, hun har været syg.

Birgits karriere startede som aftenvagt på svangreafdelingen, og her fik hun lysten til senere at uddanne sig til sundhedsplejerske. Som sundhedsplejerske arbejdede Birgit i Randers i et år og måtte opgive at arbejde pga. alvorlig kræftsygdom.

Vores tanker går til hendes tre børn på 12, 18 og 23 år, som alt for tidligt har mistet deres mor.

*Kirsten Sørensen og
Nanna Kristensen.*

navne

Bedste kronik om et godt liv som gammel

Psykiatrisk sygeplejerske *Jytte Molbech* fra Psykiatrisk afdeling på Odense Universitetshospital har vundet Odense Kommunes konkurrence om at skrive den bedste kronik om et godt liv som ældre. Kronikken handler om en mand, der efter at have mistet sin hustru, vælger at flytte i bofællesskab sammen med både gamle og unge mennesker.

Præmien er på 10.000 kr. Kronikken kan læses på Odense Kommunes hjemmeside på www.odense.dk vælg "Tal & fakta om Odense," vælg "Ældre" i bjælken," derefter "Flere nyheder."

(sbk)

Pris for indsats over for astma og allergi

Sygeplejerske *Isabel Mejrup* fra Odense Universitetshospital har fået Schering-Ploughs hæderspris på 25.000 kr. for "en særlig banebrydende indsats inden for arbejdet med astma og allergi." Isabel Mejrup har især beskæftiget sig med børn på pædiatrisk afdeling.

(sbk)

Lise Kvarning

Lørdag den 10. juni døde tidligere amtskredsformand for DSR i Ribe Amt og oversygeplejerske på Sydvestjysk Sygehus, *Lise Kvarning*, 79 år gammel.

Lise var født den 12. maj ligesom *Florence Nightingale*, et sammenfald, som Lise var meget stolt af, og som hun levede op til på værdig vis.

Fra 1984 til 1988 var Lise amtskredsformand for DSR i Ribe Amt. Som amtsbestyrelsesformand var hun meget lydhør over for amtsbestyrelsens meninger og forstod at sætte Ribe Amt på landkortet.

Da Lise holdt op som amtskredsformand, var det med ønsket om at "slutte arbejdslivet som sygeplejerske på sygehuset og ikke i fagforeningen." Dog blev hun senere menigt amtsbestyrelsesmedlem.

Lise genoptog karrieren som sygeplejerske, da den mindste af hendes fire piger var fra hånden. Hun var først "nattrisse," senere afdelingssygeplejerske og oversygeplejerske.

Som 54-årig gennemførte Lise videreuddannelsen på Danmarks Sygeplejerskehøjskole. Her var Lise kendt for at være den, man kunne græde ud hos, hvis studierne drillede, og hjemveen var for slem.

Da Lise som 70-årig faldt for aldersgrænsen, blev hun bedt om at fortsætte. Det blev til yderligere knap to år på Sydvestjysk Sygehus. Efter den endelige pensionering har Lise været aktiv i såvel DSR som i sygehusets seniorgruppe.

De sidste år med sygdom satte begrænsninger for Lise, begrænsninger, som hun forsøgte at mestre. Hvor Lise var til stede, var sygeplejen som fag og organisationens opgaver altid på dagsordenen. Hun blev aldrig træt af at diskutere, hvordan vi kan forbedre sygeplejen.

*Ragnhild Kallestrup, kvalitetskoordinator,
på vegne af tidligere kolleger på Sydvestjysk Sygehus og
amtsbestyrelsesmedlemmer i Ribe amtskreds.*

Lise Kvarning. Den 10. juni døde *Lise Kvarning* efter en sygeplejerskekarriere, som hun først sagde farvel til i en alder af 71 år.

Efter uddannelsen blev hun ansat på Sankt Hans, Boserup, hvor hun var afdelingssygeplejerske, da hun i 1958 forlod faget for at hellige sig familielivet med mand og fire børn. I 1973 vendte hun tilbage til sygeplejen på Esbjerg Centralsygehus, hvor hun sluttede sin karriere som oversygeplejerske i 1997, men derefter arbejdede endnu et år som sygeplejerske.

Som 55-årig tog Lise Kvarning 1. del ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole. Da havde hun allerede engageret sig i det fagpolitiske arbejde. "Det har altid været mit sigte, at sygeplejefagets udvikling understøttes af et fagpolitisk arbejde til gavn for både faget og dettes udøvere." Det var en karakteristisk udtalelse fra Lise Kvarning, der allerede som sygeplejeelev på Svendborg Sygehus havde involveret sig som elevrepræsentant i kampen for bedre vilkår for sine kolleger.

Fra 1978 til 1982 var hun medlem af bestyrelsen i Dansk Sygeplejeråd Ribe amtskreds, og fra 1984 til 1988 var hun amtskredsformand samme sted og dermed medlem af Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse fra 1984-1988. Som noget helt usædvanligt stillede hun efter sin pensionering igen op til amtsbestyrelsen, hvor hun sad fra 1998 til 2000. Både som sygeplejerske og som fagpolitiker var arbejdsmiljø og tillidsmandsinstitutionen nogle af hendes vigtigste mærkesager.

Lise Kvarning nåede kun otte år som pensionist, og dansk sygepleje har med hende mistet et usædvanligt engageret og energisk menneske.

Aase Langvad, 2.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd.

►► **IN MEMORIAM.** Mindeord modtages gerne om afdøde sygeplejersker, som var medlem af Dansk Sygeplejeråd. For at vi kan bringe mindeordene så hurtigt som muligt, må teksten højst være på 1.300 tegn (uden mellemrum). For lange tekster vil blive forkortet af redaktionen. In memoriam sendes til redaktionen@dsr.dk

Redaktion

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

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

faglige artikler

På www.sygeplejersken.dk findes

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

Vejledninger tilsendes også ved henvendelse til redaktionen 3315 1555

Opslidende. Sulejma er dybt alkoholiseret, har to brækkede arme og mærker på hele kroppen efter fald, hendes hjem er ubeskriveligt uhumsk. Men hun nægter at modtage hjælp til andet end bagateller.

HUN VIL IKKE HJÆLPES

Jeg fandt *Sulejma* ravende rundt i huset en morgen. Hun havde store blå mærker på kroppen og på arme og ben efter fald over møbler og inventar. Håret var uglet i en stor kage, og hun havde ikke været vasket i mange dage. Sengetøj, madras, stole og gulvtæpper var gennemvædet af vin og urin.

Hjemmet var ubeskriveligt uhumsk. På tøj, møbler og gulv var der brandmærker efter tabte cigaretter. Sulejma havde også selv brandsår.

Så langt var jeg nået med min sygepleje i løbet af et par uger.

Sulejma havde forlangt sig udskrevet fra sygehuset en lørdag for to uger siden. Hun var blevet indlagt med en brækket arm efter fald i hjemmet, havde fået armen i en gipsskinne og var begyndt afrusning. Inden der var taget stilling til operation af armen, havde Sulejma taget en taxa hjem, hvor hun straks begyndte at slukke sin tørst og dulme abstinenserne med vin fra papkartonerne i klædeskabet.

Halvanden måned tidligere var hun blevet opereret for et åbent brud på den anden arm efter at være faldet i en brandert. Beskeden om, at hun ikke måtte bruge armen i tre måneder, havde hun helt negligeret. Denne gang var hun derfor taget hjem med to arme, der ikke måtte bruges.

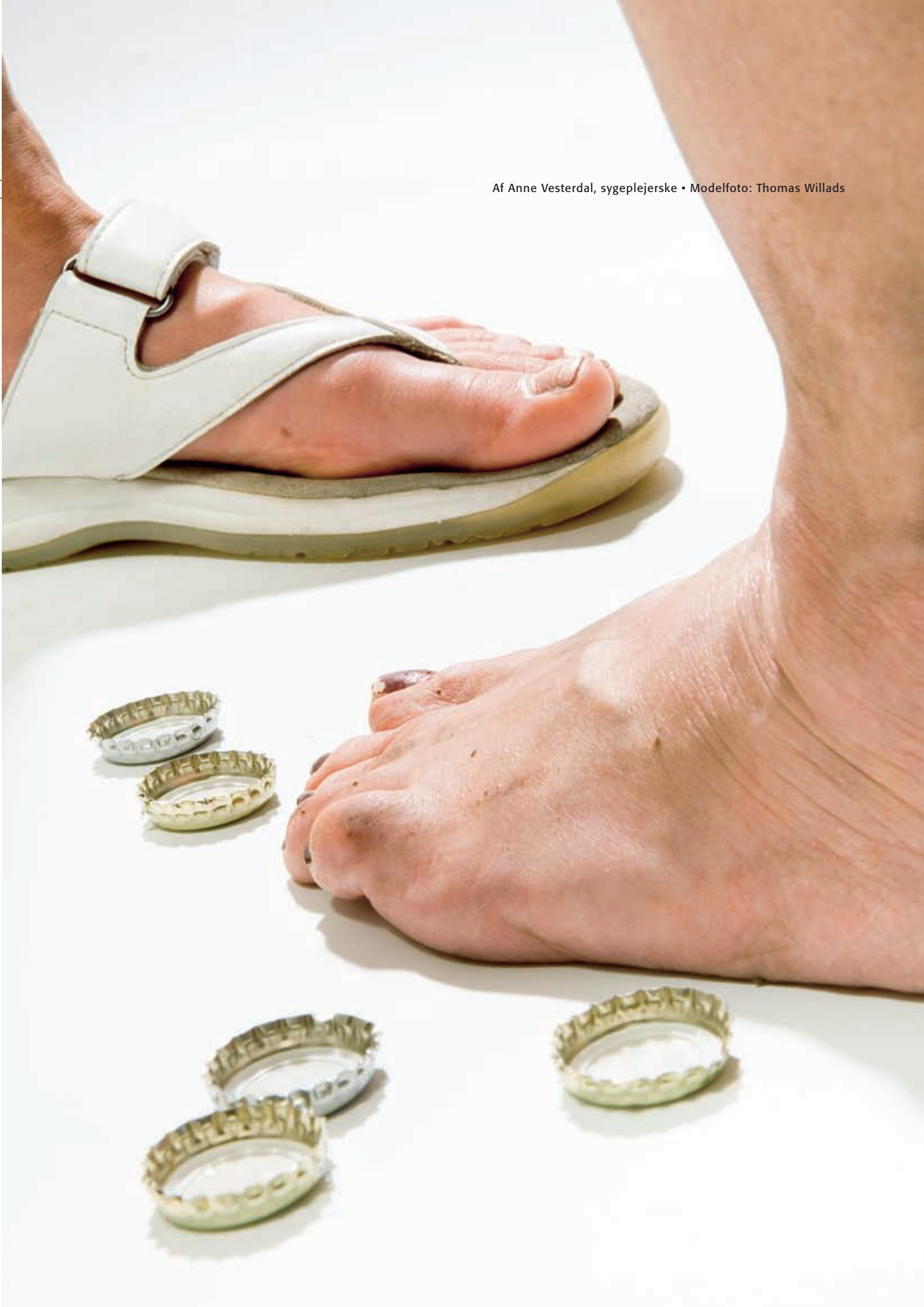
Sulejma bor alene, og de sociale myndigheder har fundet andre opholdssteder til hendes halvvoxsne børn, som kun ser deres mor, når hun er ædru. Sulejma har haft utallige drukperioder gennem mange år. Hun har været ædru i et par år med hjælp fra Anonyme Alkoholikere (AA), men det er mere end et år siden. Antabus vil hun ikke have. Hun mener, at hun sagtens selv kan styre sit alkoholforbrug.

Hun får bragt vin i papkartoner med taxa fra en nærliggende tankstation og kan drikke adskillige liter i døgnet. Hun har været indlagt utallige gange, oftest når hun har været så sanseløs af druk, at hun ikke har kunnet protestere mod indlæggelsen. Som regel udskriver hun sig selv i løbet af en dag eller to, inden afrusningen er fuldført, og hun nægter at samarbejde med personalet om behandling.

Da Sulejma denne gang tog hjem mod alle råd, ringede sygeplejersken fra afdelingen til hjemmesygeplejen. Sygeplejersken kendte Sulejma fra tidligere indlæggelser og vidste, at hun stensikkert ville genoptage drikkeriet, så snart hun kom hjem. Nu bad hun hjemmesygeplejen om at tage over, tilse Sulejma dag og aften og hjælpe hende med personlig hygiejne.

Sygeplejerskernes tidsplan er stram i weekenderne. Aftenvag- ►

Af Anne Vesterdal, sygeplejerske • Modelfoto: Thomas Willads



► ten tog det første besøg lørdag aften. Søndag morgen ringede Sulejma selv og bad mig komme.

Sulejma var i gang med noget, der skulle forestille gulvvaske med en arm i gips og en, der var taget ud af armslyngen. Hun var påvirket og ønskede at få nogle diazepamtabletter. Det kunne jeg ikke hjælpe hende med. Egen læge styrer hendes medicin, men ved i øvrigt ikke, hvad han skal stille op. Embedslægen bakker sygeplejerskerne op i, at vi skal sige fra. Senere om søndagen ringede Sulejma igen. Denne gang var hun faldet i badekarret i et forsøg på at vaske hår. Gipsen var våd og smuldrede i kanten. Jeg nåede lige at få sagt: "Goddag," så sagde Sulejma: "Hvis du begynder at tale om sygehus, kan du godt skride igen. Det varer meget længe, inden jeg kan tåle at se et sygehus igen."

Sulejma ville ikke høre på mig, da jeg fortalte om konsekvenserne af at gøre gipsen våd og bruge begge arme. Jeg fik dog lov til at lægge nogle tørre bind uden om gipsen.

Om mandagen kom der hjemmehjælp første gang, men det lykkedes kun at få lov at hjælpe med den personlige hygiejne en enkelt gang. Nogle gange havde Sulejma selv taget brusebad, så gipsen var blevet våd. Som regel var hendes tøj vådt, ikke kun af vand, men også af urin, spildt vin eller blod fra sår eller fald.

Efter en uges forløb var gipsen helt krakeleret. Hun blev overtalt til at køre med en hjemmesygeplejerske ud til ambulatoriet, hvor hun fik lagt en ny gips, da der var sår under gipskanten både på håndryg og overarm.

Drikkeriet tog til. Hjemmehjælperne blev bedt om at holde sig væk, de skulle ikke blande sig i hendes liv. Sygeplejerskerne kommer fortsat dag, aften og nat. Embedslægen siger, vi har pligt til tre tilsyn i døgnet, ét i hver vagt, hvor vi tilbyder hjælp. Vil hun ikke have hjælp, er det hendes egen sag, og verbale overfusninger må vi tage med.

Gardering mod anklager om omsorgssvigt

Tre tilsyn om dagen og omhyggelig dokumentation for, hvad vi har observeret, og at vi har tilbudt hjælp, som er blevet afslået. Højst kan vi hjælpe med bagateller som at lægge en forbindelse i ny og næ. Det, hjemmesygeplejerskerne udretter, er i virkeligheden at gardere sig selv og samfundet mod anklager om omsorgssvigt.

Vi kan ikke forhindre, at Sulejma ligger hjælpeløs mellem besøgene med risiko for fatale fald, brand eller dødsfald. At besøgene skulle give en vis tryghed, er en illusion. Vi kan ikke behandle eller indlægge mod hendes vilje. Ethvert forsøg på at tage fat om det grundlæggende problem, alkoholen, afvises.

Hvilke muligheder har en primærsygeplejerske? Er primærsygeplejersker overhovedet rustede til opgaven? Hvad skal der til af viden, kunnen og midler for at kunne yde kvalificeret sygepleje til alle Sulejma'erne?

Er det overhovedet en sygeplejerskeopgave?

I mit distrikt har vi det sidste år næsten permanent haft tre borgere i tilsvarende situation. Hvordan klarer andre sygeplejersker i andre distrikter disse patienter?

Anne Vesterdal er tidligere sygeplejefaglig medarbejder på Sygeplejersken. Ovenstående beretning er fortalt til Anne Vesterdal af en sygeplejerske, som har ønsket at være anonym. Redaktionen kender sygeplejerskens navn og arbejdssted. Navnet Sulejma er opdigtet.

►► **BEHANDLINGSFORSLAG.** Redaktionen har forelagt beretningen om *Sulejma* for tre sygeplejersker, som arbejder med behandling af alkoholmisbrugere. Læs deres behandlingsforslag på denne og følgende sider.

Specialopgave. Sulejma er til fare for sig selv og sine omgivelser og kan derfor indlægges på røde papirer.

KAN INDLÆG

Sulejma opfylder kriterierne for tvangsbehandling, fordi hun er til fare for sig selv og andre. Der er risiko for, at hun sætter ild på sig selv og andre beboere i opgangen, og derfor kan hun blive tvangsendlagt på røde papirer.

Når *Sulejma* er tvangsendlagt, kan hun tvangstilbages holdes på behandlingsindikation.

Der skal foretages en grundig anamnese af en speciallæge i psykiatri. Man skal være særlig opmærksom på, om *Sulejma* er disponeret for alkoholisme, dvs. har alkoholiserede forældre, om der er psykisk sygdom i familien, og/eller der har været tale om incestuøse forhold, vold, omsorgssvigt osv.

Der skal være fokus på *Sulejmas* ressourcer, primære begavelse, uddannelse, familie og netværk, og hun skal udredes somatisk, herunder gennemgå en neurologisk undersøgelse og demenstestning.

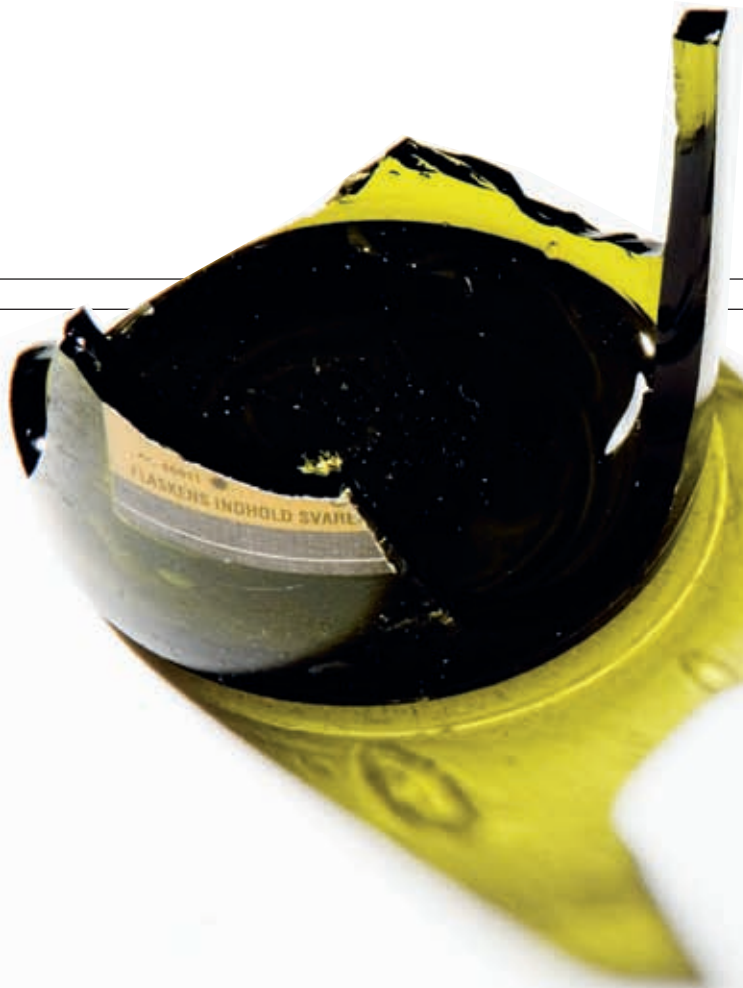
Det er vigtigt at se på *årsagen* til, at *Sulejma* drikker. Ofte ligger der en psykiatrisk diagnose bag. I tilfældet *Sulejma* kan det være depression og/eller angst kombineret med dårligt selvværd og had til sig selv.

Behandlingsforslag

For at konkretisere, hvilke tiltag vi ville iværksætte for en patient som *Sulejma*, har vi opstillet følgende behandlingsforslag:

- Afrusning
- Abstinensbehandling
- Medicinsk behandling, f.eks. medicin mod depression, angst og craving.

Ovenstående må aldrig stå alene, men skal altid tilbydes sammen med samtaler. I dette tilfælde burde man vælge en erfaren psy-



GES PÅ RØDE PAPIRER

kiatrisk sygeplejerske med en psykoterapeutisk tilgang og særlig interesse for alkoholisme.

- Der skal indbydes til pårørendesamtaler
- Der skal planlægges udskrivningskonference med implicerede parter og laves formaliseret udskrivningsaftale eller koordinationsplan
- Vi har god erfaring med f.eks. Blå Kors, som tilbyder længerevarende indlæggelse med terapigrupper, selvhjælpsgrupper osv.
- I Københavns Amt har vi et enestående tilbud fra Det Udgående Team (DUT), som er frivillige, tidligere alkoholikere, der kender problematikken på egen krop. DUT tilbyder at besøge patienter både under indlæggelse og ved hjemmebesøg, og de ledsager også til alkoholbehandling. Desuden er de gode til at visitere.

Ideelt set skal distriktssygeplejersken være den primære kontakt og kroppen i edderkoppespindet. Sygeplejen til Sulejma efter udskrivelsen skal være struktureret og forudsigelig, og der skal være et tilpasset aktivitetsniveau. Distriktssygeplejersken skal også koordinere samarbejdet med hjemmesygeplejen, den praktiserende læge og forvaltningen.

Desuden er der altid behov for supervision til netop hjemmesygeplejersken og hjemmehjælpen.

God idé med en ugeplan

For at sikre en struktureret og forudsigelig dagligdag vil det være en god idé at udarbejde en egentlig ugeplan for Sulejma.

Der bør desuden suppleres med hjemmesygepleje efter behov til de somatiske sygdomme samt med kvartalssamarbejds-møder, hvor man kommer ”hele vejen rundt” om Sulejmas si-

►► EKSEMPEL PÅ EN UGEPLAN

Mandag: Hjemmehjælp til rengøring.

Tirsdag: Besøg af distriktssygeplejerske (samtale og medicinadministration).

Onsdag: Aktivitetscenter, gerne med motion.

Torsdag: Hjemmehjælp til tøjvask og indkøb.

Fredag: Distriktssygeplejerske (samtale og medicinadministration).

Weekend: Besøg af børn (de sociale myndigheder er på), aktiviteter findes flere steder i vores kommune (SIND-café, socialpsykiatriske tilbud, tilbud via kirken).

uation. Vi mener, det er en specialopgave, som kan og bør varetages af en distriktssygeplejerske med psykiatrisk erfaring, videreuddannelse og interesse for alkoholiserede, psykiatriske patienter.

Man skal kunne rumme, at Sulejma falder i, og at man så må starte forfra igen og igen og igen. Det er vigtigt at bevare troen på, at det lykkes.

I distriktpsykiatrien er vi trænede i at arbejde tværfagligt både internt, eksternt og på tværs af forvaltningerne, hvilket også vil komme Sulejma til gode.

*Annie Juhl-Nöisen og Hanne Frandsen er ansat i Distriktspsykiatrien PC Ballerup.
Hanfra01@herlevhosp.kbhamt.dk*

VI MÅ IKKE MISTE

Diskrepans. Det er en sygeplejerskeopgave at yde sygepleje til en patient med misbrugsproblemer. Men det gør noget ved os, når patienten er selvdestruktiv.

Nogle af de vanskeligste forløb inden for sygeplejen er dem, hvor patienten af forskellige årsager er utilgængelig. Vi kan stå med erfaring, viden og kunnen – og kan alligevel ikke gøre ret meget. Det kan virke onsdigt, men vi skal være der. Ikke for at ”gardere os selv eller samfundet mod omsorgssvigt,” som det udtrykkes i beretningen om *Sulejma*, men fordi sygeplejen har noget at tilbyde alle, der trues af sundhedsrisici eller er blevet syge. I dette tilfælde en patient med alkoholmisbrug.

Sygeplejersker er afhængige af det råderum, patienten giver, forstået på den måde, at vi skal respektere patientens valg. Også dem vi ikke er enige i.

Vi skal arbejde for, at patienten bevarer sin selvbestemmelse og integritet. Vi skal medvirke til at sikre, at patienten får beskyttelse, lindring og de nødvendige informationer til at handle og vælge ud fra. Alt sammen tilpasset til den enkelte patients livssituation og ønsker.

Forløb fulde af afmagt

Beretningen om *Sulejma* er desværre ikke enestående. Denne type patientforløb er fulde af afmagt. Både som sygeplejersker og som mennesker oplever vi, at vi næsten intet kan udrette, og udsigten virker håbløs. Faktum er, at patienter med alkoholmisbrug ikke er ringere til at følge behandling end andre patientkategorier.

Der er god effekt af alkoholbehandling. 75 pct. af de patienter, som får psykosocial behandling ved de fynske ambulatorier, drikker svarende til Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser eller er helt afholdende et år efter påbegyndt behandling, viser tal fra mange års forskning inden for området (1).

Problemet er at få udbredt viden om og erfaring med samt tro på, hvad der virker, så flere kan blive bedre klædt på til at forstå, hjælpe og vejlede disse patienter. De sværeste og mest kroniske patienter med misbrug må vi give den sygepleje, vi kan komme igennem med uden at miste modet.

I sidste ende vil også en patient som *Sulejma* kunne indlægges efter kriterier for tvang. Men det løser ikke nødvendigvis hendes problemer med misbruget. Jeg vurderer langtfra dette som en let opgave. Den pågældende hjemmesygeplejerskes faglige og etiske overvejelser og efterlysning af redskaber er yderst relevante.

Misbrugsområdet har ikke nogen høj status inden for sygdomsbehandling, og selvom bevågenheden over for området er stigende, mangler der videns- og erfaringsdeling om alkoholmisbrugsbehandling, og muligheden for hjælp er meget forskellig fra amt til amt.

Støtte fra alkoholkonsulent

Et af de tilbud på Fyn, som alle kan benytte, er at inddrage en erfaren alkoholbehandler som konsulent i sager som denne. Det er langtfra nok i sig selv, for alkoholkonsulenten er også afhængig af samarbejdet omkring og med patienten. Men alkoholkonsulenten kan tilbyde plejepersonalet sparring, faglig viden og uddannelse.

Alkoholkonsulenten kan have kontakt til patienten, starte et behandlingsforløb op og give supervision til teamet omkring patienten.

Alkoholkonsulenten kan endvidere anvende sin viden om behandlingstilbud og sine erfaringer med de allertungeste misbrugere fra andre forløb og være med til at sikre, at der skabes kontinuitet i behandlingen. Alkoholkonsulenten er vant til at håndtere kommunikation med og om patienter, hvor kontakten er præget af modstand, ambivalens og negative forventninger til behandlingssystemet.

I *Sulejmas* situation synes umiddelbart intet at motivere et alkoholophør. Hun har været ædru i et par år via kontakt til AA og må have nogle erfaringer hermed. Hun ringer selv efter

hjælp fra en hjemmesygeplejerske efter udskrivelse fra sygehuset, så der må være skabt en alliance mellem dem.

Sulejma kan mangle afrusningsmedicin, være bange og usikker. Det at lade sig udskrive mod givet råd er et tungt valg. Hvor god er Sulejmas erfaring med sufficient abstinensbehandling?

Noget tyder på, at hun er mere tryk ved alkoholen og dens effekt på abstinenser.

Hun må tænke, at hjemmet trænger til rengøring, siden hun trods brækkede arme tørrer op i et forsøg på at gøre noget ved sin situation. Hendes handlinger er ikke rationelle i gængs forstand. De kan være motiveret af angst for den udstødning og det forfald, hun registrerer som en konsekvens af sit mis-

bøde eller fjerne misbruget, da mildne, lindre eller forhindre yderligere selvskadende adfærd.

Vi kan have brug for ledelsesmæssig og kollegial opbakning og aflastning. Vi kan have behov for supervision og efterbearbejdning som ved andre tunge plejeforløb.

Det nytter at gøre noget, uanset hvor lidt det forekommer at ændre. Vi kan bede om styrke til at acceptere det, vi ikke kan ændre, ikke gennem resignation, men gennem visdom om alt det, vi ikke forstår.

Bente Fornitz er ansat ved Fjns Amts AlkoholBehandlingsCenter (ABC), Afdelingen i Middelfart. befor@abcmiddelfart.fjns-amt.dk

MODDET

brug. De kan være forårsaget både af misbrugets psykodynamiske og organiske skadevirkninger. Hvis Sulejma var syg af andre årsager, ville vi da have lettere ved at møde hendes plejebehov?

Smertefuld diskrepans

Diskrepans mellem det, man ønsker, og det, man er i stand til, opleves smertefuldt. I denne situation opstår diskrepans både hos patienten og sygeplejersken. Patienten er ikke i stand til at udtrykke den direkte. Ikke desto mindre er oplevet diskrepans – når det empatisk fremmanes i samtale og relation – med til at motivere patientens oplevelse af behov for ændring, beslutning om ændring og fastholdelse af denne ændring.

Metoden er enhver konsekvens- eller overtalelspædagogik overlegen. Samtalestilen er afgørende ved mødet med en alkoholmisbruger, og princippet ovenfor indgår i veldokumenteret og udbredt metode ved arbejde med modstand og livsstilsændringer (2).

I nogle amter kan patienten afruses i ambulatoriet bortset fra nogle få, som kræver afrusning under indlæggelse. Det gør det nemmere at have overskuelige patientforløb og sikrer, at afrusning følges op af relevant behandling og afklaring.

En sygeplejerskeopgave

Jeg har søgt at belyse den situation, primærsygeplejersken står i, fra en alkoholfaglig vinkel. Det er uomtvisteligt en sygeplejerskeopgave at yde sygepleje til en patient med misbrugsproblemer.

Alle delelementerne i plejeopgaverne er vi uddannet til, men det gør noget ved os, at patienten er selvdestruktiv, og vi kan opleve os mere eller mindre rustede over for dette.

Vi kan have brug for mere viden om alkoholmisbrug og behov for hjælp i mere end én forstand. Vi kan have brug for holdningsafklaring og mulighed for at afgrænse, hvad vi kan og ikke kan, og løbende evaluere, hvad vi bygger det på.

Vi kan opstille realistiske mål ud fra faglige og menneskelige kriterier og helst i samspil med patienten. Hvor vi ikke kan af-

Litteratur

1. Nielsen B, Søgaard Nielsen A. Odensemødelin. Et bidrag til en evidensbaseret praksis ved behandling af alkoholmisbrugere. Fjns Amt; 2001. p. 88.
2. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive Behavior. New York: Guildford Press; 1991.



Dialog. Dialogmøder med deltagelse af patienter og sygehuspersonale er et værdifuldt supplement til spørgeskemaundersøgelser af patienttilfredsheden. Møderne åbner mulighed for at få en meget bredere forståelse for, hvad patienterne oplever, og hvad de har behov for under deres ophold.

"Vi vil så gerne

En lille gruppe udskrevet patienter sidder omkring et bord i et lokale på sygehuset. Patienterne deltager i et dialogmøde. Efter at have budt velkommen, beder en facilitator hver af patienterne om at fortælle deres historie og om deres erfaringer fra sygehusopholdet. Facilitatoren støtter patienterne, så de får fortalt så detaljeret om opholdet som muligt, og så det, der har berørt dem, kommer frem. Patienterne kender deres egen historie bedst. Derfor stiller

facilitatoren åbne spørgsmål, så man ikke kommer til at overhøre eller forbigå væsentlige budskaber fra patienterne.

Nogle personalerepræsentanter sidder i samme lokale ved mindre borde. Deres opgave er i første omgang udelukkende at lytte til patienternes fortællinger, så de får mulighed for at høre om deres egen velkendte praksis oplevet fra et andet perspektiv.

Når patienterne har fortalt, hvad de umiddelbart har på hjerte, beder facilitatoren dem fortælle om deres tanker og overvejelser efter at have hørt patienternes oplevelser og erfaringer. Personalet må ikke tale direkte til de konkrete patienter eller forklare eller forsvare sig. Denne regel gælder, selv om personalet genkender de omtalte situationer og måske har oplevet dem anderledes.

Opstart af dialogmøderne

Generelt er patienterne meget tilfredse med Vejle og Give Sygehus i de patienttilfredshedsundersøgelser, der foretages med spørgeskemaer. Sådanne undersøgelser afdækker områder, man på landsplan og i Vejle Amt har valgt at sætte ekstra fokus på. På Vejle og Give Sygehus supplerer vi spørgeskemaundersøgelserne med dialogmøder, som giver os mulighed for at få en meget bredere forståelse for, hvad patienterne oplever, og hvad de har behov for under deres ophold.

Sygehusledelsen har besluttet, at dialogmøder skal anvendes som en af metoderne i monitoreringen af den patientoplevede kvalitet. Afholdelsen af dialogmøder er inspireret af nogle tilsvarende dialogmøder, Århus Amtssygehus gennemførte i

2001 (1), og i begyndelsen fik personalet på Vejle og Give Sygehus vejledning i at anvende metoden af den konsulent, der havde varetaget møderne i Århus. Der er udgivet en generel patientvejledning om dialogmøderne (se boks 1 side 36), så personalet på afdelingerne let kan præsentere metoden og hensigterne for de inviterede patienter. Målsætningen er, at alle afdelinger afholder et dialogmøde årligt.

Ansvar for den praktiske afholdelse af dialogmøderne og opfølgningen ligger hos de enkelte afdelingsledelser. Dialogmøderne skal følges op med en opsamling af pointer og hovedkonklusioner fra mødet og en plan for, hvad der efterfølgende skal sættes i værk. Afdelingerne rapporterer derefter til sygehusledelsen, som derved løbende kan følge kvalitetstiltagene i de enkelte afdelinger.

Nogle personalemedlemmer er blevet oplært til at fungere som facilitatorer ved dialogmøderne. Facilitatorens opgave er at være mødeleder og at interviewe patienterne. Facilitatorerne blev valgt efter deres erfaring med gruppeprocesser og interviewmetoder og er derfor fortrinsvis sygeplejersker med en sygeplejefaglig vejlederuddannelse.

Udvælgelse af patienter

Patienterne vælges med omhu, men kriterierne varierer. Nogle afdelinger fokuserer på en bestemt patientgruppe f.eks. patienter opereret for grå stær, patienter med hovedpine eller blodprop. Nogle afdelinger har valgt at invitere de pårørende til f.eks. børn eller alvorligt syge. Patienterne kan også vælges ud fra, om de har haft et særligt forløb – f.eks. et akutforløb, mange komplikationer eller andet. I nogle sammenhænge har det vist sig værdifuldt at udvælge patienterne ud fra deres lyst til og interesse for at give deres mening til kende.

Vi formoder, at patienter, der har afsluttet deres forløb på sygehuset, må have lettere ved at sige deres ærlige mening om opholdet. Patienterne er ikke længere i et afhængighedsforhold til sygehusets personale. Derfor har de fleste afdelinger valgt patienter efter dette kriterium ved de første dialogmøder.

Men en stor del af patienterne i sygehusvæsenet har ikke et kort afgrænset forløb. De kroniske patienter, der møder på sygehuset i årelange forløb, har måske i endnu højere grad end de nævnte patientgrupper brug for at give deres mening til kende og få indflydelse på deres forløb og ophold. Vi har der-

høre din mening"

for også inviteret patienter med kroniske sygdomme til dialogmøder, så vi også kan høre deres erfaringer.

Dialogmødets forløb

Dialogmøderne varer normalt 2-3 timer. Tidspunktet veksler afhængigt af patientgruppen, personalets ønsker og andre prioriteringer.

Deltagere fra personalegruppen vælges, så pleje og behandling af de indlagte patienter ikke påvirkes. Personalet er normalt bredt repræsenteret ved dialogmøderne med repræsentanter fra alle relevante faggrupper, læger, sygeplejersker, sekretærer, social- og sundhedsassistenter, anæstesipersonale, fysio- og ergoterapeuter og ledelsesrepræsentanter. Valget af patientgruppe er afgørende for, hvilke faggrupper der deltager.

I begyndelsen var der naturligt nok meget fokus på selve metoden og den konkrete afholdelse af dialogmøderne. Men efter de første dialogmøder er det blevet patienternes oplevelser og erfaringer, der fylder hos personalet. Det er meget lærerigt og gør stort indtryk at høre om, hvordan patienterne opfatter helt dagligdags rutiner og samtaler under deres indlæggelse. Personalet bliver ofte meget berørt over fortællingerne.

Patienterne oplever at blive hørt. Og at der er en oprigtig interesse for at blive klogere på deres oplevelser og at forbedre den service, de tilbydes, har en del patienter givet udtryk for. Det er også ofte meget inspirerende for patienterne at høre, hvilke tanker og overvejelser personalet bringer på banen. Bagefter får patienterne mulighed for at kommentere personalets udtalelser.

Dialogmøderne kan afsluttes med tanker om og eventuelle foreløbige planer for, hvordan personalet vil arbejde videre med den viden, de har fået.

Nogle afdelinger skriver senere til patienterne og fortæller, hvordan der er fulgt op på de temaer, der er blevet bragt op på dialogmødet.

Opfølgning

Efter et dialogmøde mødes deltagerne fra personalegruppen og diskuterer udbyttet. Hvilke budskaber og poin- ►

►► **BOKS 1. PATIENTPJECE.** Personalet præsenterer denne vejledning om dialogmøderne til de inviterede patienter:

Vejle og Give Sygehus set med patientens øjne – vi vil gerne høre din mening. Vi vil gerne invitere dig til at fortælle personalet om dine oplevelser fra din indlæggelse.

Vi har brug for din hjælp

Sygehuset har brug for patienternes viden om sygehuset. Kun du kender dit indlæggelsesforløb i sin helhed. Personalet møder dig kun i kortere eller længere perioder af din indlæggelse. Hvis vi skal blive bedre, har vi brug for din viden og din hjælp.

Din rolle – hvis du siger ja

Hvis du siger ja, inviteres du til at deltage i et møde, hvor du sammen med 2-6 andre patienter fortæller om dine oplevelser og erfaringer fra dit indlæggelsesforløb. Mødet varer ca. 2-3 timer.

Interviewerens rolle

Under selve mødet vil du få støtte af en interviewer, som vil stille dig nogle uddybende spørgsmål. Intervieweren er en person, der ikke har sin daglige gang på afdelingen.

Personalets rolle

Personalets rolle er at lytte til dine oplevelser og erfaringer. Personalet vil være på 10-14 personer. I løbet af mødet vil personalet blive spurgt om, hvad de finder tankevækkende, overraskende og lærerigt. Her er det din tur til at lytte.

Før mødet

Inden mødet bedes du overveje følgende spørgsmål:

- Hvordan oplevede du dit patientforløb?
- Hvordan oplevede du informationen?
- Hvordan oplevede du kontakten til personalet?
- Følte du dig rustet til at komme hjem?
- Hvad har været godt, og hvad har været dårligt?
- Hvad har været vigtigt for dig i dit forløb?

Samtykke

Hvis du ønsker at deltage, vil vi bede dig om at underskrive vedlagte samtykkeerklæring og medbringe denne til mødet.

Vi håber på din deltagelse og understreger, at det naturligvis er frivilligt at deltage.

Venlig hilsen
Personalet, Vejle og Give Sygehus.

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Reimer US, Friis NV. "We would really like to hear your opinion." *Sygeplejersken* 2006;(13-14):34-6.

The hospital Vejle & Give Sygehus has since 2004 each year held meetings in the form of dialogue sessions between patients and members of staff. In 2005, 13 such meetings were held, and to date four units have held dialogue sessions in 2006.

The purpose of these dialogue sessions is to gain a broader understanding of the experiences and needs of the patients during their stay in hospital. The dialogue sessions are a qualitative study similar to that of interviewing focus group, but through the direct involvement of staff representatives, they provide the opportunity for an improved quality follow-up. These dialogue sessions cannot stand alone, but are a valuable and useful addition to the more general questionnaire surveys.

Keywords: quality development, patient satisfaction, dialogue session.

skellig karakter. Der kan eksempelvis være tale om at ændre eller udarbejde nye kliniske retningslinjer, forbedre skriftlig og mundtlig information eller om at ommøblere et venteværelse. Der kan også blive tale om at ændre arbejdsgange, stuegang, transportform ved overflytninger eller servering af mad. Nogle dialogmøder har fokuseret på, at pårørendes behov skal tilgodeses bedre.

Dialogmøderne skaber motivation

Dialogmøderne kan ikke stå alene, men de er et værdifuldt og anvendeligt supplement til de generelle spørgeskemaundersøgelser.

Et dialogmøde kan betragtes som en kvalitativ interviewmetode på linje med fokusgruppeinterview. Den direkte involvering af personalerepræsentanter, som finder sted ved dialogmøderne, giver mulighed for god opfølgning bagefter. Motivationen for at forbedre kvaliteten bliver skabt allerede under dialogmøderne, ved at patienterne fortæller om deres personlige erfaringer og oplevelser. Den faglige stolthed bliver ofte pirret: "Det kan og vil vi simpelthen gøre bedre."

En undersøgelse af den patientoplevede kvalitet har vist sig at kunne give værdifuld viden. Det viser sig ofte, at helt nye aspekter dukker op under den nære kontakt med patienterne. Vi har dog ikke belæg for at udtale os om, i hvor høj grad patienterne generelt har samme mening. Til gengæld præsenterer patienterne gennem deres fortællinger ofte væsentlige temaer, som det er vigtigt, vi tager fat på.

Ulla Sundgaard Reimer er sundhedsfaglig kandidat fra Syddansk Universitet i Odense og ansat på Øre-næse-hals-afdelingen og Neurologisk afdeling på Vejle og Give Sygehus som kvalitetsmedarbejder og sygeplejefaglig vejleder.

*ullrei@vgs.vejleamt.dk eller solvej21@stofanet.dk
Ninna Vendel Friis er chefsygeplejerske på Vejle og Give Sygehus.*

- ter kan vi udlede af patienternes beskrivelser? Kan der være tale om, at det er mere generelle problemområder? Hvilke muligheder har vi for at forbedre fremtidige patienters ophold?

Opsamlingsmøderne afsluttes med konkrete aftaler om, hvad der skal iværksættes, hvem der er ansvarlig herfor, og om muligt laves en tidsplan. På denne måde har afdelingsledelsen mulighed for opfølgning af de planlagte kvalitetsforbedringer.

De konkrete tiltag efter dialogmøderne kan have meget for-

Litteratur

1. Tranborg I. Dialogforum for patienter og personale. En metode til kvalitetsudvikling. *Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen* 2003(4):136-8.

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



Af *Jette Bagh*, sygeplejerske • Illustration: *Bodil Molich*

dilemma

37

Din mening. Det vrimler med etiske dilemmaer i sygeplejen. *Sygeplejersken* vil gerne høre, hvad du ville gøre, hvis ... Læs historien nedenfor og send dine overvejelser til: redaktionen@dsr.dk senest tirsdag den 18. juli kl. 12.00. Det må højst fylde 1.000 tegn uden mellemrum. Husk at oplyse navn og arbejdssted. Redaktionen bringer et udvalg af svarene i næste nummer af *Sygeplejersken*.

Dømt ude

Der ligger en gul mand i sengen, det er *Niels*. Han står i afdelingens uofficielle gengangerkartotek opført som "Niels E. Madsen, 43 år, alkoholmisbruger siden 17-årsalderen." Niels har været indlagt et utal af gange på medicinsk og kirurgisk afdeling med alt fra "ondt i bugspyttens" til leverkoma.

Niels er en nøjsom mand. Bare han kan blive af med sine smerter, er han tilfreds. I hylden under sengebordet står to uåbnede Bjørne-bryg, og der ligger en krøllet avis under sengen. Niels overnatter normalt på en bænk sammen med et par andre hjemløse og Pluto, en labrador, han har haft i syv år.

Ruth har aftenvagt. Hun er sygeplejerske og ønsker egentlig at behandle alle patienter ordentligt, men alkohol og alkoholmisbrug har hun det svært med. Det samme gælder *Gretha*, social- og sundhedsassistenten, hun er i vagt med. Da de læser i rapporten, at Niels er indlagt, sukker *Ruth* højlydt. "Åh nej, så er det tid til hundepoter på dynen."

Da *Ruth* og *Gretha* kommer ind på stuen, hyggesnakker de med *Niels*' medpatient. Alle morer sig, og *Niels* forsøger at komme ind i samtalen:

"Kom herhen piger, jeg giver sgu en Bjørnebryg," siger han.

"Nej, ellers tak," lyder det spidst fra *Ruth* og *Gretha*, som forlader stuen i en fart.

Hvordan ville du svare Niels?



Dilemma fra Sygeplejersken nr. 12

Da hjemmesygeplejersken en aften kommer til *Howard P.*'s hus, møder hun ham nydeligt påklædt på vej ud ad døren. Han har en aftale med en intimmasøse.

Tal med ham

Hjemmesygeplejersken vælger at invitere *Howard* til en samtale omkring hans indre parathed. Hun er klar over, at hun hverken skal tale uden om eller invadere *Howards* følelses- og underliv. Sygeplejersken anvender De Sygepleje-etiske Retningslinier om mod og omtanke (1.3). *Howard* kan være usikker på sin seksualitet og dermed være meget sensitiv over for hendes reaktioner. Sygeplejerskens egen parathed til at tale om seksuelle temaer og hendes accept af ældres seksuelle udfoldelser er betydende for samtaleforløbet. Kærlighed har ingen rynker. Kærlighed og lyst til sex kan nydes hele livet – og kan opstå hele livet, uafhængigt af alder; men kærlighed, ømhed og omsorg behøver ikke at have sammenhæng med sex. Så måske

stiller hun *Howard* spørgsmålet om, hvad han gerne vil have hos damerne.

Susanne Ardaahl, sygeplejelærer på Social- og Sundhedsskolen i Brøndby, medlem af Sygeplejeetisk Råd.

Ring efter den taxa

Sygeplejersken bør tage sig sammen, holde op med at være "snerpet" og se at få ringet efter den taxa til *Howard*. Vores sygeplejestand skal ikke blande sig med kvælende omsorg, når vitale klienter, "som helt og fuldt er i stand til at bestemme over deres eget liv," beder om hjælp til at føre deres planer ud i livet.

Hvorfor skal sygeplejersken overveje "næste træk" og "tale forsigtigt" til *Howard*, han virker hverken vægelsindet eller skrøbelig. Han er bare en voksen mand, der vil dække sit seksuelle behov. Det er ikke op til sygeplejersken at bedømme en voksen og velfungerende mands dispositioner.

Hvor herligt, at *Howard* har klædt sig så nydeligt til sit besøg hos "damen."

Det eneste dilemma kunne være syge-

plejerskens opgave, som er medicindosering og ikke taxabestilling, men det er en akut situation, og jeg mener, at handlingen er nødvendig.

Sabine Asferg, sygeplejerske, pædagogisk psykologisk diplomstuderende ved CVU Sønderjylland.

God fornøjelse

"Pas godt på dig selv og rigtig god fornøjelse."

Det er under ingen omstændigheder sygeplejerskens opgave at blande sig i *Howards* gøren og laden. Der er heller ikke så meget at rådgive en herre i den alder om, når han fuldt og helt er i stand til at bestemme over sit liv. Desuden efterspørger *Howard* ikke gode råd, kun hjælp til at bestille en taxa.

Det er en sygeplejerske, *Howard* har i sit hjem, ikke en barnepige. Hendes egne moralbegreber er ikke relevante at fremføre.

Anne Grethe Hoffmann, sygeplejerske, ansat på Sankt Lukas Hospice.

Empowerment. Kvinder og mænd har vidt forskellig tilgang til livet som patient med længerevarende psoriasis, viser en mindre undersøgelse. Bl.a. derfor skal undervisning og vejledning til patienterne tilpasses individuelt.

At leve med ondt i huden

I dermatologien har vi i de senere år sat mere og mere fokus på patientundervisning og vejledning til patienter med kroniske hudsygdomme.

Såvel de medicinske faggrupper som patienterne fremhæver ofte betydningen af empowerment – at sætte patienten i stand til at udøve kontrol over sin situation – i behandlingen af psoriasis (1,2,3) (se boks 1 og 2 side 38 og 41).

Det har vist sig at være vigtigt at give patienten med psoriasis mulighed for at kunne tage psykosociale problemer op som et led i at øge patientens mestringsevne (4,5). Patienten bør i den forbindelse have mulighed for en konsultation hos en sygeplejerske med specialviden (6,7,8). Yderligere har en nyere undersøgelse vist, at patienterne mener, at sygeplejespecialister bør deltage i uddannelse af medicinstuderende, når de får undervisning i psoriasis (3).

►► BOKS 1. FAKTA OM PSORIASIS

Psoriasis er en kronisk, inflammatorisk og non-infektøs hudsygdom. Sygdommen er arveligt betinget og findes hos ca. 2 pct. af befolkningen.

Psoriasisforløbet er uforudsigeligt, sygdommen dukker op i kortere eller længere perioder og kan variere meget i sværhedsgrad og udbredelse.

Sygdommen ses lige hyppigt hos mænd og kvinder. Den starter oftest i 15-30-års-alderen, men ses i alle aldre.

Der findes forskellige former for psoriasis, men mest typisk er *psoriasis vulgaris*, karakteriseret ved skarpt afgrænsede, højrøde, infiltrerede elementer (plaques), som er dækket af tykke stearinagtige skæl. Elementer kan opstå hvor som helst på kroppen og kan variere fra få pletter på albuer og knæ til, at psoriasis dækker hele kroppen. De hyppigste gener er kløe, smerter, at huden dryser med skæl, og at sygdommen er synlig.

Livskvaliteten afhænger ikke nødvendigvis af psoriasisudbruddets størrelse. For nogle patienter kan få pletter være lige så invaliderende som psoriasis over hele kroppen.

Psoriasis underkendes ofte som socialt invaliderende og psykisk belastende sygdom.

Sygeplejerskerne på Dermatologisk afdeling på Bispebjerg Hospital besluttede i 2002 at sammenfatte vores viden om og erfaring med at behandle patienter med psoriasis i en "Guideline til sygeplejersker om behandling, undervisning og vejledning af patienter med psoriasis."

I forbindelse med dette arbejde og på baggrund af erfaringer fra undervisning og vejledning af patienter med atopisk dermatitis begyndte vi at forholde os kritisk til måden at undervise og vejlede på.

Vores guideline var blevet til ud fra et sygeplejersperspektiv, så vi blev nysgerrige efter at finde ud af, hvordan psoriasispatienten mestrer sin sygdom, og hvad han/hun selv oplever som vigtigt i forhold til undervisning og vejledning.

Det er ikke nødvendigvis sikkert, at erfarne dermatologiske sygeplejersker er opmærksomme på, hvad der i situationen er vigtigst for patienten. Enkelte undersøgelser inden for andre områder har vist ringe overensstemmelse imellem sundhedspersonalets og patienternes opfattelse af god sygepleje (9).

Fem tilfældigt udvalgte patienter blev interviewet og spurgt om, hvilke erfaringer de havde i forhold til at leve med en kronisk hudsygdom, og om hvilke behov og ønsker de havde for undervisning og vejledning. Patienterne blev udvalgt i dermatologisk ambulatorium i den tilfældige rækkefølge, som de blev set af en læge, under hensyntagen til at begge køn skulle være repræsenterede blandt interviewpersonerne.

Fem patienters svar skal selvfølgelig tages med det forbehold, at det er et meget lille materiale, og at man derfor skal være forsigtig med at generalisere konklusionerne. Imidlertid er der kommet flere udsagn frem under interviewene, som har overrasket os. Udsagn, som peger på, at vi skal udvikle den fremtidige undervisning og vejledning i retning af en mere individuel og patientstyret indsats.

Psoriasis påvirker mænd og kvinder forskelligt

Vi oplevede stor forskel på de interviewede mænd og kvinder. Kvinderne var meget følelsesmæssigt påvirkede i forhold til "hvordan ser jeg ud," – "er jeg en belastning," "hvad tænker andre."

De gik meget op i behandlingerne/smøringerne, at følge anvis-

ningerne og oplevede det som en stor belastning i dagligdagen. Der blev brugt megen energi på at skjule psoriasispletterne for omgivelserne. Derudover syntes kvinderne, at det var vigtigt med et netværk (familie, hospitalspersonale m.m.) og at kunne tale om problemerne dér.

På spørgsmålet om de følte sig syge, er det interessant, at det for nogle af kvinderne var hyppig kontakt til hospitalet/indlæggelse eller det at skulle tage medicin, der fik dem til at føle sig syge (de kan naturligvis også føle sig syge, når deres psoriasis er slem). Nogle beskrev, at de oplevede at få megen opmærksomhed på grund af deres hudsygdom. De ønskede ikke denne opmærksomhed. De ville bare være almindelige mennesker og ønskede at blive mødt som sådan. De kunne opleve sig selv som ulækre og usøgnede, som noget det ikke var pænt eller rart for andre at kigge på.

De mødte ofte folk, som trak sig, fordi de troede, at tilstanden smittede, fordi den ligner svamp eller ser væmmelig ud. Nogle mødte forståelse og anerkendelse fra deres omgivelser, men ikke alle turde tro på det.



Mændene ønskede ikke at gøre en sag ud af at have psoriasis, de bagatelliserede det og talte ikke meget med andre om det. De brugte langt mindre tid og energi på behandlingen, det handlede mest om at få det overstået. De oplevede ikke på samme måde livet som besværligt.

Mændene adskilte i langt højere grad deres psoriasis fra dem selv som person. De havde ikke et negativt selvbillede og følte sig ikke syge.

De interviewede, både mænd og kvinder, angav alle at være fysisk påvirkede af deres psoriasis, hovedsagelig i form af smerter, skæl og træthed. Det blev overraskende tydeligt gennem interviewene, at smerte i huden fylder meget hos psoriasispatienterne.

Patienten som ekspert

To af de kvindelige interviewpersoner kom ind på dette emne. De vidste en del om sygdommen og behandlingen, og især hvordan det passede ind i deres liv. De havde haft psoriasis i mange år og oplevede sig selv som eksperter. Alligevel oplevede én af kvinderne ikke at blive respekteret.

Hun måtte bruge ekstra energi på at holde fast i eget ønske og mande sig op til at sige fra, når lægen ordinerede en ny behandling.

Kvinderne fortalte, at psoriasis påvirkede deres seksualliv, og én havde opgivet at finde en partner. Det var for svært og for grænseoverskridende.

Mændene kom ikke ind på dette emne. Direkte adspurgt om de ville tage imod et tilbud om at tale om deres seksualliv, svarede tre patienter, at det ønskede de ikke.

Hverdagsliv

Interviewpersonerne reagerede meget forskelligt og havde et meget forskelligt hverdagsliv med psoriasis. Afhængigt af sværhedsgraden af psoriasis havde lidelsen for kvinderne gennemgående stor indflydelse på dagligdagen.

Ud over den følelsesmæssige påvirkning brugte de meget tid på behandling og ville gerne gøre det korrekt. Det daglige tidsforbrug på behandling var fra en halv til fire timer alt efter sygdommens sværhedsgrad.

Denne tid blev brugt på bad, smøring, makeup og at sætte hår. De sværest ramte følte sig hæmmede

i forhold til seksualliv, tøjvalg og tildækning, ikke at kunne have hænderne i vand, ikke at kunne nyde alkohol pga. medicinsk behandling m.m. Svær grad af psoriasis kunne invalidere personens liv.

Fælles for både mænd og kvinder var, at de alle havde dage eller perioder, hvor de ikke behandlede sig.

At behandle/smøre sig bliver langtfra altid gjort efter vores anvisninger, der bliver holdt smørefridag, der bliver sprunget ▶

“Overordnet bekræfter vore resultater vigtigheden af at møde mennesket med psoriasis som ekspert i sit eget liv.”

- ▶ over, man orker ikke og lader psoriasis være psoriasis i kortere eller længere perioder.

Ønsker til information, undervisning og vejledning

Erfaringer og oplevelser med information, undervisning og vejledning var præget af, at de interviewede har haft psoriasis imellem 10 og 35 år. Dvs. at de havde en del erfaring at henvise til, og flere syntes ikke, at de havde brug for undervisning nu.

Når vi ser på patienternes ønsker og behov, var de meget forskellige både i form og indhold.

Fire ud af de fem interviewede mente nok, at gruppeundervisning kunne være en mulighed, men direkte adspurgt ville de ikke deltage, hvis tilbuddet var der. En patient var positiv over for gruppeundervisning, hvis den handlede om sygdommen, hvad der sker i huden og de mest almindelige behandlinger, og hvad der er belæg for.

Som svar på, hvad gruppeundervisning kunne indeholde, havde de interviewede følgende forslag:

- Der skulle være fokus på emnerne og ikke på patienten
- Emnerne skulle være konkrete, f.eks. sygdommen psoriasis, hvad sker der i huden, behandlingstilbud, hvordan bruge cremer, nedtrapning af hormoncremer, nye behandlingsformer, ny forskning.

Alle interviewpersonerne mente, at individuel undervisning og vejledning var en rigtig god idé. Her var det vigtigt, at der blev givet tid til, at informationerne blev givet ordentligt, og til at lytte og forstå, hvad der lige nu fyldte i forhold til sygdommen. Det var vigtigt, at informationerne blev fulgt op af praktisk demonstration

Flere udtalte, at de foretrak vejledning af en sygeplejerske, bl.a. fordi der var mere tid, og fordi det kunne foregå under behandlingen.

De interviewede havde forskellige erfaringer og meninger om at blive informeret og vejledt af en læge. En patient oplevede, at han ingen information modtog fra lægen, medmindre han havde noget specielt at spørge lægen om. Flere patienter oplevede ikke at have modtaget skriftlig information af lægen.

Mundtlig information blev af de fleste patienter opfattet som en god ting, idet der kommer flere nuancer med, men mundtlig



information kan ikke stå alene. Det bør følges op med skriftligt materiale. En patient udtalte, at det var vigtigt, at mundtlig information gives af den samme person. En enkelt patient fortalte overraskende, at han ikke kunne læse, og derfor ikke kunne bruge den skriftlige information, som han havde fået udleveret.

Flere af de interviewede benyttede sig af internettet, hvor de bl.a. hentede oplysninger om nye behandlinger på forskellige web-adresser som Psoriasisforeningen og Netdoktor. Men oplysningerne kunne ikke stå alene.

Lægemiddelkatalog og lærebøger blev nævnt som ringe kilder til information, men video blev nævnt som en mulighed.

Patienternes behov for konkret viden og information var ikke så stort, som vi havde forventet. De ønskede viden om nyeste behandlingsformer samt leveregler, dvs. noget de selv kunne gøre.

I behovet for information skelnede interviewpersonerne imellem, om psoriasis-sygdommen er nydiagnosticeret, eller om man har haft hudsygdommen i mange år.

For de nydiagnosticerede er det vigtigt at få en forståelse for, at psoriasis er en kronisk hudsygdom, at sygdommen ikke kan helbredes, men at det er muligt at leve et normalt liv, og at der er mange andre, der har den samme hudsygdom. Det er også vigtigt at få hjælp til at tackle vanskelige situationer, f.eks. hvis folk tror, at sygdommen smitter og derfor trækker sig.

Derudover ønsker patienterne fakta, som f.eks. hvad psoriasis er, hvad årsagen til sygdommen er, hvilke behandlingsmuligheder der findes, cremer og bivirkninger, oplæring i behandlingerne.

En af patienterne gør opmærksom på, at når man får et nyt udbrud, er det vigtigt, at der bliver taget hånd om det, som var det første gang (årsag til udbrud, hjælp til behandling osv.).

Større forståelse

Interviewene har givet os en større indsigt i den enkelte psoriasispatients liv og dermed en større forståelse af, hvad det er for et menneske, vi har foran os. En forståelse, som vi ser som en nødvendighed for at give en god sygepleje. F.eks. er vores nuværende sygepleje overvejende centreret omkring at vurdere huden og graden af psoriasis.

I interviewene kom adskillige oplysninger frem, som var overraskende selv for os som specialister på området.

Interviewpersonerne understregede for os, at smerter i huden kan være et stort problem. Det er et problemområde, der skal fokuseres mere på for at kunne hjælpe patienten bedst muligt.

Interviewene viste, hvor stor en forskel der er imellem mænd og kvinder i deres tilgang til det at leve med psoriasis. I det hele taget illustrerede interviewene forskelligheden i patienternes liv, hvordan de agerer med sygdommen, og hvilke problemer de har. En forskellighed, som vi skal have for øje i undervisning og vejledning (se boks 3).

De fleste af interviewpersonerne foretrækker individuel vejledning frem for gruppeanser. I litteraturen har undervisning og vejledning af psoriasispatienter i selvhjælpsgrupper været anbefalet (2,10). Imidlertid har det ikke været beskrevet, hvorvidt disse strategier er baseret på en kortlægning af patienternes egne formulerede interesser. Resultaterne fra vores lille undersøgelse understøtter ikke, at vejledningen til patienter med længerevarende psoriasis bedst foregår gruppevis. Ønsker om og behov for undervisning og vejledning er meget individuelle.

Interviewene bekræftede vores fornemmelse af, at patienterne langt fra altid behandler sig efter vore anvisninger. Det kan yderligere være et argument for, at undervisning og vejledning bedst foregår individuelt, så sygeplejersken sammen med patienten kan udforske årsagerne og dermed kan være med til at støtte og guide patienten til empowerment.

Overordnet bekræfter vore resultater vigtigheden af at møde mennesket med psoriasis som ekspert i sit eget liv. Dette er i tråd med begrebet "Guidet Egenbeslutning," som betegner en samarbejdsmodel imellem sygeplejerske og patient til brug for undervisning og vejledning af patienter med kroniske lidelser (11). Det er en stor udfordring for sygeplejersken at finde ud af, hvilken person hun står over for, og hvilke behov personen har for undervisning og vejledning. Kort sagt: At tage udgangspunkt i patienten og ikke først og fremmest i sin egen viden.

*Ingelise Randbøll er klinisk sygeplejespecialist på Dermatologisk ambulatorium, D40, Bispebjerg Hospital.
ingelisera@ofir.dk*

*Charlotte Borg var ansat som klinisk sygeplejespecialist på Dermatologisk afdeling på Bispebjerg Hospital, da undersøgelsen blev udført. Hun arbejder nu på Børnepsykiatrisk afdeling på Bispebjerg Hospital.
charlotteborg@ofir.dk*

Litteratur

- Hanifin JM, Tofté SJ. Patient education in the long-term management of atopic dermatitis. *Dermatol Nurs* 1999; 11(4), 284-89.
- Faber EM, Alto P. Total care of psoriasis. *Cutis* 2000; 5, 318.
- Alahafi A, Burge S. What should medical students know about psoriasis. *BMJ* 2005; 330, 633-36.
- Kirkevoild M. Toward a practice theory of caring for patients with chronic skin disease. *Sch Inq Nurs Pract* 1993; 7(1), 37-57.
- Ginsburg IH. Coping with psoriasis: A guide for counseling patients. *Cutis* 1996; 57, 323-25.
- Watts J. Update: Psoriasis. *Prof Nurse* 1999; 14(9), 623-26.
- Gradwell C, Thomas KS, English JSC, William HC: A randomised controlled trial of nurse follow-up clinics. *Br J Dermatol* 2002;147(3), 513-17.
- Riddoch C. The benefits of switching to nurse-led management of patients with psoriasis. *Prof Nurse* 2005; 20(5), 38-40.
- Ahlström G, Hansson B. A model for supporting the patient's coping with illness. *Vard Nord Utveckl Forsk* 2000; 57(20), 34-38.
- Faber EM, Nall L. The office visit and the self-help concept in treating the patient with psoriasis. *Cutis* 1993; 51, 236-40.
- Zoffmann Knudsen V. Guidet egenbeslutning. Foredrag på Landskursus for Dermatologiske Sygeplejersker 2005. http://www.sygeplejersken.dk/dsr/upload/7/64/400/Guided_egenbeslutning.pdf

►► BOKS 2. FAKTA OM BEHANDLING

Behandlingstilbuddene er forskelligartede og kan kombineres på mange måder. Nogle af de mest almindelige behandlinger, sygeplejerskerne giver i ambulatoriet, er:

- lysbehandling, hvor patienten får lys i et behandlingssolarium. Behandlingen gives typisk 3 x ugentlig i op til 4-8 uger
- behandlingsbade f.eks. tjærebade, som typisk gives 3 x ugentlig i op til 3-5 uger
- lokal behandling med steroidcremer og okklusionsbehandling
- systemisk behandling som tablet eller injektion
- biologisk behandling, hvor patienten oplæres i injektionsteknik.

Ud over lokal behandling vil patienten modtage undervisning og vejledning i behandling og pleje af huden, forebyggelse og livsstil. Den understøttes med diverse skriftlige patientinformationer. Det er dog i dag svært at sige præcist, hvilken undervisning og vejledning psoriasispatienten modtager, da den foregår usystematisk og afhænger af den enkelte sygeplejerskes kompetence.

►► BOKS 3. 10 GODE RÅD

10 gode råd fra patienten til sygeplejersken og lægen om psoriasis og undervisning:

- Valgfrihed mellem forskellige undervisnings- og vejledningsformer (individuel/gruppe, mundtlig/skriftlig/video)
- Tilbud fra sygeplejerskerne om individuel undervisning og vejledning og mulighed for at få demonstreret behandlingen i praksis
- Oplysning om, hvilke emner sygeplejersken kan vejlede i
- Lægen skal give sig god tid til at informere om diagnose og behandling
- I mødet med flere sygeplejersker er det vigtigt, at de siger det samme
- Mundtlig information og vejledning bør følges op af skriftlig information
- Hjælp og støtte til selv at have kontrol over sin sygdom
- Mulighed for at kunne opsøge sygeplejersken ved behov, f.eks. via telefonrådgivning
- Hjemmebesøg for at undgå sygeliggørelse
- Information om nyeste behandlingsformer.

Kompressionsdamer forebygger venøse bensår

Effektiv forebyggelse. Rudkøbing Kommune har uddannet to social- og sundhedsassistenter til "kompressionsdamer." Sammen med nye arbejdsgange sikrer de, at borgere med risiko for venøse bensår får og kan finde ud af at bruge de rette kompressionsstrømper. Livskvalitet og økonomi går nu op i en højere enhed.

I mange år har det været kutyme i Rudkøbing Kommune, at borgerne gik til den lokale forhandler af kompressionsstrømper med bevillingen i hånden, når deres læge havde ordineret kompressionsstrømper på grund af venøs insufficiens. Hos forhandleren fik borgeren taget mål og udleveret strømperne.

Forretningens åbningstid og borgerens mulighed for at komme til byen gjorde det besværligt at få taget mål til kompressionsstrømperne på det optimale tidspunkt, dvs. om morgenen inden borgeren står op, eller efter at borgeren har ligget ned en time. Da strømperne blev solgt i en forretning i stedet for direkte fra grossisten, var det ekstra dyrt for kommunen. Ikke mindst manglede den faglige vejledning og opfølgning af borgerens forståelse for at forebygge venøse bensår.

I 2003 blev vi enige om at uddanne to social- og sundhedsassistenter til "kompressionsdamer." Ingen af sygeplejerskerne ønskede hverken dengang eller nu at påtage sig opgaven.

I samarbejde med sygeplejersken i vores grossistfirma, blev social- og sundhedsassistenterne oplært i måling af doppler, i at tage mål til kompressionsstrømper og om indikationer og kontraindikationer for at bruge kompressionsstrømper, faresignaler osv. Sygeplejersken i grossistfirmaet har været en stor støtte under ændringen af arbejdsrutinerne.

Måling af doppler skulle udelukkende betragtes som et hjælpemiddel til diagnosticering af borgerens sår i de tilfælde, som ender i hjemmeplejen, uden at der foreligger en konkret diagnose. Måling af doppler skete for at sikre en korrekt behandling samt en evt. drøftelse af en ændring af den praktiserende læges ordination.

Jeg informerede byens læger om den nye arbejdsgang i kommunen og bad dem sikre, at alle borgere, der fik bevilling på kompressionsstrømper, havde fået foretaget en dopplerundersøgelse, hvorved arbejdsgangen blev lettere betydeligt. Desuden bad jeg dem om at diagnosticere alle sår, der blev videresendt til behandling i hjemmeplejen. Enkelte af lægerne anskaffede sig hurtigt dopplerudstyr, og andre benyttede sig af muligheden for med dags varsel at få foretaget dopplerundersøgelsen på det lille og nu nedlagte lokale sygehus.

I nogle tilfælde har det været lidt svært at få disse rutiner på plads, særlig i de tilfælde, hvor borgeren i første omgang henvender sig til egen læge, som sender dem videre til kommunen for at søge om kompressionsstrømper. Det betyder i praksis, at sagshandleren for hjælpemidler skal anmode patientens læge om en

status for at kunne vurdere behovet, før bevillingen kan gives. Det er både fordyrende og langsommeligt, idet der kan gå fire uger, før borgeren får en bevilling. Det ville svare til, at en læge, der ser et behov for f.eks. digoxin, sender borgeren på apoteket uden recept, hvorefter apoteket så skal sende borgeren tilbage til egen læge for at få recepten. De praktiserende læger får penge for at lave en status, som kommunen anmoder om, hvorfor det stadig finder sted i enkelte tilfælde.

Sagsgangen

Borgerens egen læge sender en anmodning om bevilling af kompressionsstrømper til kommunens sagsbehandler, når han har vurderet, at patienten har behov derfor. På anmodningen oplyses om kompressionsklasse og strømptype, og ofte er dopplerresultatet oplyst som dokumentation for ordinationen. Når der foreligger en bevilling – normalt inden for en uge – sender sagsbehandleren bevillingen til de to social- og sundhedsassistenter, der under normale forhold tager mål til alle kompressionsstrømper i kommunen. En af social- og sundhedsassistenterne ringer til borgeren og aftaler tid for måltagningen. Det foregår enten på sengekanten om morgenen, eller efter at borgeren har ligget ned i en time.

Social- og sundhedsassistenten medbringer en strømpetaske med alle gængse størrelser og modeller. Når der er taget mål, udleveres et par kompressionsstrømper, som borgeren skal tage på med det samme for at sikre, at den passer. Samtidig kontrolleres, at borgeren selv kan tage strømpen af og på, evt. med hjælpemidler. Bevillingen sendes til grossistfirmaet, som derefter sender et par strømper til borgeren og et par til hjemmeplejen som erstatning for dem, der blev udleveret.

Hvis en borger skal have nye strømper på en tidligere bevilling, aflægger social- og sundhedsassistenten besøg efter anmodning fra sagsbehandleren, som borgeren har henvendt sig til. Social- og sundhedsassistenten foretager en dopplerundersøgelse for at sikre, at problemet fortsat er af venøs karakter. Resultatet indføres i journal.

Til venøse bensår benytter vi ofte en flerlagsforbinding, men altid efter en dopplerundersøgelse. Hvis hjemmesygeplejersken mener, der er indikation for kompressionsbehandling med en flerlagsforbinding, tilkalder hun social- og sundhedsassistenten, som udfører undersøgelsen akut.

Hvis patientens læge ikke har ordineret kompressionsbehand-

“Vi er overbeviste om, at den nye arbejdsgang resulterer i mere effektiv forebyggelse af venøse bensår”

hvis der er behov for specialsyede strømper pga. benenes facon eller ved lymfeødem.

Lettere arbejdsgang

Efter en indkøringsperiode er arbejdsgangen blevet betydeligt lettere. Tidligere var hjemmeplejens personale ofte blandet ind i problemer med kompressionsstrømper, som de ikke havde forudsætninger for at løse. Vi havde også en formodning om, at for mange borgere ikke benyttede de korrekte kompressionsstrømper. Når borgeren skulle have fornyet sine strømper, og social- og sundhedsassistenten trak de nye strømper på, klagede borgeren over, at de var alt for stramme. Det har ikke sjældent vist sig, at de gamle strømper var en klasse 1-strømpe, selvom der var ordineret en klasse 2-strømpe.

Vi er overbeviste om, at den nye arbejdsgang resulterer i mere effektiv forebyggelse af venøse bensår. Med den nye arbejdsrutine er vi også sikre på, at ingen borgere får ordineret kompressionsstrømper og tilsendt bevilling, som de på grund af sygdom eller alder ikke overskuer at få gjort noget ved. Det vil på sigt betyde færre venøse bensår i kommunen og dermed mindre arbejdsbyrde og bedre økonomi.

*Gitte Maj Engen er ansat i Voksenforvaltningen i Rudkøbing Kommune.
ge@rudkom.dk*

ling og måske endda ikke ved, at patienten har et sår, drøfter vi dopplerresultatet med lægen, og i allerfleste tilfælde ordinerer lægen kompressionsbehandling med dopplerresultatet og sygeplejerskens observationer som dokumentation. Efter ophealing af såret vil der altid være behov for kompressionsstrømper, men så er borgeren allerede inde i systemet og vil automatisk blive fulgt op.

Ved blandingssår eller hos diabetikere aftaler social- og sundhedsassistenten det videre forløb med lægen. Det kan f.eks. være måling af tåtryk, duplexscanning eller blot at benytte en klasse 1-strømpe i stedet for en klasse 2-strømpe. Det samme gælder,

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Engen GM. 'Compression ladies' prevent venous leg ulcers. *Sygeplejersken* 2006;(13-14):42-3.

In one Danish municipality, two social and health assistants have been trained to perform Doppler examinations, assess needs and take measures for elastic compression stockings. In cooperation with general practitioners and the Office for Aids and Equipment ("Hjælpemiddelkontoret"), the work process has been made more effective. Compression treatment is now often prescribed on the basis of the Doppler ranging carried out by a social and health assistant and of the observations carried out by a nurse, and the responsibility for the prevention and treatment of venous leg ulcers mainly lies within the field of home care.

Handlingsplan. Mange flotte strategier er alt for hurtigt blevet lagt i skuffen og aldrig brugt som en vejviser til et mål.

Udfordringen

er at lave en strategi, der bliver fulgt

Udvikling af sygeplejen skal føre til, at patienterne oplever sygepleje på et højt professionelt niveau. Det er det overordnede mål i strategien for sygeplejens bidrag til forskning og udvikling ved de somatiske sygehuse i Vejle Amt. Det er imidlertid en målsætning, der involverer mange aktører og mange forskellige afdelinger, og derfor er det også en målsætning, der byder på store udfordringer.

Den første udfordring består i at sikre, at strategien bliver fulgt. Mange flotte strategier er alt for hurtigt blevet lagt i skuffen og aldrig brugt som en vejviser til et mål. Ingen fulgte op, opfølgningen var slet ikke tænkt ind i strategien, og der var ikke afsat ressourcer til opfølgning.

► ORDFORKLARING

Mission

Begrebet mission dækker en generel formulering af organisationens overordnede mål.

Strategi

En organisations retning og form for en sådan periode, at organisationen kan tilfredsstille sine interessenters forventninger og opnå fordele gennem anvendelse af sine ressourcer på løsning af omverdensopgaver (4).

Evidensbaseret klinisk praksis

Integration af individuel klinisk erfaring og kompetence med bedst tilgængelige kliniske evidens fra systematisk forskning ved beslutningstagning om sundhedsfaglige ydelser til en given patient. Sundhedsfaglige ydelser omfatter alle fagområder: medicin, kirurgi, sygepleje osv. (5).

En arbejdsgruppe har forsøgt at integrere disse overvejelser i strategien for sygeplejen i Vejle Amt.

Strategien skal være en vejviser

Skal en strategi være et redskab, der opleves relevant og brugbart, bør den indeholde en konkret og målbar handlingsplan med en tidsramme for implementering af delmål. I strategien lagde vi derfor vægt på, at handlingsplanerne skal opleves som væsentlige og vedrørende for den enkelte sygeplejerske og for afdelingen. Derfor kom handlingsplanen til at indeholde følgende overordnede emner:

1. Fokus på de mellem menneskelige værdier
2. Fokus på den kliniske sygepleje
3. Afprøvning af evalueringsmetoder
4. Netværksdannelse og virtuelt forum.

Inden for områderne mellem menneskelige værdier og klinisk sygepleje skal afdelingerne hvert år udpege nogle områder, de vil arbejde systematisk med.

I forhold til de mellem menneskelige værdier kan man f.eks. sætte fokus på anbefaling nummer 9 i "Patientens møde med Sundhedsvæsenet" (1), som er løbende dialog.

Afdelingen skal formulere, hvad de vil gøre for at sikre, at patienterne oplever en løbende dialog. I forhold til den kliniske sygepleje kan man f.eks. sætte fokus på forebyggelse af tryksår. I det tilfælde skal afdelingen formulere krav til, hvad plejepersonalet skal vide om forebyggelse af tryksår, og hvilken sygepleje de skal kunne udføre og dokumentere. Efterfølgende skal afdelingen undersøge, om det rent faktisk er den sygepleje, der udføres, og om patienten oplever og er tilfreds med sygeplejen.

For at sikre udveksling af ideer og fortsat motivation har vi i samråd med chefsygeplejerskerne besluttet, at strategien skal

Af Jette Ammentorp, sygeplejerske, cand.scient.san., Dorte Rørmann, klinisk kvalitetskonsulent, MI, Ann Dahy, oversygeplejerske, SD, Martha Lund, oversygeplejerske, cand.scient.san., Alice Kjeldsen, afdelingssygeplejerske, MHH, og Marianne Jensen, oversygeplejerske



ARKIVFOTO: DAVID TROOD/BAM/SCANPIX

De somatiske sygehuse i Vejle Amt har et overordnet mål i strategien for sygeplejens bidrag til forskning og udvikling. Udviklingen af sygeplejen skal føre til, at patienterne oplever sygepleje på et højt professionelt niveau.

følges op på to årlige temadage for ledende sygeplejersker og udviklingssygeplejersker ved amtets sygehuse. Arbejdsgruppen skal fortsætte som styregruppe for at sikre kontinuitet sammen med chefsygeplejerskerne. Styregruppen skal bl.a. stå for opfølgningen på to årlige temadage og have ansvar for at iværksætte og følge op på de to sidste punkter af handlingsplanen:

Afprøvning af evalueringsmetoder samt netværksdannelse og virtuelt forum.

Krav til sygeplejen

En forudsætning for at nå det overordnede mål er, at afdelingerne formulerer krav til sygeplejen og til plejepersonalets viden, ►

► færdigheder og dokumentation. Evalueringer skal sikre, at det udmøntes i praksis og opleves af patienten.

Vi har stor erfaring i oplæring og uddannelse af plejepersonalet, men knap så megen erfaring med evaluering af den kliniske sygepleje. Har plejepersonalet den viden og de færdigheder, som afdelingerne og specialerne efterspørger? Er de klædt på til at varetage opgaverne?

For at styrke indsatsen på dette område er der nedsat en arbejdsgruppe med ekspertise i evaluering til at udarbejde forslag til validerede evalueringsredskaber og efterfølgende afprøve dem i et eller flere pilotprojekter.

Skal en monofaglig strategi klare skærene og kunne implementeres i den kliniske hverdag, må den tilpasses virkeligheden i klinikken. En virkelighed, hvor samarbejdet med og omkring patienten i meget høj grad er tværfagligt. Derfor blev overskriften på strategien: Sygeplejens bidrag til kvalitetsudvikling og forskning. Strategien skal være en vejviser for sygeplejen, men tage afsæt i det udviklingsarbejde, der allerede er på dagsordenen i amtet (2,3). Strategien skal udstikke nye veje til at nå det samme overordnede mål. Den skal sætte fokus på det sygeplejefaglige bidrag til det samlede patientforløb og det tværfaglige samarbejde.

Sygeplejerskers erfaring med systematisk udvikling og forskning er kun i sin spæde start, men interessen er stor, og udbuddet af efter- og videreuddannelser er voksende. Sidste punkt på handlingsplanen blev derfor at oprette et amtsligt forum for forskningsinteresserede sygeplejersker. Det skal være et forum, som både fysisk og virtuelt kan støtte formelle og uformelle netværk, og et forum, hvor sygeplejersker kan søge vejledning og rådgivning til udviklings- og forskningsinitiativer eller få indsigt i aktuelle projekter, hvor der genereres ny viden og nye metoder. Et initiativ, der kan ruste sygeplejen til de fremtidige udfordringer i sundhedsvæsenet. Det virtuelle forum udvikles i samarbejde med Sygeplejerskolen i Vejle Amt og blev fra 1. januar 2006 tilgængeligt via hjemmesiden: <http://217.61.195.194/syglforsk/frame.htm>

Implementering af strategien

Strategien er sendt til høring i afdelingerne og godkendt af de ledende sygeplejersker. De ledende sygeplejersker skal efterfølgende sørge for at implementere de handlingsplaner, der er rettet mod den kliniske praksis.

Efter høringsfasen har strategien været præsenteret og drøftet på to temadage i amtet. På den ene temadag for ledende sygeplejersker og udviklingspsygeplejersker blev der arbejdet med barrierer for forandring og redskaber til forandring, og DaCapo Teatret bidrog med kreative input.

Strategien er blevet trykt og distribueret til afdelingerne og relevante samarbejdspartnere, lagt ud på www.sundhed.dk, beskrevet i det amtslige personaleblad og præsenteret i relevante fora i amtet.

Kort over vejen til målet

Betragter man strategien som et kort, der angiver en vej til et mål, har vi forsøgt at lave et kort, der viser hen til det, der i forvejen må være det overordnede mål for hver enkelt sygeplejerske (missionen). Hensigten har været at lave et kort, som var holdsvis let at forstå og nemt at følge. Kortene er distribueret bredt, så vi er sikre på, at alle, der skal være med til at vise vejen,

kender kortet og ved, hvordan det skal bruges. Vi har opdelt kortet i små etaper (delmål), så det er mere overskueligt, og så man hele tiden kan sikre sig, at man er på rette vej. Vi har lavet nogle mødesteder på vejen (temadagene), hvor vi alle kan stoppe op, se hvor langt vi er nået, udveksle ideer og inspirere hinanden til den næste etape. Endelig har vi etableret en lille gruppe af hjælpere (styregruppen), der mere overordnet holder øje med, at hele flokken bevæger sig mod målet, og som sørger for, at der løbende udvikles metoder og etableres netværk, som kan være en hjælp til dem, der er på vej.

Vi har ingen garanti for, at der ikke er nogen, der går i stå eller vælger en anden vej. Men vi har indbygget en garanti for, at der bliver fulgt op, og en garanti for, at det er en strategi, der ikke kan gemmes væk.

*Jette Ammentorp er ansat i Vejle Amt og tilknyttet Børneafdelingen, Fredericia og Kolding Sygehus som ph.d.-studerende.
ammentorp@tdcaadsl.dk*

Dorte Rørmann er ansat på Enhed for Klinisk Kvalitet, Vejle Amt.

Ann Dahy er ansat på Onkologisk Afdeling, Vejle Sygehus.

Martha Lund er ansat på Organkirurgisk Afdeling, Vejle Sygehus.

Alice Kjeldsen er ansat i Dialysen, Fredericia og Kolding Sygehus.

Marianne Jensen er ansat på Medicinsk Afdeling, Horsens Brædstrup Sygehus.

Strategi for sygeplejens bidrag til udvikling og forskning ved de somatiske sygehuse i Vejle Amt år 2005-2006 kan læses på: http://www.sundhed.dk/Images/alle/amt_vejle/va_strategiplan_2005.pdf

Litteratur

1. Patientens møde med Sundhedsvæsenet. De mellem menneskelige relationer – anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet. Kvalitetsafdelingen Århus Amt 2003.
2. Strategi for Sundhedstjenesteforskning i Vejle Amt. Sundhedsforvaltningen, Vejle Amt 2003.
3. Handlingsplan for kvalitetsarbejdet i Sundhedsvæsenet i Vejle Amt frem mod 2007. Vejle Amt 2004.
4. Gordon S. From silence to voice. Canadian Nurses Association. Cornell University Press Ottawa 2000.
5. Grundlag og metoder for måling, dokumentation og forbedring af sygeplejefaglig kvalitet. Sygeplejefaglig klaringsrapport. København: Dansk Sygeplejeråd 2002.

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Ammentorp J, Rørmann D, Dahy A, Lund M, Kjeldsen A, Jensen M. The challenge is to create a strategy that is going to be followed. *Sygeplejersken* 2006;(13-14):44-6.

It is the aim of this new strategy which is focused on the contribution of nursing care to development and research in somatic hospitals in the Region of Vejle that the nursing care experienced by all patients is highly professional. This article describes how the strategy is formed as a practical tool that shows the way to the goal. This is created: through the preparation of an action oriented and measurable strategy; by giving the strategy a relevant and pertinent content; by adapting the strategy to those activities that have already been implemented in the individual units; and by ensuring that the strategy is followed up all the way through, from start to finish.

En afdelingssygeplejerske fortæller

Vibeke Krøll, Anne Birthe Garde, Trine Madsen

Filmen om LE-DEL-SE set med en afdelingssygeplejerskes øjne

Skejby Sygehus 2006

Varighed ca. 20 minutter, kan gratis rekvireres på 8949 5007

Ledelse er en proces, som foregår i samspil med andre mennesker ...

Spændende, jeg putter med stor forventning cd-rommen ind i min computer en sen eftermiddag, hvor der er stille på kontoret. Støjen fra trafikken fortoner sig, jeg skærper min koncentration og håber, at der kommer ny viden ud til mig som afdelingssygeplejerske i et stort sengeafsnit.

Jeg ledes straks, uden nogen form for præsentation, ind på en hospitalsafdeling. Her møder jeg en afdelingssygeplejerske, som fortæller om og demonstrerer det at være leder af sygeplejen. Der skiftes mellem situationer fra praksis, alle sammen på sygeplejekontoret, og interview, hvor hun redegør for sine overvejelser.

Jeg føler mig lidt skuffet, da den slutter. Der kom ikke noget frem, som jeg ikke allerede vidste. Jeg er ikke uenig med afdelingssygeplejersken i det, hun siger, men emnerne berøres kun ganske overfladisk, og jeg får desværre ikke mange indtryk fra praksis.

Jeg tror bestemt, at afdelingssygeplejersken både er en dygtig og kompetent leder, men hvordan hendes velovervejede handlinger påvirker praksis, får jeg ikke indtryk af.

Det svære er ikke at udtale sig om, hvordan virkeligheden bør være, men at demonstrere det.

Cd-rommen varer knap 21 minutter, hvilket virker passende i forhold til dybden.

Det er uklart for mig, hvad formålet med denne cd-rom er.

Om den er tænkt som diskussionsoplæg om ledelse eller inspiration til andre afdelingssygeplejersker?

Afdelingssygeplejersken (hvis navn jeg ikke præsenteres for, ligesom afdelingen heller ikke præsenteres) kommer ind på mange relevante områder i forhold til det at være leder i sygeplejen.

F.eks.

- Lederens rolle som den, der skaber orden i kaos.
- Retten til at være den, som bestemmer, eller den, som vælger, at andre må bestemme.
- At man som leder skal kunne trives med forstyrrelser.
- At man er den, som vurderer den enkelte sygeplejerskes kompetence og planlægger plejen ud fra det.
- At det er en fordel at kende specialet for at kunne guide den enkelte sygeplejerske.
- At det er vigtigt at gå foran ved forandringer. At være den, som efterspørger forandringer. At være den, som tager initiativ.

Jeg sidder tilbage og tænker: Hvorfor har man valgt netop denne afdeling, har den frembragt nogle gode resultater? Har afdelingssygeplejersken særlige evner, som man gerne ville fremhæve?

Da formålet ikke er tydeligt for mig, er det svært at sige, om cd-rommen når den målgruppe, den henvender sig til.

Hvis jeg alligevel skal anbefale, hvordan den kan finde anvendelse, må det være som visuel inspiration i forbindelse med en diskussion om ledelse i sygeplejen.

Af Rie Jackson,
afdelingssygeplejerske,
Klassisk thoraxkirurgisk
afdeling, Rigshospitalet.

Afmystificering af supervision

Henrik Wengel
Supervision i grupper

København: Dansk
Psykologisk Forlag, 2005.

184 sider, 248 kr.
ISBN: 87-770-7456-9

Supervision er en aktivitet, der skaber plads til det, man ellers er alene med. Som gør en jedgevne til en vi-opgave. Metoden, der introduceres her, er velegnet til individuel supervision i grupper for tværfagligt personale ansat ved dag- og døgninstitutioner. Alle faser i supervisionen gennemgås grundigt i et tydeligt og letforståeligt sprog. De mange illustrative eksempler sætter teori og praksis sammen på en indbydende måde.

Henrik Wengel skriver bl.a., at når man arbejder med andre mennesker, påvirkes man. Belastende oplevelser slider på medarbejderen. Gennem bearbejdning forebygges slitage og udbrændthed.

Den, der giver supervision (supervisor), vil ideelt være én, der har stor faglig indsigt, styr på sig selv, relevante færdigheder i at supervisere og er i stand til at formidle dem.

Det kræver mod at modtage supervision, da man kommer i kontakt med uvante følelser og reaktioner og opdager, hvor krævende det er at udtrykke sig forståeligt.

Det er en arbejdsmetode, der søger at give optimale muligheder for virksomme processer i samspillet mellem supervisand, observatører og supervisor. Supervisor har ansvaret for, at regler defineres og opretholdes.

Supervisor superviserer et af gruppens medlemmer (supervisanden) foran de andre medlemmer uden tilstedeværelse af klienter. Supervisionen foregår med udgangspunkt i supervisandens egen fremstilling af sagen.

Wengels teoretiske indfaldsvinkler bygger for problemafklaringens del på klientcentreret praksis og teoridannelse, og for problemformuleringen og problemløsningens del på en mere systemorienteret praksis.

Det vil sige, at supervisandens oplevelse gengives respektfuldt af observatører og supervisor. Ved at bruge supervisandens egne ord udforsker han/hun sin oprindelige oplevelse, motiveres til at bearbejde den og se på den fra nye vinkler.

Det, supervisand og observatører lærer i denne supervisionsmodel, er yderst brugbart i sociale sammenhænge i hele personalegruppen. Man trænes i at høre, hvad den anden siger, og i at være undersøgende og nysgerrig, før man er løsningsorienteret. Trænes i at ændre belastninger til udfordringer gennem empati og dialogiske samtaler.

Bogen afmystificerer supervision og giver lyst til at komme i gang med supervision på arbejdspladsen.

Af Ilse Gottlieb, sygeplejerske
med specialuddannelse i
psykiatrisk sygepleje, ansat på
Ungdomspsykiatrisk afsnit
på Augustenborg Sygehus.



God kunst signalerer omhu

Ib Hessov

Kunst giver liv

Om kunst på sygehuse

Århus: Aarhus

Universitetsforlag 2006

112 sider, 198 kr.

ISBN 87-793-4249-3

Jeg blev indlagt akut og opholdt mig en lang weekend på et hospital i København, i omgivelser, som var nedslidte, trøstesløse og rodede. Affaldsstativer, transportcontainere, brugte senge med plettede madrasser og rulleborde stod alle vegne. En skævt opklaret historisk udstillingsplakat med et krøllet hjørne udgjorde vægdekorationen. Min første tanke var: Hvordan kommer jeg væk herfra – hvad mit brækkede ben forhindrede. Der næst opstod følelsen af mistillid. Vil personalet gøre sig lige så

lidt umage med min behandling som med omgivelserne?

For få dage siden modtog jeg en bog om kunst og liv på sygehuse. Jeg har sluttet bogen – det var helbredelse. Sikke en gave, en fortælling om kunst, som idérige ildsjæle har beriget patienter, personale og besøgende med på Amtssygehuset i Århus. Ib Hessov står bag bogen. Han er overlæge, kunstkender og initiativtager til sygehusets kunsthåndværk, som startede i 1985. Bogen fortæller historien og rejser spørgsmål som: Kan god kunst på sygehuse gøre en forskel? Kan den udgøre oaser af oplevelser, som glæder, provokerer og bortleder tanker om sygdom? Betyder den noget for arbejdsglæde og forholdet til patienten? Kan det, i en epoke præget af mangel på tid og dårlig sygehusekon-



mi, lade sig gøre at opbygge en samling af god kunst på et offentligt dansk sygehus?

Kan kunst, ud over at virke livsbekræftende, have en helbredende virkning? Poul Gernes havde denne teori, og Per Kirkeby er tilbøjelig til at give ham ret: "Da jeg vågnede op på Ålborg Sygehus efter min hjerneblødning, og der ikke var noget at se på nogen steder ... Det var så grimt, at man blev helt dårlig af det."

Holdningen er, at de indtryk, man får på et sygehus, betyder meget for opfattelsen af den behandling, der ydes. Omhu med rummenes indret-

ning, kvalitet i valg af møbler, farver og kunst giver forventning om kvalitet i behandling og pleje. Signalet skal være: Her gør vi os umage, og du kan forvente omhu, venlighed, kvalitet og nytænkning.

"Hvis der hænger et godt billede på væggen, skal man gå meget stille forbi, hvis ikke det skal få øje på én," har Asger Jorn sagt. Det og mange andre citater beriger bogen. Der er i kunsthåndværket satset på god kunst fra unge kunstnere. Hvad god kunst er, diskuteres i bogen. Ud over at besvare spørgsmålene tager bogen os med på billedoplevelse. Bogen er en æstetisk oplevelse. Ib Hessov har gjort sig umage: Et flot format, smuk opsætning, gode fotografier, klog og afvekslende. Bogen er en gave til alle, som vil have en æstetisk ople-

Meningen bag handlingen

Birgit Hermann Hansen

Kompetenceudvikling i

sygeplejerskeuddannelsen
Kulturelle betydningsstrukturer
og udvikling af sygeplejekompetence

København: Danmarks

Pædagogiske Universitets

Forlag 2005

378 sider, 285 kr.

ISBN 87-768-4009-3

Bogen er skrevet på baggrund af Birgit Heimann Hansens ph.d.-afhandling. Hun gør hurtigt læseren opmærksom på, at det ikke længere er nok at uddanne sygeplejestuderende i forhold til almene og specifikke kvalifikationer. Udviklingen i sundhedssektoren har medført, at der stilles krav om udvikling af den enkelte sygeplejestuderendes kompetencer, hvis hun skal kunne udøve virksomhed som sygeplejerske.

I sin forskning tager forfatteren udgangspunkt i sygeple-

jestuderende, som er i deres sidste klinik i sygeplejerskeuddannelsen. Hun har dermed fokus på de næsten færdiguddannede studerendes udvikling af sygeplejekompetencer.

Bogen argumenterer for, at det personlige handlegrundlag er baseret på forskellige betydningsstrukturer, som influerer på den enkelte studerendes dannelse af mening og dermed valg af handling. Mening indtager derfor en central og betydningsfuld placering i Birgit H. Hansens forskning, idet mening bliver betragtet som et handlingskonstituerende aspekt i forhold til de studerendes handlinger og udvikling af kompetence.

Forfatterens hensigt er at få en dybere forståelse af de betydningsstrukturer, der indvirker på de studerendes meningsdannelse og handlingsvalg og dermed forbindelsen mellem de studerendes udvikling af sygeplejekompetence og det kultu-

relle fundament i sygeplejen. Kort sagt søger forfatteren at forstå, hvilke overvejelser og intentioner, der ligger bag de studerendes valg af handlinger i relation til, hvad normen for god handlingspraksis på det pågældende praktiksted er.

Forfatteren understreger, at det kliniske personale har et stort ansvar for at støtte de studerende i at opøve den praktiske evne til at vurdere, hvis de studerende gennem meningsdannelse skal lære at foretage gode og hensigtsmæssige valg af handlinger. Men ud over at skabe overblik over sygeplejesituationen skal de studerende også have evnen til at turde og kunne tage ansvar for egne handlinger. Det er her, den studerendes teoretiske forudsætninger og praktiske erfaringer, men i høj grad også den faglige drøftelse med personalet, er en vigtig del af kompetenceudviklingen. Birgit H. Hansen betragter det som

nødvendigt, for at de studerende kan opnå en bevidsthed om og tillid til deres egen kompetence – og dermed troen på sig selv. En tro, som i høj grad knytter sig til praktikpersonalet og især praktikvejledernes tro på den studerendes sygeplejekompetence og evne til at leve op til fagets indhold og selvforståelse og dermed de kulturelle betydninger. Bogen åbner op for interessante sammenhænge i forhold til, hvilke betydningsstruk-



Læring er alt, og alt er læring

velse, finde argumenter for et større kunstbudget, overveje næste indlæggelse. En mulighed med det frie sygehusvalg. Hvis uheldet igen skulle være ude, vil jeg bide tænderne sammen og lade mig transportere til Århus.

Epilog: Min mistillid under hospitalsoopholdet bevirkede, at jeg forlangte et ekstra røntgenbillede af mit ben inden udskrivelsen for at sikre, at det ikke var så rodet sat sammen som omgivelserne. Hvad man sparer på arkitektur, æstetik, indretning og kunst, bruger man på ekstra behandlingsudgifter. Benet er perfekt helet, og jeg er på vej til Århus på kunstbesøg på Amtssygehuset.

Af *Jorit Tellervo*,
uddannelseskonsulent i
Roskilde Amt.

turer der indvirker på de studerendes meningsdannelse og valg af handling, og forfatteren har nogle spændende vinkler på forbindelsen mellem de studerendes udvikling af sygeplejekompetencer og det kulturelle fundament i sygeplejen.

Bogen kan virke tung, men selvom den er svær at fordøje, bidrager den med ny forståelse af den betydning, som praktikstedet socialt og kulturelt har for de studerendes udvikling af sygeplejekompetencer.

Bogen udfordrer kliniske vejledere og andre, som medvirker til at uddanne sygeplejestuderende, og den er relevant for dem, som planlægger kliniske studier og uddanner studerende fra andre professionsuddannelser.

Af *Birgitte Hansson*,
sygeplejelærer, cand.mag.,
ansat på Sygepleje- og
Radiografskolen Herlev.

Carsten Nejst Jensen
Voksnes læringsrum
Værløse: Billesø &
Baltzer bogforlagene 2005
520 sider, 298 kr.
ISBN 87-7842-155-1

I marts 2000 afholdt det Europæiske Råd topmøde i Lissabon. Konklusionen var, at Europa har bevæget sig ind i Vidensalderen, hvor læringsmønstre, levemønstre og arbejdsmønstre er under hastig forandring. Det pointeres, at livslang læring ikke kun er en opgave for uddannelsesinstitutionerne, men at livslang læring skal forstås som "al målbevidst læringsaktivitet, som man løbende deltager i med henblik på at forbedre sin viden, sine færdigheder og sin kompetence." Dvs. at tænkningen er, at læring finder sted mange andre steder end i undervisning, læring kan finde sted hvor som helst.

Antologien har til hensigt at starte denne debat omkring voksnes læring med udgangspunkt i uddannelse, arbejde, hverdagsliv og internettet. Læringsrum refererer til de ydre fysiske, sociale og især psykologiske rammer og betingelser, der sætter muligheder og begrænsninger for, at læring kan finde sted. Læringsrum er en metafor for de steder, hvor læring kan finde sted.

Det fremgår tidligt i antologien, at et er teori, noget andet er praksis, for der er en dyb afgrund mellem den megen snak og de gode visioner på den ene side og implementering af livslang læring i praksis på den anden side. Professor i pædagogik *Knud Illeris* mener, at der er sket et skred, trods alle smukke formuleringer om det modsatte er livslang læring totalt over-

taget af den økonomiske politik og arbejdsmarkedspolitikken. Livslang læring er derfor ved at blive en pæn betegnelse for den måske hidtil mest raffinerede form for social kontrol.

I praksis skal de lærende i de fleste tilfælde opfylde nogle detaljerede målsætninger, der er opstillet af politikere, uddannelsesplanlæggere og/eller virksomhedsledere, og helst så hurtigt som muligt for derefter at blive effektiv arbejdskraft, der kan bidrage til økonomien i en globaliseret verden. Konsekvenserne af, at de lærende ikke lever op til målsætningerne, kan meget let blive marginaliseret.

Der er mange forskellige bud på, hvilke teoretiske begreber der nødvendigvis må indgå i livslang læring. Bl.a. præciserer og nuancerer cand.mag. *Kim Pedersen* i "Den organiserede refleksion" læring og kompetenceudvikling i arbejdslivet. Refleksionsprocessen betragtes som en organiseret proces, hvor deltagerne i fællesskab reflekterer over forhold, der vedrører den enkelte, og hvor værdier og forestillinger både i organisationen og i samfundet behandles.

Flere af bidragene er gentagelser fra tidligere udgivelser. Det gælder både for *Knud Illeris'* bidrag "Hvad er det særlige ved voksnes læring" og "Læring i arbejdslivet" og for professor i psykologi og filosofi *Steen Wackerhausens* "Tavs viden, pædagogik og refleksion."

I disse år er læring tilsyneladende alt, og alt er læring. Om denne antologi vil medvirke til at skabe debat om implementering af livslang læring i praksis, er vanskeligt at sige.



De fleste afsnit rummer en tung og vanskeligt tilgængelig fagterminologi.

Af *Birgitte Jensen*,
cand.pæd.pæd.,
uddannelseskoordinator i
Helsingør Kommune.

Næste nummer af
Sygeplejersken
udkommer
fredag den 28. juli.



Tante Sofie på plejehjem

Hver sommer imødeså mine brødre og jeg den obligatoriske sommerferieuge hos min bedstemors søster *Sofie* og hendes mand *Per* med blandede følelser. De havde ikke selv børn. Måske fordi Sofie ikke kunne lide børn. Faktisk var hun mere glad for sine kaglene på gårdspladsen end for både små og store mennesker.

Da hun kom på plejehjem, havde personalet svært ved at holde af hende. Jeg forstod dem. Heldigvis var Per en elskelig mand, der i sommerens frikvarter nød at vise os børn landbrugets glæder. Griseslagtingen og den efterfølgende blodpølse var højdepunktet. Uden ham ville vi have nægtet disse besøg. Og gården rummede heldigvis utallige gemmesteder, som vi benyttede os af, når Sofie var i farvandet.

Forsommerens debat omkring forholdene på danske plejehjem har vist et billede af dagens plejehjemsbeboere som milde og samarbejdsvillige engle og personalet som hårdhændede mennesker bevæbnet med unødige lifte og drejetårn, uden faglighed, tone og dannelse i livet.

Virkeligheden er en anden.

Personalets mål og handlinger skal tage udgangspunkt i den enkelte beboers ønsker og behov – med en faglig begrundelse og i en ordentlig tone. Selvfølgelig. Og som Per gjorde forskellen, gør majoriteten af dejlige beboere det for personalet på danske plejehjem.

Men alle plejehjem huser beboere som Sofie, og vi taler ikke om demente beboere her. Næ, vi taler om kronisk sure og

bitre beboere. Beboere, der trods utallige pædagogiske forsøg på at indgå en samarbejdsaftale hundser rundt med personalet, som var det tyende. Beboere, der ikke er blege for at fremsætte stærkt racistiske synspunkter over for personale af anden etnisk baggrund. Beboere, der spiller personalet ud mod hinanden i forhold til egen magelighed. Beboere, der mobber og udstøder medbeboere fra fællesskabet. Beboere, der trods en dygtig og velfungerende personalegruppe udgør så stor en belastning, at man uanset uddannelsesbaggrund skal have gået i langvarig terapi for altid at kunne opretholde den positive tone, fagligheden og professionalismismen.

Mere kontrol og rengøring, retningslinjer for antal gåture og bad om måneden, plejehjemslægernes genankomst, øget udlicitering og ernæringsrigtig, velduftende mad hjælper ikke her. Hvis vi skal undgå, at personalet gemmer sig på loft eller i lade eller tager toget hjem i utide for at

overveje, om Sofie og en uanstændig latterlig lav timeløn er det hele værd, skal der andre ingredienser i den offentlige blodpølse.

Smagen kunne bl.a. bedres ved en langt mere nuanceret fremstilling af personalets arbejdsvilkår i medierne og en samfundsmæssig anerkendelse af den faglige og menneskelige indsats, størstedelen af alle plejehjemsbeboere dagligt nyder glæde af.

Og Sofie? Ja, hende må de skiftes til.

er@dssr.dk

”Vi taler om kronisk sure og bitre beboere, der trods utallige pædagogiske forsøg på at indgå en samarbejdsaftale hundser rundt med personalet, som var det tyende.”

5 faglige minutter skrives på skift af fire sygeplejersker:

Klommen ”Fem faglige minutter” er en personlig tekst, som med en humoristisk indgang gør rede for standpunkter eller meninger ved hjælp af fortællinger, skrøner, citater m.m. En klummeskriver har en særlig frihed og skal ikke følge almindelige journalistiske krav om saglig, objektiv gengivelse af kendsgerninger. Hensigten med klommen er at give stof til eftertanke, vække debat, provokere eller fremme refleksion over et emne.

Redaktionen.



Jette Bagh, sygeplejerske, cand.cur., sygeplejefaglig medarbejder på Sygeplejersken.



Jørn Ditlev Eriksen, sygeplejerske, forstander på botilbuddet Slotsvænget.



Evy Ravn, sygeplejerske, cand.scient.soc., sygeplejefaglig medarbejder på Sygeplejersken.



Birgitte Harild, sygeplejerske. Leder af visitationsgruppen i Frederiks-værk Kommune.