

FAGLIGT FYRTÅRN: KRITIK ER TIL PATIENTERNES BEDSTE • FRA SYGEPLEJENÅL TIL RIDDERKORS

SYGEPLEJERSKEN

PERSPEKTIV

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR. 18 » 7. SEPTEMBER 2007 » 107. ÅRGANG

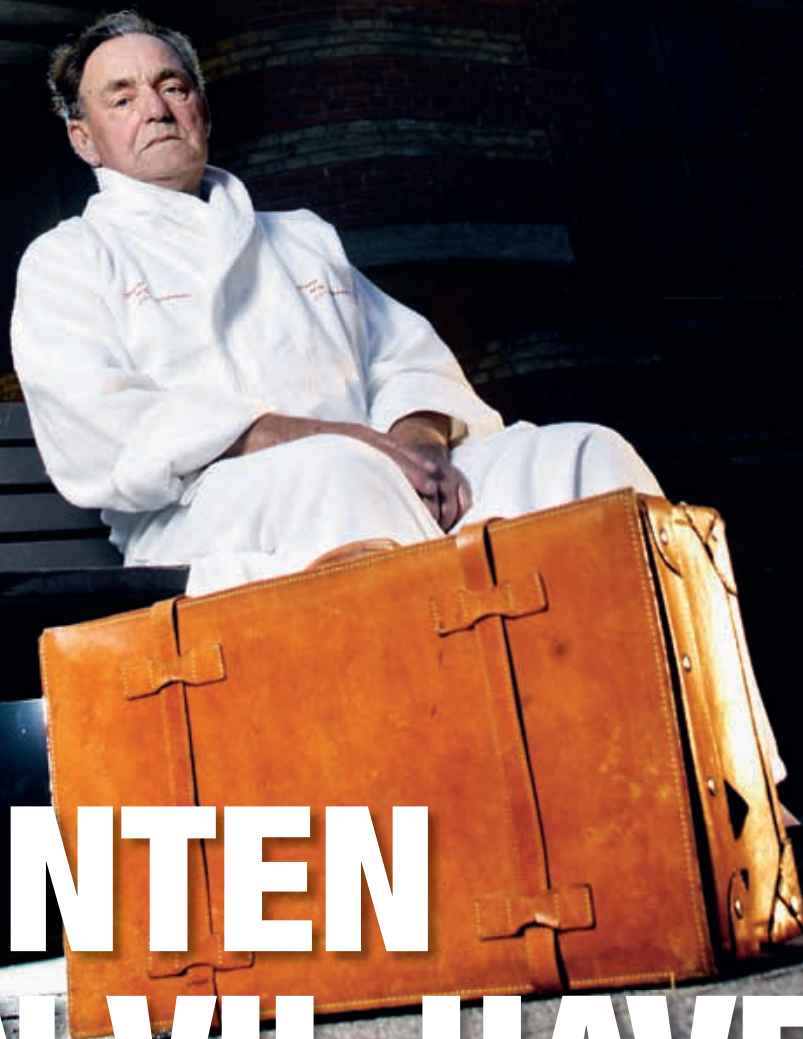
KORT NYT

Thor Pedersen sætter skub i lønkampen

Blev narkoman på jobbet

FAG
I Zambia er aids et problem for alle

! Løn, løn og atter løn



PATIENTEN INGEN VIL HAVE



KLINISK SYGEPLEJE: POSTOPERATIV SMERTEBEHANDLING TIL PATIENTER MED KRONISKE SMERTER



ARTIKLER

25 Sygeplejedirektør: Kritik er til patienternes bedste

Topledelsen skal ud at signalere, at patientsikkerhed er vigtig, mener sygeplejedirektør på Frederiksberg Hospital Anna Guttusen. Gennem den såkaldte patientsikkerhedsstuegang møder hun frontpersonalet og deres frustrationer.

28 Fra sygeplejenål til ridderkors

Mikael Andersen er i dag en højt estimeret galleriejer og verdenskendt mæcen for nye talentfulde kunstnere. Men han har ikke glemt den sygepleje, han forlod for 20 år siden.

32 Privat sundhedsvæsen – nej tak

Det amerikanske sundhedsvæsen er sygt. Det er budskabet fra den amerikanske dokumentarist Michael Moore i hans seneste film "Sicko."

35 Min mor skal aldrig på plejehjem

Journalist Carolyn Nakazibwe fra Uganda blev bekræftet i, at der er store forskelle på, hvordan sundhedsvæsenet fungerer i Danmark og Uganda.

36 Fortabt i en verden af Pampers

Levevilkårene for ældre mennesker i Uganda og Danmark kan slet ikke sammenlignes. Indtryk fra en ugandisk journalist på besøg i det danske sundhedsvæsen.

TEMA: AKUTINDLÆGGELSER SIDE 16-23

16 Ældre patienter sendes for hurtigt hjem

18 Kort indlæggelse var uforvarlig

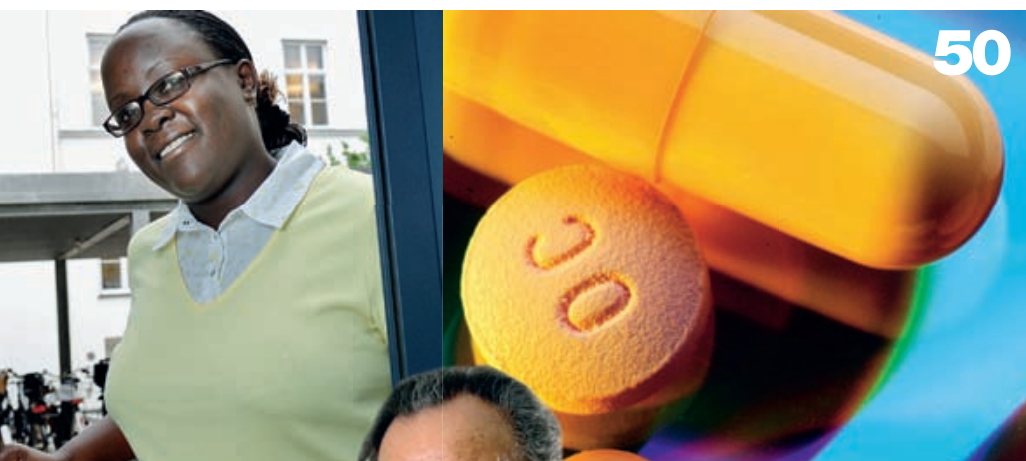
19 Flere ældre lider under korte indlæggelser

Når en borger over 70 år bliver sløj eller syg, indlægges han i stigende omfang på hospitalet og udskrives igen inden for 24 timer. Han er for rask til sygehuset og for syg til sit hjem.

21 Udskrevet uden hjemmepleje

22 Akutsygeplejersker forebygger indlæggelser

På Frederiksberg Hospital sørger to udgående akutsygeplejersker for, at bydelens ældre borgere skånes for overflødige og belastende hospitalsophold.



50



59



16

KLINISK SYGEPLEJE

50 Postoperativ smertebehandling til patienter med kroniske smerter

Sygeplejersken spiller en væsentlig rolle i den postoperative smertebehandling af patienten med kroniske smerter, idet sygeplejerskens intervention kan være med til at ændre situationen positivt.

FAG

59 Netværk for adopterede og adoptanter

Nordjysk Adoptionsforum er et frivilligt, tværfagligt netværk, der ønsker at støtte adoptivfamilier og formidle viden om adoption til faggrupper, som er i kontakt med adoptivfamilierne.

62 I Zambia er aids et problem for alle

Aids er et stort socialt problem i Zambia, og det rammer alle i befolkningen. Artiklens hovedbudskab er, at det nytter at bidrage økonomisk med henblik på at standse aids.

I HVERT NUMMER

- 7 Kort nyt
- 38 Dansk Sygeplejeråd mener
- 39 Debat
- 40 Navne
- 42 Læsernes redaktør
- 44 Fagtanker
- 44 Faglig information
- 45 Resuméer
- 58 Testen
- 61 Agenda
- 65 Anmeldelser
- 68 5 faglige minutter
- 69 Stillingsannoncer
- 77 Kurser/Møder/Meddelelser

De berømte to stole

For syg til hjemmeplejen og for rask til sygehuset og dermed kastebold mellem sundhedsvæsenets to sektorer. Det er situationen for titusinder af ældre danskere, som er landet i gråzonen mellem hjemmepleje og sygehus eller mellem de berømte to stole. Antallet af kortvarige akutte indlæggelser er steget markant i løbet af de seneste 10 år, uden at stigningen kan bortforklares med et stigende antal ældre over 70 år. Det fremgår af flere artikler i dette nummer af *Sygeplejersken*.

Tallene fra Sundhedsstyrelsens Landspatientregister er opgjort til og med 2006. Det er længe efter, at det blev et politisk mantra at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen uden gråzoner for behandling, pleje og genoptræning af patienter/borgere og uden kassetænkning. De kolde facts fortæller, at gråzonerne og faldgruberne stadig er der. Samme politiske mantra var en væsentlig del af grundlaget for kommunalreformen, som har haft virkning siden nytår 2007.

Der er store omkostninger ved de mange akutte endagsindlæggelser af ældre. I første række for de ældre borgere, der næsten bogstaveligt talt kastes rundt mellem sundhedsvæsenets aktører i stedet for at kunne modtage den nødvendige pleje i vante, hjemlige omgivelser. Men de mange "svingdørpatienter" koster naturligvis også ekstra ressourcer for samfundet. Det er omkostninger, som burde undgås eller minimeres langt mere, end hvad tallene fra Sundhedsstyrelsen taler deres tydelige sprog om. Under alle omstændigheder harmonerer de utilstrækkelige ressourcer i hjemmeplejen dårligt med alle de øvrige bestræbelser på at forebygge sygdom og fremme sundhed, også i den ældste befolkningsgruppe.

Det sammenhængende sundhedsvæsen er en fælles opgave for de folkevalgte i Folketinget, i regionerne og i kommunalbestyrelserne. Det handler ikke om at give sorteper videre til andre, men er tværtimod et fælles politisk ansvar at få virkeligheden til at ligne de erklærede målsætninger.

"Det sammenhængende sundhedsvæsen er en fælles opgave for de folkevalgte."



Søren Palsbo

Søren Palsbo, redaktør
sp@dsr.dk

REDAKTIONEN >>>

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



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



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



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



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



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



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



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



Uspiseligt budgetforslag fra Region Hovedstaden



AF SUSANNE BLOCH KJELDTSEN, JOURNALIST

Pengemangel. Sygeplejerskerne på Rigshospitalet opfordrer politikerne i Region Hovedstaden til at kræve flere ressourcer af regeringen, så sygehusene undgår besparelser.

Som den første af landets fem regioner har Region Hovedstaden i slutningen af august meldt sit budget for 2008 til 2011 ud. Et af budgetforslagene går ud på at spare 85 mio. kr. på hospitalernes lønsbudgetter. Rigshospitalet har som det eneste hospital regnet ud, at deres besparelse svarer til en reduktion på 61 stillinger. Den udmelding har skabt protester blandt personalet. Besparelserne kommer oven i den nye hospitals- og psykiatriplan, der indebærer overflytning af specialer og sammenlægning af ledelser. Samtidig skal hospitalerne øge produktiviteten med 2 pct. I forvejen mangler der over 760 sygeple-

jersker i Region Hovedstaden. Tæller man læger og social- og sundhedsassistenter og andet sundhedspersonale med, er der knap 1.500 ubesatte stillinger i regionen.

Sygeplejerskerne på Rigshospitalet har i et høringssvar til budgetforslaget opfordret politikerne i Region Hovedstaden til at ændre besparelserne og stille krav til regeringen om flere ressourcer.

Dansk Sygeplejeråds amtskredsformand i hovedstaden *Vibeke Westh* kritiserer direktionen i Region Hovedstaden for at melde ud, at der skal reduceres i personalet, samtidig med at der mangler sygeplejersker.

"Vi mangler personale, og nu skal vi så være færre. Den aftale, som Region Hovedstaden har lavet med regeringen, hænger ikke sammen. Regionen bør få tilført flere ressourcer, hvis vi skal leve op til kravene," siger Vibeke Westh.



ARKIVFOTO: SCANPIX

1.-næstformand i Regionsrådet *Benedikte Kiær* (K) afviser, at Det Konservative Folkeparti vil være med til at reducere i personalet på sygehusene.

"Vi mangler personale, så det basker, og så er det klart, at vi ikke skal ud og reducere. Hele budgettet på sundhedsområdet i Region Hovedstaden er på 28 mia. kr., og vi vil gerne undersøge, om vi kan finde de 85 mio. kr. andre steder," siger hun.

Samme melding kommer fra Det Radikale Venstres ordfører i Regionsrådet *Kirsten Lee*, som heller ikke tror, at nogen partier vil støtte forslaget om at reducere lønsummen på sygehusene. Hun mener, det er urealistisk at bede regeringen om flere midler, men vil ligesom *Benedikte Kiær* forsøge at finde pengene andre steder i budgettet.

Vidste du at ...

... andelen af danskere, der drikker mere alkohol hver dag end Sundhedsstyrelsens anbefalede genstandsgrænser, er vokset fra 11 pct. i 1994 til 14 pct. i 2005?

Kilde: Statens Institut for Folkesundhed.

"Jeg under sosu'erne hver en krone, men man kan ikke give dem uden at give os tilsvarende. Det kan ikke nytte noget, at vi bliver overhalet inden om af nogen, der har en kortere uddannelse end os."

Formand for Dansk Sygeplejeråd *Connie Kruckow* til Urban.



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



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



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



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



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



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



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



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



Forkortet Produktresumé.

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

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

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

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

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

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

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

Pakning og pris (ESP) 28. 8 2007: 1 dosispakning indeholdende 0,5 ml suspension i en forfyldt sprøjte med kanyleafsikringsanordning og to kanyler. Opbevares i køleskab (2°C - 8°C). (Vnr. 058397) kr. 1.154.90. Se dagsaktuel pris på www.medicinpriser.dk. Udlevering A.

Indehaver af markedsføringstilladelsen: Sanofi Pasteur MSD SNC, 8 rue Jonas Salk, F-69007 Lyon, France. Fuldstændigt produktresumé kan rekvireres hos den danske repræsentant: Sanofi Pasteur MSD, Lautruphøj 1-3, DK-2750 Ballerup eller på nedenstående internetadresse. August 2007. www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/gardasil/gardasil.htm



ARKIVFOTO: CORBIS

Det er endnu ikke lykkedes regeringen at løse problemet med manglen på sygeplejestuderende. Løsningen ligger i en kampagne for sygeplejersker, mener 2.-næstformand Dorte Steenberg.

Regeringen bør lave kampagne

AF SINE MADSEN, JOURNALIST

Sygeplejerskemangel. *Staten bør tage mere ansvar for at tiltrække sygeplejestuderende, mener Dansk Sygeplejeråds 2.-næstformand Dorte Steenberg.*

Selv om regeringen i år hævede antallet af studiepladser med 300 pladser på udvalgte sygeplejerskoler, står der stadig 400 tomme stole og gaber.

Undervisningsminister Bertel Haarders (V) bud på en løsning ligger i en ny bekendtgørelse og en studieordning 2008, der skal give uddannelsen mere sammenhængskraft. Målet er at give uddannelsen et bedre renommé og dermed fremstå mere attraktivt.

"Et øget optag til sygeplejerskeuddannelsen kan ske ved at få flere sygeplejerskestuderende til at gennemføre uddannelsen," siger Bertel Haarder.

Derudover har ministeren nedsat en arbejdsgruppe, som skal vurdere mulighederne og betingelserne for at etablere en merit sygeplejerskeuddannelse. Ministeren håber, at den nye merituddannelse vil give kvalificerede social- og sundhedsassisten-

ter bedre mulighed for at videreudanne sig til sygeplejerske, og at den vil være med til at skaffe flere sygeplejersker.

2.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg, er enig med ministeren i, at merituddannelsen er en vej til at sikre fremtidens optag på sygeplejerskolerne, men hun mener, at der er brug for en større indsats fra regeringens side.

Hun siger:

"De tiltag fylder jo ikke de 400 tomme pladser på skolerne op med studerende. Derfor synes jeg, at når nu staten har overtaget ansvaret for skolerne, så burde staten sætte sig i spidsen for en kampagne for at tiltrække flere studerende til uddannelsen."

Undervisningsministerens arbejdsgruppe består af repræsentanter fra Danske Regioner, KL, Dansk Sygeplejeråd, SLS, UVM, FOA og Indenrigsministeriet og fra sygeplejerskeuddannelserne. Det forventes, at ministeren vil komme med et udspil om den nye merit sygeplejerskeuddannelse efter arbejdsgruppens sidste møde i november.

Er sladder et problem hos jer?

Har du oplevet sladder på din arbejdsplads, og har det haft alvorlige konsekvenser for personer eller for arbejdsmiljøet, så vil vi gerne høre om det på *Sygeplejerskens* redaktion. Måske kender du gode metoder til, hvordan man løser problemer med for megen sladder, eller hvordan man undgår det. Kan sladder i nogle tilfælde være godt for noget?

Ring til journalist *Susanne Bloch Kjeldsen* på tlf. 4695 4178, læg evt. besked eller send en mail på: sbk@dsr.dk

(sbk)

Eksplisiv vækst i antallet af akutindlagte ældre



AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN,
JOURNALIST



AF SUSANNE NIELSEN,
JOURNALIST

Blå blink. På bare 10 år er antallet af akutte, éndagsindlæggelser blandt borgere over 70 år steget med 89 pct. De ældre ryger ind og ud af de medicinske afdelinger i stigende omfang og hastighed.

Ældre borgere udskrives oftere og hurtigere til pleje i deres egne hjem. Det viser tal fra Sundhedsstyrelsens Landspatientregister, som fagbladet *Sygeplejersken* har fået aktindsigt i. I løbet af 10 år er antallet af akutte, korte indlæggelser af borgere over 70 år steget med 89 pct. Og det på trods af, at antallet af ældre i den samme periode blot er øget med knap 2.000 personer. Det overrasker Kommunernes Landsforening (KL).

"Det kommer bag på mig, at det er så stort et tal. Vi kender jo til presset, der er steget år for år, men jeg vidste ikke, at det var så mange," siger *Tove Larsen* (S), formand for socialudvalget i KL.

Det eksplosive antal korte, akutte indlæggelser blandt ældre over 70 år, som er et landsdækkende



FOTO: SØREN HOLM

))) ÆLDRE INDLÆGGES I KORTERE TID

Omfanget af korte akutte indlæggelser er steget eksplosivt fra 1997 til 2006 blandt ældre over 70 år. I samme periode er antallet af ældre på landsplan ikke øget med mere end 2.000 personer.

Antal korte akutte indlæggelser for ældre over 70 år	1997	2006
1-dags-indlæggelser	40.159	75.990
2-dags-indlæggelser	19.992	27.814
3-dags-indlæggelser	16.036	20.325
4-dags-indlæggelser	14.253	16.535
5-dags-indlæggelser	12.391	13.982
6-dags-indlæggelser	11.740	12.447
7-dags-indlæggelser	11.305	11.708

Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister, juli 2007.

fænomen, har store omkostninger for de ældre borgere.

"For de ældste og svageste kan de mange, korte indlæggelser gøre dem konfuse og forvirrede og betyde, at de kommer i en dårlig grundtilstand, fordi de hele tiden flyttes rundt. Det er langt bedre, hvis man kan pleje dem i deres vante omgivelser," forklarer *Dorte Hæg*, centerleder for Videnscenter på Ældreområdet.

Men samtidig med at et stærk stigende antal ældre udskrives hurtigt fra de danske hospitaler til pleje i egne hjem, er antallet af sygeplejersker ansat i kommunerne faldet med 7 pct. Og det er problematisk, mener formanden for De Praktiserende Lægers Organisation, PLO.

"Hospitalsvæsenet overvurderer, hvad man kan klare ude i primærsektoren. Der mangler både læger og sygeplejersker," siger *Michael Dupont*, formand for PLO, som bakkes op af formanden for Dansk Sygeplejeråd, *Connie Kruckow*.

"Flere af de ældre patienter risikerer at blive genindlagt, fordi der ikke er tilstrækkeligt med ressourcer og faglighed i hjemmeplejen. De bliver svingdørspatienter på sygehusene, og det kan ingen være tjent med," siger hun.

Større kommunalt behov for sygepleje

På bare 10 år er antallet af akutte éndagsindlæggelser af borgere over 70 år steget fra 40.000 i 1997 til 76.000 i 2006, mens antallet af indlæggelser af en varighed på mere end fire døgn stort set ikke har ændret sig over den samme periode, viser en analyse af talmaterialet som analysefirmaet

Kaas & Mulvad har foretaget for *Sygeplejersken*. Den stigning kan mærkes hos hjemmeplejen i de danske kommuner.

"Der er simpelthen mere pres på kommunerne. Når de ældre kommer hjem så hurtigt efter en indlæggelse, er de bestemt ikke altid klar til at klare sig selv. Det gør, at vi har betydeligt flere, vi skal ud til, og der er også nogle, der er nødt til at have et kort ophold på et plejehjem, inden de kommer videre hjem," siger *Tove Larsen* fra KL og tilføjer:

"Der er også stigende behov for sygepleje. De er mere syge end tidligere. For fik de lov at ligge noget længere på sygehuset, men nu kan de godt komme hjem med drop i armen eller andre ting, der kræver sygeplejefaglig ekspertise. Men vi har problemer med at skaffe nok sygeplejersker mange steder. Så det er også et problem."

Kommunerne får dog ingen medlidenhed hos Dansk Sygeplejeråd.

Formand for Dansk Sygeplejeråd *Connie Kruckow* siger:

"Mange kommuner har over tid fejlvurderet situationen. De har bevidst reduceret antallet af sygeplejersker og udskiftet sygeplejerskestillingerne med social- og sundhedsassistenter uden at erkende de faglige forskelle. Men hvis kommunerne vil have et større ansvar for patienterne, så er det helt nødvendigt at satse mere på sygeplejerskerne. Heldigvis er kommunerne nu ved at genopdage sygeplejens betydning."

Læs hele temaet i dette nummer af *Sygeplejersken* på side 16-23.

Thor P. sætter skub i sygeplejerskers lønkamp

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

◀◀ TILBAGEBLIK

Finansminister Thor Pedersen er kommet under voldsom beskyldning efter udmeldingen om, at politibetjente og sundhedsassistenter har en god løn.

Debatten om sygeplejerskers og politibetjentes løn raser. Det begyndte med en finansminister, der langede ud efter de offentligt ansattes lønklynkeri.

"Det er en myte, at offentligt ansatte sakker bagud på lønnen – det passer simpelthen ikke. En politibetjent tjener gennemsnitligt 33.000 i løn om måneden alt inklusive og en sygehjælper i gennemsnit 27.000 om måneden med det hele. Er det en dårlig løn?" erklærede finansminister Thor Pedersen (V) i dagbladet Poli-

tiken. Mediernes dom udeblev ikke.

"Thor har tabt hovedet," konkluderede Ekstra Bladet i en rubrik, og FOAs formand Dennis Kristensen opfordrede sine medlemmer til at indsende deres lønsedler til finansministeren. Dansk Sygeplejeråd skød også finansministerens tal ned:

"Det er notorisk forkert, hvad finansministeren siger. Vi har lønstatistikker, der viser, at privatansatte sygeplejersker tjener 23 pct. mere end de offentligt ansatte sygeplejersker," lød det fra formanden for Dansk Sygeplejeråd Connie Kruckow. Hun fortsatte:

"DSR har desuden lavet sammenligninger, der viser et løngab på 26 pct. mellem offentligt ansatte og privatansatte med en mellemlang videregående uddannelse."



ARKIVFOTO: SCANPIX

"Det er en myte, at offentligt ansatte sakker bagud på lønnen – det passer simpelthen ikke. En politibetjent tjener gennemsnitligt 33.000 i løn om måneden alt inklusive og en sygehjælper i gennemsnit 27.000 om måneden med det hele. Er det en dårlig løn?" sagde finansminister Thor Pedersen (V) til medierne i sidste uge.

Som formand for Sundhedskartellet og Dansk Sygeplejeråd var Connie Kruckow også på banen med et tilbud til de offentlige arbejdsgivere:

Den kommende overenskomst for sygeplejerskerne og de andre sundhedsgrupper skal være etårig. Det vil give en lønreformskommission tid

Rettelse

I artiklen "400 tomme stole på sygeplejerskolerne" i *Sygeplejersken* nr. 17/2007 kom vi desværre til at kalde sygeplejestuderende for elever. De er naturligvis, som navnet siger, studerende. Vi beklager fejlen.

Redaktionen

"Vi har arbejdet med det i 10 år, men indtil for nylig var der stor modstand mod transgene dyr. Nu har vi haft nogle års debat med en god og bred diskussion, og holdningen er skiftet fuldstændig. Pludselig er der mange muligheder, og Alzheimers-grise er en af dem."

Dr.med. Arne Lund Jørgensen om udviklingen af en gris med genet for Alzheimers i Politiken.

Vidste du at ...

... antallet af danskere, der har brugt alternativ behandling inden for det seneste år, er steget fra 10 pct. i 1987 til 22,5 pct. i 2005? Det svarer til, at ca. 976.000 voksne danskere har brugt en eller flere former for alternativ behandling. Massage, osteopati, zoneterapi og akupunktur er de mest populære behandlinger.

Kilde: Statens Institut for Folkesundhed, Sundhed og Sygelighed i Danmark 2005 og udviklingen siden 1987: www.si-folkesundhed.dk

Sygeplejersker i ny rolle ved kosmetiske behandlinger

De seneste måneder har budt på en del debat om sygeplejerskers rolle ved kosmetiske behandlinger. Debatten er affødt af Sundhedsstyrelsens nye bekendtgørelse og vejledning om kosmetiske behandlinger, som bl.a. medfører en begrænsning af sygeplejerskernes muligheder for at udføre behandlinger alene. Dansk Sygeplejeråd har afgivet et høringssvar, som overordnet støtter, at der sker en opstramning på området. Høringssvaret fremhæver dog også, at bekendtgørelsen har en række uhen-

sigtsmæssige elementer. Det drejer sig bl.a. om, at sygeplejersker ikke længere selvstændigt må udføre behandling med intenst pulserende lys (IPL) og indsprøjtninger i kosmetisk øjemed som f.eks. botox. De forslag har store konsekvenser for de sygeplejersker, der i dag selvstændigt udfører disse behandlinger. Der er afgivet en del høringssvar, og det endelige udfald kendes endnu ikke. (cso)

Læs hele svaret på www.dsr.dk

Sundheds- kartellet fyldte 10 år



Den 3. september var det præcis 10 år siden, Sundhedskartellet blev stiftet som forhandlings- og samarbejdsorganisation for mere end 100.000 ansatte i sundheds- og socialsektoren. Jubilæet blev markeret med en reception på dagen i Kvæsthuset på Sankt Annæ Plads i København.

Både med- og modspillere lagde vejen forbi for at ønske tillykke. Sundhedskartellet havde på forhånd frabedt sig gaver, men i stedet opfordret til, at gratulanter ville betænke organisationen Læger uden Grænser.

Forud for de seneste overenskomstforhandlinger forlod Sundhedskartellet det store forhandlingsfællesskab KTO og blev dermed en selvstændig forhandlingspart for de 11 tilsluttede organisationer, hvoraf Dansk Sygeplejeråd er den største.

Sundhedskartellets formand *Connie Kruckow* siger:

"Ved jubilæet står Sundhedskartellet godt rustet til de kommende måneders forhandlinger om nye overenskomster for de offentligt ansatte. Forhandlinger, hvor vi både går efter markante forbedringer her og nu og en langsigtet lønsreform i forhold til den private sektor." (sp)

til at kulegrave de offentlige lønninger.

"Men skal vi acceptere en et-årig overenskomst, vil vi have en 10 pct.s lønstigning til medlemmerne. Det er rigtig godt, at mange partier på Christiansborg har fået øjnene op for, at det er nødvendigt at nedsætte en lønreformskommission. Lønproblemerne i den offentlige sektor kan ikke løses med et snuptag, for de handler om nogle grundlæggende strukturer i samfundet. Bl.a. er de traditionelle kvindefag slet ikke værdisat godt nok," sagde *Connie Kruckow*, der fremhæver, at et massivt lønløft for sygeplejersker er helt afgørende for velfærdssamfundets fremtid.

"Når vi kigger på sygeplejerskernes krav til den kommende overenskomst i 2008, så er det løn, løn og atter løn. Hvis ikke forhandlerne på den anden side

af bordet kan se det, så bliver det umuligt at rekruttere unge til faget, og så kan vi ikke fastholde den danske velfærd."

Imens debatten raser, så forudser arbejdsmarkedsforskere en storkonflikt, når arbejdsmarkedets parter til næste år skal forhandle overenskomst. Arbejdsmarkedsforsker *Flemming Ibsen* fra Aalborg Universitet til DR:

"Det ender med en storkonflikt og politisk indgreb. Det har politikerne efter min mening selv bedt om. De ligger, som de har redt, fordi de selv har været med til at puste til ilden ved at signalere, at de offentligt ansatte har brug for et lønløft."

Følg den aktuelle udvikling i mediedebatten om offentligt ansattes lønninger på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside www.dsr.dk > nyheder

ER DU GLAD FOR SYGEPLEJEN...

...men længes efter at arbejde under andre rammer?

- Ønsker du en større viden om muskel, nerve og knoglevæv?
- Søger du en helhedsorienteret tilgang til bevægeapparatet?
- Har du behov for mere fleksible arbejdstider?
- Trives du med gymnastik og bevægelse?
- Betyder tid til det enkelte menneske noget for dig?
- Er du visions- & idérig, men mangler et frirum til at føre det ud i praksis?

Vækker ovenstående interesse er vores
1-årige suppleringsuddannelse måske noget for dig!

Vi har mulighed for at klæde dig på til et job, hvor du vil kunne arbejde i tværfaglige teams eller selvstændigt. På vores hjemmeside www.eilbygaard.dk vil du bl.a. kunne finde oplysninger omkring hvilken type af helbredsproblemer, du efter endt uddannelse vil kunne arbejde med.

For yderligere information kontakt *Benedikte C. Eilby* på telefon 2624 8139 eller rekvirer vores uddannelsespejce på info@eilbygaard.dk

E i l b y g a a r d[®]

SUNDHEDSFREMME & FOREBYGGELSE

• SENETENSBEHANDLING & UDDANNELSE • HOLDNINGSKORREKTION • GYMNASTIK
• RIDETERAPI • FOREDRAG • FØDSELS & FORÆLDRE FORBEREDELSE • ØKOLOGISKE SPECIALVARER

Klik ind på www.eilbygaard.dk
for yderligere information.

Sygeplejersker særligt udsat for astma

Sygeplejersker, der lider af astma, kan i mange tilfælde takke deres job for det. Ifølge en ny undersøgelse har sygeplejersker dobbelt så høj risiko for at udvikle arbejdsrelateret astma som de fleste andre faggrupper. Selv rengøringspersonale, der normalt også ligger højt i statistikken, når ikke sygeplejerskerne. Undersøgelsen fra forskningscentret for miljøepidemiologi i Barcelona involverer flere end 6.500 personer fra 13 lande, deriblandt Sverige, Norge og Island. Ifølge en af undersøgelsens ophavsmænd, *Manolis Kogevinas*, kan 25 pct. af de nye astmatilfælde henføres til arbejde. Undersøgelsen viser også, at problemet er størst i Sydeuropa, mens arbejdet kun er skyld i 6 pct. af de nye astmatilfælde hos voksne i Norden. Socialrådgiver og arbejdsskadekonsulent i Dansk Sygeplejeråd, *Søren Madsen*, siger til Dagens Medicin, at Dansk Sygeplejeråd kun kender til ganske få tilfælde, hvor sygeplejersker har pådraget sig astma eller andre luftvejsskader som erhvervsbettinget sygdom. Hudlidelser med latex- og sæbeallergi er et meget større område.

(CSO)

Registrering har skabt

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST

NIP nytter. Systematisk overvågning af behandlingskvaliteten sikrer patienterne bedre behandling. Det viser nogle af resultaterne, fem år efter Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) blev indført på landets sygehuse.

Hvor god er kvaliteten i jeres pleje og behandling i forhold til, hvad den burde være? Det spørgsmål har en række sygehusafdelinger løbende skullet besvare, siden Det Nationale Indikatorprojekt for alvor blev skudt i gang for fem år siden. Hver gang en patient behandles for en lidelse inden for – i begyndelsen seks – nu otte store sygdomsområder, skal personalet måle kvaliteten i pleje og behandling efter en

række evidensbaserede indikatorer. F.eks. dødelighed, ADL-funktion, patientundervisning og ernæringsrisiko.

Og registreringerne nytter, fortæller sundhedsfaglig proceskonsulent i sekretariatet for Det Nationale Indikatorprojekt (NIP), *Anne Nakano*, der selv har 22 års erfaring som sygeplejerske.

"Klinisk set er det et meningsfuldt registreringsarbejde. Er medarbejderne grundigt instrueret og dokumentationerne i journalerne i orden, bør det ikke være vanskeligt at registrere, da alle de relevante informationer bør være dokumenterede i patientjournalerne," siger Anne Nakano.

Sygehusafdelingerne skal lø-

Hver tiende sygeplejerske springer fra faget

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

Afhoppere. Stadigt flere sygeplejersker vælger at søge udfordringer uden for deres fag. Dansk Sygeplejeråd mener, at pressede løn- og arbejdsforhold kan være en del af forklaringen.

At få sygeplejerskenålen som 23-årig er ikke ensbetydende med en livslang karriere på hospitalet eller plejehjemmet. 9 pct. af de sygeplejersker, der blev uddannet i 1994, er beskæftiget i andre brancher 10 år senere. Til sammenligning har 7 pct. af de lærere og 8 pct. af de pædagoger, der blev uddannet for 14 år siden, skiftet fag.

Tendensen til, at sygeplejersker "hopper af," er stigende. Det anslås, at 14 pct. af

de sygeplejersker, der blev uddannet i 1998, vil have forladt faget i 2008.

Det fremgår af et notat fra Dansk Sygeplejeråd udarbejdet på baggrund af tal fra sygeplejerskernes hovedorganisation, FTF.

1.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd *Grete Christensen* mener, at pressede arbejdsforhold og dårlig løn kan være en del af forklaringen.

"Frafaldet blandt sygeplejersker er ikke vanvittigt højt. Men i en situation med stor mangel på sygeplejersker er det klart, at hver procent, der forlader faget, tæller. Arbejdsgiverne må overveje, om løn og arbejdsvilkår er en medvirkende årsag til, at nogle sygeplejersker finder andre fag," si-

ger *Grete Christensen*. Hun understreger samtidig, at en vis afvandring fra faget er naturlig, fordi samfundet er præget af en langt større mobilitet end tidligere.

Administrerende direktør for Dansk Sygeplejeråd *Anne Granborg* er selv en af de sygeplejersker, der har taget springet væk fra sygeplejen. For otte år siden forlod hun jobbet som sygeplejedirektør i Frederiksborg Amt og blev direktør i et stort advokatfirma. Siden foråret 2006 har hun været direktør for Dansk Sygeplejeråd.

"Sygeplejersker tænker i patientforløb og helheder. De er organisationens kit og har derfor store muligheder inden for f.eks. ledelse," siger *Anne Granborg*.

Konsulent *Ulla Bach Rosendal* fra konsulentfirmaet Muusmann mener også, at sygeplejersker i kraft af deres uddannelse og praktiske kunnen har mange muligheder for at gøre sig gældende både i og uden for sundhedssektoren.

Hun siger:

"Sygeplejerskeuddannelsen giver langt større muligheder, end man umiddelbart skulle tro. Sygeplejersker er gode til at gennemføre processer. De ved også meget om, hvad der skal til for at engagere mennesker, og det er kvalifikationer, der efterspørges f.eks. i store firmaers human resource-afdeling."

))) SYGEPLEJERSKERS FRAFALD

FTF har undersøgt pædagogers, skolelæreres og sygeplejerskers mobilitet på arbejdsmarkedet.

Blandt hovedkonklusionerne kan nævnes:

- Et faldende antal sygeplejersker er beskæftiget på hospitalerne og i ældreplejen.
- Frarafaldet et år efter studiestart er meget lavt og har været nogenlunde konstant i perioden 1994 til 2003. Kun 1 pct. af de sygeplejersker, der blev uddannet i år 2003, havde forladt faget et år efter.
- Antallet af sygeplejersker, der aktivt forlader faget, stiger, jo længere tid, de har været på arbejdsmarkedet. 4 pct. af 1993-årgangen havde forladt faget efter fem år. Efter 10 år var andelen steget til 10 pct.

Kilde: FTF og DSR.

bedre behandling



ARKIVFOTO: CORBIS

bende indberette deres data til NIP-sekretariatet, og på baggrund af indberetningerne får afdelingerne jævnligt tilbage-meldinger på resultaterne i form af statusrapporter. Der gennemføres også årlige audit både nationalt og i regionerne, hvor den nationale indikator-gruppe og tværfaglige ekspert-paneler inden for hvert sygdoms-område hver især vurderer, i hvor høj grad afdelingerne lever op til de nationalt fastsatte standarder.

"År for år kan vi se, at det nytter. Antallet af indberettede patienter stiger, og flere afdelinger opfylder de evidensbaserede standarder, indikatorerne fastsætter. Vi ser også, at flere afdelinger og regioner fremhæver de

indikatorer, de ikke har opfyldt for at kunne arbejde fremadrettet med at få forbedret behandlingen," siger Anne Nakano.

Her henviser hun bl.a. til patienter med hjerteinsufficiens, hvor en af indikatorerne er fysisk træning. De årlige audit har vist, at flere afdelinger haltedede bagud på det område, og det er nu medvirkende til, at flere afdelinger sammen med deres sygehusledelser arbejder på at etablere fysisk træning for patienterne.

Et studie af NIP-data for omkring 30.000 apopleksipatienter viser desuden, at de patienter, der får opfyldt flest af indikatorerne, også har lavere dødelighed.

I de fem år, NIP har eksisteret, er der søsat flere nationale tiltag

NIP omfatter pt. sygdoms-områderne apopleksi, akut mave-tarmkirurgi, diabetes, hjerteinsufficiens, hoftenære frakturer, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), lungecancer og skizofreni.

for at forbedre kvaliteten i det danske sundhedsvæsen. NIP er bl.a. leverandør til Den Danske Kvalitetsmodel, hvad angår de sygdomsspecifikke områder.

Læs mere på www.nip.dk og på www.sygeplejersken.dk, der

løbende har bragt artikler om NIP siden 2000, senest i *Sygeplejersken* nr. 17/2007 om de erfaringer, medarbejderne på Ortopædkirurgisk Sengeafsnit 05 på Middelfart Sygehus har gjort sig med NIP.



FOTO: SIMON KJELDSEN

Ind fra oven. Onsdag den 22. august klokken 15.47, byggeaktivitet på taget af Rigshospitalet, København. Fra oktober 2007 skal der stå en ny helikopterlandingsplads klar på taget af Rigshospitalets centralkompleks. I dag flyver forsvarrets redningshelikoptere flere gange om ugen med patienter til Rigshospitalet. Landingerne foregår i den nærliggende Fælledparken – herfra kan transporten i værste fald vare op til 45 minutter. En donation fra A.P. Møller-fonden har sørget for opførelsen af den 36 meter brede landingsplads. Pladsen får en separat elevator, en særlig ankomstbygning med kontrolltårn og en transportabel startmotor til helikopteren, hvis den ikke vil starte igen. (snp)

Chefredaktør på barselsorlov

Sygeplejerskens chefredaktør, *Sigurd Nissen-Petersen*, er på barselsorlov i september og oktober. I den periode er direktør i Dansk Sygeplejeråd, *Kirsten Kenneth Larsen*, konstitueret chefredaktør på *Sygeplejersken*, og journalist *Lotte Havemann* er konstitueret redaktionssekretær sammen med redaktionssekretær *Henrik Boesen*. *Sigurd Nissen-Petersen* er tilbage igen den 1. november 2007. (snp)

Vidste du at ...

... danskernes brug af forebyggende tilbud er stigende? I 2000 havde 70 pct. fået målt blodtryk inden for de seneste tre år, i 2005 var andelen steget til 77 pct. I 1994 havde 15 pct. fået målt kolesterol inden for de seneste tre år, i 2005 var andelen steget til 37 pct. I 1987 havde 20 pct. været til en forebyggende helbredssamtale inden for de seneste tre år, i 2005 var andelen steget til 37 pct.

Kilde: si-folkesundhed.dk (Ugens tal, uge 25).

Vidste du at ...

... den første hjertetransplantation blev foretaget i Sydafrika i 1967? Patienten døde dog 18 dage senere pga. kraftigt nedsat immunforsvar. Samme år blev den første lever transplanteret med succes i USA. Første nyrer blev transplanteret i 1954 i USA.

Kilde: Politiken på baggrund af oplysninger fra Transplantationsgruppen, Sundhedsstyrelsen, BBC Health og www.organdonor.gov



ARKIVFOTO: SCAMPPIX

Nu er det igen dokumenteret, at sundhedsplejens forebyggende arbejde hjælper mødre til at amme bedre og længere.

Tidlige besøg gavner amning

AF SUSANNE BLOCH KJELDSSEN, JOURNALIST

Brystbørn. Støtte til at læse sit nyfødte barns signaler hjælper mødre, der gerne vil amme. Det dokumenterer en undersøgelse blandt 1.600 nybagte mødre.

Mødre vil gerne amme, men det lykkes ikke altid. Sundhedsplejerske og post doc. *Hanne Kronborg* fra Institut for Folkesundhed har undersøgt, om en forebyggende indsats over for mødre, der gerne vil amme, virker. Indsatsen, som er beskrevet i en manual og en drejebog med standarder for ammerådgivning, blev fra 2003-2005 afprøvet i 11 kommuner fordelt på Ringkjøbing og Ribe amter. 11 sammenligningskommuner medvirkede desuden i undersøgelsen. Resultatet af undersøgelsen viser, at flere mødre bliver i stand til at amme i længere tid i de kommuner, hvor sundhedsplejerskerne støtter moderen i at tyde barnets signaler og giver hende den fagligt bedst dokumenterede praktiske viden om ammeteknik.

"Vi arbejdede på at gøre intervallet mellem fødslen og det første besøg af sundhedsplejersken så kort som muligt. Derefter gjaldt det om at identificere de mødre, der havde yderligere brug for hjælp. Vi ved fra andre undersøgelser, at det drejer sig om førstegangsfødende, usikre mødre og mødre med dårlige ammeerfaringer," siger Hanne Kronborg.

Alle mødre fik tilbudt det første besøg kort efter fødslen, mens mødre med særligt behov for hjælp fik tilbudt tre besøg i løbet af de første fem uger.

Hanne Kronborg fortæller:

"Ud over vellykkede ammeforløb kan vi se tydelige tendenser til, at de familier, hvor børnene bliver ammet, bruger vagtlægeordningen mindre, og børnene har mindre hyppighed af visse infektionssygdomme. De samme resultater er man nået frem til i andre undersøgelser, men denne undersøgelse slår igen fast, at der er evidens for, at et stykke forebyggende sundhedsplejerskearbejde nytter."

Undersøgelsen fra Institut for Folkesundhed er publiceret i det internationale videnskabelige tidsskrift Acta Paediatrica, den har titlen "Effect of early postnatal breastfeeding support: a cluster-randomized community based trial" og kan findes på www.blackwell-synergy.com/toc/apa/96/7

Blev narkoman på jobbet

AF SUSANNE BLOCH KJELDSSEN, JOURNALIST

Perfektionist. Kravet til sig selv om at være perfekt gjorde sygeplejerske *Kirsten Vivian Holst* til narkoman. I dag er hun fri af stoffer og har valgt at fortælle sin historie på sin egen hjemmeside www.cleannurse.dk

Hun er en af de omkring 70 sygeplejersker, som hvert år kommer i Sundhedsstyrelsens søgelys pga. misbrug af enten medicin eller alkohol. Helt usædvanligt har *Kirsten Vivian Holst* valgt at bryde tabuet og stå frem med navn og foto på sin egen hjemmeside. Her fortæller hun om sit misbrug af intravenøs morfin. Misbruget blev opdaget i 2005, hvor hun var ansat som sygeplejerske i en uddannelsesstilling på Anæstesi-afdelingen på Roskilde Sygehus. Hun blev fyret, og selv om hun blev hjulpet af sin arbejdsplads, af sagsbehandleren i Dansk Sygeplejeråds amtskreds og af a-kassen DSA, manglede hun stadig information om, hvor hun kunne få hjælp. Først og fremmest havde hun brug for at tale med ligesindede. Hendes hjemmeside er derfor en hjælp til sygeplejersker i samme situation.

"I 2005 da jeg googled 'sygeplejerske og misbrug,' kom der meget frem om sygeplejerskers arbejde med misbrugere, men jeg havde svært ved at se mig selv som en af de typiske misbrugere. Jeg har ikke haft

nogen hård barndom, og jeg har ikke skullet købe stoffer på gaden, jeg ville ikke ane, hvad jeg skulle stille op med en klump heroin. Jeg havde let adgang til medicinen. Men i dag kan jeg godt se, at trangen til stoffer er den samme for alle misbrugere," siger *Kirsten Vivian Holst*, der nu er i gang med



FOTO: STEEN THORNT

Det er et tabu at være misbruger og skulle leve med løgne, men jeg vil gerne være med til at bryde det tabu.

en kandidatuddannelse i sygepleje, hvor målet er at blive underviser eller klinisk vejleder.

"Selv om jeg nu er fri af stofferne, så tror jeg altid, jeg vil have misbrugsgenet, og derfor tør jeg ikke have medicinskabsnøgler," siger hun.

Stem elektronisk

Muligheden for at afgive sin stemme elektronisk var allerede til stede ved det seneste valg til Dansk Sygeplejeråds lokale bestyrelser, men nu bliver det endnu lettere at stemme via internettet.

"Det elektroniske valgkort" tilbydes alle aktive medlemmer af Dansk Sygeplejeråd, som oplyser deres e-mail-adresse til organisationen. E-mail-adressen kan maksimalt være på 75 tegn. Når valghandlingen går i gang den 15. oktober, modtager de pågældende medlemmer en mail, som allerede rummer et unikt password, som alle stemmeberettigede får. I mailen er der et link til den internetside, hvor der kan stemmes elektronisk. Ved at indtaste sit cpr-nummer som bruger-id på denne



www.dsr.dk

]]] INFORMATION OM SYGEPLEJERSKEPORTALEN

DSR markerer

World Mental Health Day

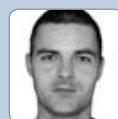
Da Jens Arentzen var barn, fik han en mission i livet. Det var at redde sin mor fra at begå selvmord. Jævnligt måtte han tjekke puls, fjerne piller og ringe efter ambulancen. Som skuespiller og instruktør har han arbejdet med, hvordan børn bliver påvirket af at have en dysfunktionel forælder. Derfor er han også en af foredragsholderne, når Dansk Sygeplejeråd og Depressionsforeningen sammen markerer World Mental Health Day den 10. oktober 2007. De to organisationer vil være med til at bryde tabuet om konsekvenserne for pårørende, der har en psykisk syg, deprimeret eller alkoholiker i familien. Det sker ved et arrangement på



PIA GEDE NIELSEN,
WEBREDAKTØR,
PGN@DSR.DK

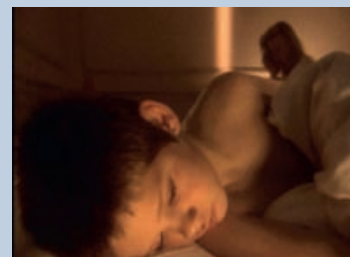


KRISTIAN ESKILDSEN
WEBJOURNALIST,
KFE@DSR.DK



ANDERS VON BENZON
KJERSGAARD,
WEBASSISTENT,
ABK@DSR.DK

dagen den 10. oktober i Empire Bio i København. Her vil en del af filmen blive vist, og Jens Arentzen, Poul Nyrup Rasmussen og psykiatrisk sygeplejerske Olga Run-ciman vil holde oplæg.



Arrangementet har fået sin egen side på portalen, hvor man kan læse mere og tilmelde sig fra mandag den 10. september.

Kom direkte til siden på adressen www.dsr.dk/wmhd

Kandidater lurepasser

Kandidaterne til kredsbestyrelsesvalget er begyndt at melde sig. Det har siden begyndelsen af juli været muligt at melde sit kandidatur via sygeplejerskeportalen. Interessen for at stille op varierer fra kreds til kreds. F.eks. er der ved redaktionens slutning tre gange så mange tilmeldte kandidater i Kreds Syddanmark som i Kreds Sjælland.

Det er nærmest en regel, at kandidater venter til sidste øjeblik med at melde sig til. De sidste dage er der ekstra pres på systemet, hvor det så går langsomt. På trods af lang deadline kommer det altid bag på nogle kandidater. Og det er også nærmest en regel, at nogen kommer i klemme. Men heldigvis er der kandidater nok.

Deadline for tilmelding er den 10. september kl. 15, mens selve valget finder sted mellem den 15. oktober og 8. november. Valgets egen side ligger på www.dsr.dk/kbvalg2007

Er der nogen?

Mens der er kandidater nok til kredsbestyrelsesvalget, er der stadig god plads på stemmesedlerne til valget til bestyrelsen i Lederforeningen i DSR. Dette valg finder sted samtidigt med kredsbestyrelsesvalget. Ved redaktionens slutning er der stadig kredse, hvor ingen ledere har meldt deres kandidatur. Dette sker på valgets egen hjemmeside på www.dsr.dk/lederforeningsvalg

Inden hun åbnede sin hjemmeside, kontaktede hun ledelsen på sin tidligere arbejdsplads for at få deres billigelse til projektet, og hun fik positive tilbagemeldinger.

Hun siger:

"Jeg har ikke fortrudt et øjeblik, at jeg er stået frem med navn, selv om jeg er blevet kimet ned af journalister. Jeg bor i et lille samfund, og jeg er selvfølgelig skamfuld. Det er et tabu at være misbruger og skulle leve med løgne, men jeg vil gerne være med til at bryde det tabu."

Læs Kirsten Vivian Holsts egen historie på hjemmesiden www.cleannurse.dk, hvor der også er links til andre hjemmesider og til nogle af de steder, hvor sygeplejersker med misbrugsproblemer kan søge hjælp. Sygeplejersken skrev i nr. 11/2006 om sygeplejersker med misbrugsproblemer, og hvor man kan få hjælp. Find artiklen på www.sygeplejersken.dk og søg på: "Der er en misbruger iblandt os."

]]] BEHOV FOR NATIONAL HOTLINE TIL MISBRUGENDE SYGEPLEJERSKER

25 sygeplejersker har til dato benyttet sig af et særligt tilbud til sundhedspersonale, der misbruger medicin. Behandlingstilbuddet blev oprettet i 2006 i Alkoholenheden i Region Hovedstaden, og det består af gruppeterapi, individuel terapi af kognitivt tilsnit og kontrol. I oktober starter et nyt hold sygeplejersker.

Erfaringen fra Alkoholenheden er, at sygeplejerskerne har udbytte af behandlingen.

"Misbrug er en kronisk sygdom, og tilbagefald kan opstå, men sygeplejerskerne er blevet bedre til at håndtere tilbagefaldene. De ved, at de skal melde sig syge, for det kan få store konsekvenser for dem at møde påvirkede op på arbejde. De ved, hvor de kan få hjælp, og de har et nyt netværk, der kan støtte dem," siger klinisk oversygeplejerske i Alkoholenheden Marianne Gunst-Møller, der mener, at omkring 20 ud af de 25 har klaret sig uden tilbagefald.

Hun mener, at der efter amerikansk forbillede er behov for en anonym national hotline for misbrugende sygeplejersker.

Sygeplejersker over hele landet kan henvende sig anonymt og få rådgivning hos Alkoholenheden i Region Hovedstaden på tlf. 3531 5900. Hos Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse, DSA, kan man få information om behandlingssteder i hele landet hos jobkonsulent Lykke Østerlin Koch på tlf. 4695 3111.



Kredsbestyrelsesvalg 2007

side kan sygeplejersken derefter gå i gang med at stemme til det lokale bestyrelsesvalg samt valg af kredsformand og kreds-næstformand. Stemmeberettigede til Lederforeningen kan også afgive deres stemmer elektronisk. Der er fortsat mulighed for at stemme elektronisk – også uden e-mail-adresse – via www.dsr.dk, ligesom alle stemmeberettigede desuden modtager en trykt stemmeseddel og returkuvert. Valgene til Dansk Sygeplejeråds fem nye kredsbestyrelser og Lederforeningen slutter den 8. november 2007.

(sp)



ÆLDRE PATIEN



AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN,
JOURNALIST



AF SUSANNE NIELSEN,
JOURNALIST

TER SENDES FOR HURTIGT HJEM

Der er opstået en gråzone mellem hospitaler og hjemmepleje, som et stærkt stigende antal ældre borgere havner i. Det viser tal fra Sundhedsstyrelsen, som fagbladet Sygeplejersken har fået aktindsigt i. På bare 10 år er antallet af korte, akutte indlæggelser blandt ældre over 70 år steget eksplosivt. De ældre er for syge til at være hjemme, men for raske til hospitalet. Derfor skubbes de ældre frem og tilbage mellem landets sygehuse og hjemmeplejen, bekræfter eksperter, praktiserende læger og hjemmeplejen. Konsekvensen er, at de svage ældre borgere ufrivilligt pendler ind og ud af landets sygehuse, hvilket har store omkostninger for de ældre og koster skatteborgerne millioner af kroner.

KORT INDLÆGGELSE VAR UFORSVARLIG

Hjernerystelse? Plaget af smerter og kvalme sendte skadestuen 82-årige Hanne Andersen hjem efter fald. På plejehjemmet undrer personalet sig.

AF SUSANNE NIELSEN, JOURNALIST • FOTO: SIMON KNUDSEN

82-årige *Hanne Andersen* bor på plejehjemmet Klarahus i De Gamles By i København. For tre uger siden faldt hun om natten og pådrog sig en ordentlig flænge i panden. Ved 01-tiden blev hun sendt på skadestuen, hvor hun blev syet med 17 sting. En operation, der helt tog pippet fra den ellers så hårdføre Hanne. Og allerede tre timer senere – kl. 4.00 om natten – blev hun sendt retur til plejehjemmet, selv om hun var tydeligt forkommen.

”Vi undrede os meget over, at hospitalet kunne finde på at hjemsende Hanne midt om natten, når hun både var meget smerteplaget, svimmel og havde kvalme. Efter min mening havde hun tydelige symptomer på hjernerystelse, så man burde nok have beholdt hende til observation. Men det er jo en lægelig vurdering,” siger teamleder og social- og sundhedsassistent *Stine Kristoffersen*, der assisterer Hanne Andersen under interviewet, fordi hun siden sit fald har haft svært ved at udtrykke sig.

Efter faldet har Hanne Andersen ændret personlighed, og hun har problemer med at finde ordene.

”Hun er begyndt at tale utydeligt, som om hun har en kartoffel i munden, og hun har fået sværere ved at huske. Vi mener derfor, at hun bør undersøges nærmere, men da egen læge holder ferie, er vi ikke kommet videre med sagen,” siger Stine Kristoffersen.

Hun mener, at de korte hospitalsophold kan være problematiske.

”Jeg må konstatere, at vores beboere oftere bliver sendt hurtigt hjem igen – tit sker det inden for få timer eller en halv dag, og uden at der er foretaget en egentlig udredning. Feks. har vi sendt beboere af sted, som var meget forstoppede. De kommer hurtigt hjem efter at have modtaget store mængder afføringsmidler, og nogle af dem er meget afkræftede. Eller vi har indlagt beboere, som havde spist og drukket sparsomt i flere dage, og som derfor var afkræftede, hvorefter vi får dem retur igen med en besked om, at ”patienten er i sin habituelle tilstand” – dvs., at beboeren bare skal spise og drikke som vanligt. Det skyldes formentlig, at man fra hospitalets side mener, at vi kan fortsætte behandlingen her på plejehjemmet, og det kan vi også meget langt hen ad vejen. Men det kræver, at vi får at vide, hvordan plejen skal foregå, og om der er nye tiltag over for beboeren,” fortæller Stine Kristoffersen.



Bare tre timer efter en akut indlæggelse blev Hanne Andersen udskrevet igen. Helt uforståeligt, mener personalet på det plejehjem, hvor Hanne Andersen nu sidder med svære mén efter sin ulykke.

”Mange gange gør vi de ældre en bjørnetjeneste ved at indlægge dem. De har ikke godt af at blive flyttet frem og tilbage, og det ville være bedst at behandle dem derhjemme. De fleste af de lidelser, de har, såsom urinvejsinfektion, lungebetændelse, dehydrering og forstoppelse, kan dygtige hjemmesygeplejersker sagtens klare selv i samarbejde med de praktiserende læger.”

Elsbeth Henriksen, hjemmeplejeleder på Nørrebro.

FLERE ÆLDRE LIDER UNDER KORTE INDLÆGGELSER

Kastebolde. Når en borger over 70 år bliver sløj eller syg, indlægges han i stigende omfang akut på hospitalet og udskrives igen inden for 24 timer. Han er for rask til sygehuset og for syg til sit hjem. De ældre bliver ofte tabt i denne gråzone og må pendle frem og tilbage mellem hospitalerne.

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN OG SUSANNE NIELSEN, JOURNALISTER

76.000. Så mange gange blev borgere over 70 år indskrevet og udskrevet inden for 24 timer på hospitaler landet over sidste år. Det er 89 pct. flere end i 1997.

”Mange ældre befinder sig i en gråzone, hvor de ikke er syge nok til at blive indlagt på et hospital, men heller ikke raske nok til at klare sig derhjemme. De mangler tilbud i form af ældreboliger, plejehjem eller aflastningsplads,” siger formand for Praktiserende Lægers Organisation, *Michael Dupont*.

Han bakkes op af forskere fra Danmarks Sundhedsinstitut, der har undersøgt spillet mellem hjemmesygeplejen og hospitalerne.

”Hvis patienten ikke fejler noget, der kræver udredning og behandling på et specialiseret niveau, udskrives hospitalerne i dag meget hurtigt til hjemmepleje. Men det betyder ikke, at patienten ikke stadig kan være særdeles plejekrævende og syg,” siger projektleder, cand.scient.adm. *Martin Sandberg Buch* fra Dansk Sundhedsinstitut (DSI), der er medforfatter til en nyere rapport om u hensigtsmæssige indlæggelser.

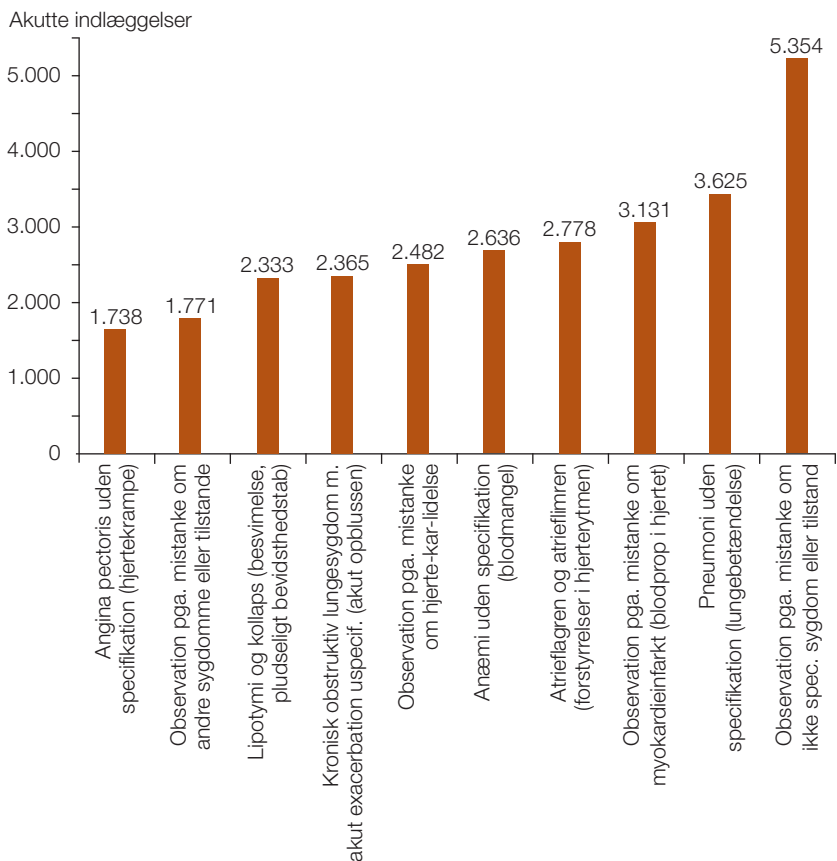
Dårlige afleveringer et problem

”Det stigende antal af ældre, der indlægges akut, er bl.a. udtryk for dårlige afleveringer mellem kommune og hospitaler. Man skubber ansvaret for de ældre frem og tilbage, og derfor tabes de ældre borgere i en gråzone mellem kommunen og sygehusene,” forklarer *Jakob Kjellberg*, sundhedsøkonom fra DSI.

Men hos Ældresagen mener man, at stigningen i antallet af endagsindlæggelser både

))) INDLAGT AKUT – DE 10 HYPPIGSTE DIAGNOSER

Tabellen viser fordelingen af de 10 hyppigste diagnoser for akutte indlæggelser i 2006 af under fire dages varighed.



Kilde: Sundhedsstyrelsen, juli 2007.

”De ældre bliver kasterbolde i systemet. Vi får rigtig mange ind fra plejehjemmene, der måske slet ikke skulle havde været indlagt.”

Annelise Lethan, afdelingssygeplejerske på Almenmedicinsk afdeling på Bispebjerg Hospital.

)) kan være positivt og negativt for den ældre borger.

”Det er jo godt, at patienten udskrives hurtigt, hvis han er blevet udredt eller færdigbehandlet på kort tid. Der, hvor den hurtige udskrivning er problematisk, er, når patienten f.eks. er indlagt, fordi den praktiserende læge ikke kan finde ud af, hvad han fejler. Hvis ikke sygehuset tager det alvorligt og bare sender patienten hurtigt hjem igen uden at foretage ordentlig udredning, så risikerer man jo, at patienten bliver kasterbold mellem lægen og hospitalet,” siger sundhedspolitisk medarbejder i Ældresagen, *Søren Gustavsen*.

Øget pres på kommunerne

Den voldsomme stigning i korte medicinske indlæggelser er udtryk for en helt bevidst indsats på de akutte modtageafsnit, der er blomstret op siden midten af 90'erne, om, at patienterne skal være udredte og henvist til behandling på en stationær afdeling eller udskrevet inden for det første døgn, hvilket har resulteret i, at op imod halvdelen af de medicinske patienter i dag udskrives inden for 24 timer.

Martin Sandberg Buch fra DSI understreger, at det aldrig har været hospitalernes opgave at tage sig af patienter, der ikke har brug for specialiseret behandling og pleje. Men det har de tidligere gjort i højere omfang end i dag, og det er muligvis derfor, at det i kommunerne kan opleves som en opgaveglidning, når de patienter, der udskrives efter en kort tur på hospitalerne, er mere plejekrævende end hidtil. Og det er Kommunernes Landsforening enige i.

”De ældre er mere syge, når de udskrives, end tidligere. De har behov for sygepleje, og det er et problem, for hænderne går fra andre opgaver. Hvis der kommer en udskrivningspatient fra et sygehus, så er vi nødt til at tage os af det. Vi kan ikke sige: Du kan vente en dag ekstra. På den måde får de jo skubbet sig ind foran, og det går ud over de øvrige hjemmeboende, som så må vente lidt længere,” siger *Tove Larsen*, formand for socialudvalget i Kommunernes Landsforening (KL) og socialdemokratisk borgmester i Aabenraa.

Kombinationen af manglen på sygeplejersker i plejesektoren og det kraftigt stigende antal ældre, der udskrives i en tilstand, hvor de stadig kræver pleje, øger risikoen for opslidende og dyre genindlæggelser.

”Hospitalerne mener, at problemerne kan klares i eget hjem, og sender den ældre retur

til hjemmeplejen. Men det tilbud, der skulle være derhjemme, er der bare ikke – og det resulterer i, at de ældre patienter ligger og pendler frem og tilbage mellem hjem og hospital, indtil de bliver tilbudt en plads på et plejehjem eller aflastning,” siger Michael Dupont, formand for P.L.O.

KL kræver flere penge

Den ekstreme stigning over en 10-årig periode i de korte indlæggelser af ældre borgere stiller store krav til den kommunale pleje, der skal modtage de ældre, når de udskrives. Men hjemmeplejen er presset. Samtidig med, at hospitalerne sender flere og mere plejekrævende ældre patienter hurtigt hjem, flytter sygeplejerskerne ud af hjemmeplejen. De seneste seks år er antallet af sygeplejersker, der er ansat i kommunerne, faldet med 6,6 pct., viser tal fra Det Fælleskommunale Løn-datakontor.

Med et øget behov for sygepleje i kommunerne, mener Tove Larsen fra KL, at kommunerne har ret til flere penge fra både staten og regionerne.

”Vi skal kompenseres for den øgede udgift, der bliver pålagt os, efterhånden som sygehusene effektiviseres. Man kan jo ikke effektivisere sygehusene og tage gevinsten der og så bare vælte udgifterne over på kommunerne, uden at vi bliver kompenseret for det,” siger hun.

Men det er Danske Regioner – ikke overraskende – helt uenige i. Formand for sundhedsudvalget i Danske Regioner, *Orla Hav* (S), mener, at diskussionen om kompensationsudelukkende skal tages mellem kommunerne og staten.

”Det vil undre mig, hvis det kommer bag på kommunerne, at de modtager flere borgere, der udskrives hurtigt fra sygehusene,” siger han og uddyber:

”Det har været en villet proces. Kommunerne har jo sagt, at de ønsker at have ansvar for deres borgere i så vidt omfang som muligt, og så er det op til kommunerne at få sig indrettet, så de er i stand til at leve op til et stærkt specialiseret og effektivt hospitalsvæsen. Jeg har svært ved at synes, at kommunerne har købt katten i sækken.”

Store summer at spare

Men de korte, akutte indlæggelser kan faktisk reduceres markant. Det viser flere forsøg. Bl.a. gav et projekt i Glostrup med opfølgning efter indlæggelserne gode resultater. I Glostrup holdt man et møde i patientens hjem mellem den praktiserende læge, hjemmeplejen og patienten inden for den første uge efter en indlæggelse, samt 1-2 opfølgende besøg hos en praktiserende læge.

”Det er en lille bitte indsats. Resultatet efter de første seks måneder var dels, at man reducerede genindlæggelserne med 25 pct., dels at man i gennemsnit sparede 5.000 kr. pr. patient,” fortæller sundhedsøkonom Jakob Kjellberg.

De korte indlæggelser koster samfundet millioner. Alene i 2006 kostede de akutte én-dagsindlæggelser en halv milliard skatte kroner. Medtager man omkostningerne ved indlæggelserne på samlet to dage, der udgør knap 30.000 i 2006, kommer udgiften i 2006 op på 0,8 mia. kr.

Udgifter, der kunne minimeres.

Et andet eksempel fra Frederiksberg Hospital viser, at man ved at oprette en funktion med en udgående sygeplejerske fra et akutmedicinsk modtageafsnit, der kan tilkaldes af hjemmeplejen eller plejehjemmet, kan forhindre mere end 80 pct. af de akutte indlæggelser blandt de ældre borgere i kommunen.

kbc@dsr.dk

))) SÅDAN GJORDE VI

Alle tal stammer fra Sundhedsstyrelsens Landspatientregister, som *Sygeplejersken* har fået aktindsigt i. Data vedrører samtlige indlæggelser af ældre over 70 år og dækker en 10-årig periode fra 1997-2006. Talmaterialet er på over tre millioner poster. Vi har behandlet tallene i databaseprogrammet Access med assistance fra Kaas & Mulvad Research & Analyse. Vi har dog haft særlig fokus på de akutte indlæggelser og har derfor udelukket samtlige ikke-akutte (planlagte) indlæggelser, som udgør den største andel af hospitalskontakterne, fra flere af beregningerne. Indlæggelserne er fordelt på i alt 8.497 diagnoser, de såkaldte SKS-koder, der følger WHO-koderne. Mange grund-diagnoser, som f.eks. lungebetændelse, er fordelt over adskillige SKS-koder, alt efter type, men vi har kun medtaget de hyppigst brugte diagnosekoder. For lungebetændelse er det f.eks. SKS-kode DJ189. Det betyder, at vi i opgørelsen over de hyppigste diagnoser ikke har samtlige indlæggelser med. For at ingen personer kunne identificeres, var cpr-numrene i det udleverede datasæt krypterede.

UDSKREVET UDEN HJEMMEPLEJE

Alene. 82-årige Torben Nielsen blev udskrevet efter en nyreoperation til en tom lejlighed, uden at hjemmeplejen blev orienteret. Uden naboens hjælp kunne det være gået helt galt.

AF SUSANNE NIELSEN, JOURNALIST • FOTO: SIMON KNUDSEN



Torben Nielsen er 82 år, bor alene og har gennem det seneste halve år oplevet at blive sendt frem og tilbage mellem tre hospitaler i hovedstadsområdet. Et forløb, der har været langtrukket og usammenhængende og har budt på flere overlappende undersøgelser. Men den værste oplevelse var dog at blive sendt svækket og smerteplaget hjem til en tom lejlighed, uden at hjemmeplejen var blevet orienteret.

”Mandag før pinse blev jeg opereret på Rigshospitalet, hvor jeg fik fjernet den ene nyre. Det var en hård omgang, og jeg var efterfølgende meget syg og svækket. Alligevel insisterede lægen på at sende mig hjem om fredagen, hvilket jeg protesterede imod, fordi jeg netop havde fået en blodtransfusion og følte mig dårlig. Så jeg fik lov til at blive en dag mere,” fortæller Torben Nielsen.

Ved udskrivelsen pinselørdag kl. 16.00 fik Torben besked om, at hjemmeplejen var blevet kontaktet, og at han roligt kunne tage hjem.

”Men da jeg kom hjem, var der ingen til at tage imod mig, og jeg havde det så dårligt, at jeg ikke selv kunne komme op ad trapperne til min lejlighed. Heldigvis var min nabo hjemme, og hun var så venlig at hjælpe mig.”

Resten af pinsen så Torben Nielsen heller ikke skyggen af hjemmehjælpen, og han klarede sig kun, fordi naboen tog sig af ham og serverede mad for ham.

”Tirsdag efter pinse ringede min søn til hjemmeplejen, som fortalte, at de ikke havde fået besked om min udskrivelse, og først om onsdagen fik jeg det første besøg,” fortæller Torben, som dog tilføjer, at han efterfølgende fik upåklagelig hjælp.

”Filosofien fra hospitalets side er tydeligvis, at patienten kommer sig bedre i eget hjem. Men det kræver jo først og fremmest, at der er tilstrækkelig hjælp. Jeg tør slet ikke tænke på, hvordan det går de ældre, som ikke har nogen pårørende eller venlige naboer til at hjælpe sig.”

Knap fem dage måtte Torben Nielsen klare sig uden hjemmehjælp. En situation, der kunne være gået helt galt for den nyopererede og afkræftede Torben, hvis ikke naboen havde bragt mad og støtte.



AKUTSYGEPLEJERSKER FOREBYGGER INDLÆGGELSER

Udgående. På Frederiksberg Hospital sørger to udgående akutsygeplejersker for, at bydelens ældre borgere skånes for mange overflødige og belastende hospitalsophold. Samtidig har projektet foreløbig sparet skatteyderne for over 2 mio. kr.

AF SUSANNE NIELSEN, JOURNALIST • FOTO: JAKOB BOSERUP

Klokken er 7.45 mandag morgen. På Akut Modtage Afsnit (AMA) på Frederiksberg Hospital gør udgående sygeplejerske Annette Schebye sig klar til at tage ud på dagens første tur: Et opfølgningsbesøg hos en 76-årig kvinde, der i fredags fik målt et alarmerende højt blodtryk. Men først skal Annette Schebye have fyldt sin store sorte taske op med udstyr. En opgave, hun ikke nåede i fredags, hvor hun havde ekstra travlt.

"Jeg blev kaldt ud til seks besøg forskellige steder i byen, så det var meget hektisk, og jeg cyklede så hurtigt, at jeg slet ikke opdagede, at det øsede ned," fortæller hun.

Berit Juhl, oversygeplejerske på AMA, er tydeligvis stolt af det projekt, hun satte i værk for 2½ år siden. Idéen opstod af, at der var alt for mange patienter til de bare 20 senge, som AMA rådede over dengang.

"Vi fik mange ældre patienter ind, som skulle have lagt et blærekateter op eller have basal væskebehandling. Så vi spurgte os selv, hvorfor de skulle ind, når vi kunne tage ud," fortæller Berit Juhl.

Hospitalsledelsen gik med på at bevilge en udgående fuldtidsstilling, som blev delt mellem to erfarne sygeplejersker, og projektet blev skudt i gang i december 2004.

"Opstartsfasen var lang, fordi vores brugere

ikke kendte os. Vi brugte det første års tid på at oplyse om vores nye funktion, og det var ikke uden modstand fra hjemmeplejen og de praktiserende læger, som ikke brød sig om, at vi blandede os i deres arbejde," siger hun.

83 pct. undgår indlæggelse

I dag fungerer samarbejdet rigtig godt. Hjemmeplejen slipper delvist for besværet med at kontakte de praktiserende læger, fordi AMA-sygeplejerskerne har indlæggelsesret og altid kan rådføre sig med afdelingens visiterende overlæge, mens de praktiserende læger undgår at tage ud på tidskrævende hjemmebesøg.

"Plejhjemspersonalet bruger os også meget. Hvor det i starten kun var tre plejehjem, der kontaktede os, gælder det nu alle 14 plejehjem på Frederiksberg," siger Berit Juhl.

Tallene viser, at 83 pct. af de ældre borgere, som AMA-sygeplejerskerne besøger, undgår hospitalskontakt.

Klokken nærmer sig 8.00, og Annette Schebye haster ned til den solide damecykel, som står parat foran indgangen. Selv om morgenluften er kølig, er hun kun iført sin kittel og et par Crocs. Hun bugserer den tunge taske, der er på størrelse med en mindre weekendkuffert,

op i kurven på bagagebæreren. Den kan lige nøjagtig være der, når den står på højkant.

Efter 10 minutters cykeltur er hun fremme ved den institution for psykisk handicappede, hvor hendes første klient bor. Afdelingslederen fortæller, at den 76-årige kvinde er oprevet og utryk. Ligesom de øvrige beboere glæder hun sig til at komme på udflugt og vil ikke indlægges. Med stor forsigtighed lykkes det Annette Schebye at måle kvindens blodtryk, som er 185/115. Det er faldet lidt siden i fredags, så medicinen har tydeligvis gjort sin virkning. Men det er stadig alt for højt, og Annette Schebye vil ikke påtage sig ansvaret for sagens videre forløb.

Hun ringer til den praktiserende læge, som er optaget, og først efter fire opringninger lykkes det at komme igennem. Sekretæren lover, at lægen vil ringe tilbage – hvilket han dog ikke når, inden udflugten starter. Plejepersonalet og Annette Schebye beslutter i fællesskab at lade klienten tage med på udflugten. (Lægen orienteres senere om planen og godkender den).

Et stort fremskridt

Anne Bondegaard, plejhjemsforstander på Liobahjemmet, Frederiksberg, er en flittig bruger af AMAs udgående funktion. Hun er ovenud tilfreds med ordningen, som hun ikke tøver med at kalde et stort fremskridt.



”Takket være AMA-funktionen har vi i dag meget færre af de korte indlæggelser, og beboerne har fået en større tryghed og bedre livskvalitet.”

Anne Bondegaard, plejehjemsforstander på Liobahjemmet.

”Takket være AMA-funktionen har vi i dag meget færre af de korte indlæggelser, og beboerne har fået en større tryghed og bedre livskvalitet. Med 29 beboere, som har 20 forskellige praktiserende læger, er det en stor lettelse at kunne nøjes med at kontakte en af de to AMA-sygeplejersker, som vi efterhånden kender rigtig godt. De kan både lægge blærekatter og tage blodprøver, som vi får svar på inden for et par timer. De kan også lægge drop i dagtimerne, som vi så kan passe om aftenen på hverdage, hvor vi har tilstrækkelig normering til det,” siger Anne Bondegaard.

”Men først og fremmest undgår vi den store frygt, der er forbundet med en indlæggelse. For en dement beboer på over 80 er det meget forvirrende at blive stillet spørgsmål af seks forskellige læger og eventuelt blive udsat for lang ventetid på skadestuen,” fortæller hun.

”Det eneste, vi mangler, er, at AMA-sygeplejerskerne får et ekg-apparat, så de også kan undersøge hjertefunktionen,” mener Anne Bondegaard.

Omkring kl. 9.15 er Annette Schebye fremme ved dagens anden klient, en 79-årig kvinde, som for nylig er flyttet til Frederiksberg og bor i egen lejlighed. I fredags fik hun konstateret

blærebetændelse og blev ordineret penicillin. Samtidig lider hun af svimmelhed og har måske for lav blodprocent. Annette Schebye tager en blodprøve og måler kvindens blodtryk og temperatur. Blodtrykket er normalt, men kvinden har let feber.

Efter ca. en times besøg, hvor der også har været tid til en ordentlig snak med patient og hjemmesygeplejerske, cykler Annette Schebye tilbage til AMA. Her fisker hun straks glasset med blodprøven frem og sender den af sted i et røropost-system, så den få sekunder senere havner i hospitalets laboratorium. Inden for en time kan hun forvente svar på prøven.

Mens hun venter, sætter hun sig hen til AMA-udgåendes egen bærbare computer, hvor hun aflægger rapport om de to besøg, hun foreløbig har været på. Nu popper resultatet fra blodprøven op – som ventet er den 79-åriges infektionstal blevet bedre, men samtidig er blodprocenten faldet til 5,5.

”I dette tilfælde kan vi desværre ikke undgå en indlæggelse. Til gengæld sparer vi en del tid i det videre forløb, fordi forundersøgelserne allerede er gjort,” siger hun.

Vil gerne udvide ordningen

Som det er i dag, tager AMA-sygeplejerskerne kun ud på hverdage mellem kl. 8.00 og

15.30. ”Vi vil gerne udvide ordningen til at omfatte aften og weekend, så der også kan gives væske og intravenøs antibiotika, som skal tages ud om aftenen,” siger oversygeplejerske Berit Juhl.

Hjemmeplejen og plejehjemspersonalet på Frederiksberg er dog ikke helt prisgivet uden for dagtimerne på hverdage. AMA-projektet har nemlig en hotline, hvor man døgnet rundt kan ringe ind og få råd af erfarne sygeplejersker og læger.

Berit Juhl fortæller:

”Nu, hvor ordningen er helt indkørt, og kendskabet til os er udbredt til alle instanser, kan vi kun konstatere, at projektet er til gavn for alle parter. Ikke mindst til at fastholde vores egne, dygtige sygeplejersker. Fra starten af 2007 har vi mærket en stor stigning i henvendelser fra både hjemmepleje, plejehjem og praktiserende læger. Alene i juni måned var de to udgående akutsygeplejersker ude på 56 besøg. Nu håber vi bare, at vi også får bevilget en bil, så sygeplejerskerne slipper for at skulle ud at cykle i dårligt vejr.”

redaktionen@dsr.dk

))) AMA-PROJEKT SPARER PENGE

83 pct. af de ældre borgere, AMA-sygeplejerskerne besøger, undgår indlæggelse. Dermed spares udgifter til ambulancekørsel, hvilket er 1.000 kr. hver vej, samt indlæggelser, der gennemsnitlig varer 2-3 dage og koster 4.500 kr. pr. sengedag.



Når sygeplejedirektør på Frederiksberg Hospital Anna Guttesen er på "patientsikkerhedsstuegang" for at afværge potentielle patientskader, bliver hun mødt af et personale, som er positivt overrasket over, at et medlem af topledelsen kommer og taler med dem om deres dagligdags problemer. Anna Guttesen finder det ganske naturligt, for som hun siger: "Det er frontpersonalet, som har den tætte kontakt og kender de utilsigtede hændelser."

Sygeplejedirektør Kritik er til patienternes bedste

Problemknuser. Topledelsen skal ud at signalere, at patientsikkerhed er vigtig, mener sygeplejedirektør på Frederiksberg Hospital Anna Guttesen. Gennem den såkaldte patientsikkerhedsstuegang møder hun frontpersonalet og deres frustrationer.

AF LOTTE HAVEMANN, JOURNALIST • FOTO: HEINE PEDERSEN

))) FAGLIGT FYRTÅRN

De har geist, viden og deres meningers mod. De er faglige fyrårne. Sygeplejersken interviewer personligheder, der sætter deres præg på det danske sundhedsvæsen.

Sygeplejedirektør på Frederiksberg Hospital Anna Guttesen sidder på sit kontor og er berørt. Hun har lige været på en såkaldt patientsikkerhedsstuegang på afsnit H2 for reumatologiske og medicinske patienter. Afsnittet er præget af overbelægning og mange ældre og gangbesværede patienter. Der sker mange fald, og de trange, fysiske forhold har en stor del af skylden.

"Når jeg går derfra, er jeg simpelthen ked af det. Jeg brænder for, at der bliver gjort noget ved de ting på afsnittet, som kan skade

patienternes sikkerhed," siger Anna Guttesen.

Personalet på H2 har for nogle af forholdenes vedkommende forgæves forsøgt at få løst problemerne tidlige.

"Jeg har ofte midlerne til at få lavet tingene om. Det har de ikke," siger hun og tænker videre højt:

"Vi skal have nogle af de mest indflydelsesrige personer med derover: den lægelige direktør og den tekniske chef."

Tegn på åben kultur

Anna Guttesen er stolt af patientsikkerhedsstuegangen. Flere sygehuse i Danmark benytter sig af dette ledelsesredskab, men ikke alle steder går direktionens repræsentanter selv med ud til personalet på gulvet. Det gør de på Frederiksberg Hospital.

"Den reaktion, jeg får, er: "Hvor er det fantastisk, at et medlem af topledelsen kommer og taler med os om vores dagligdags proble-

mer." På den måde signalerer vi, at patientsikkerhed er vigtig. Det drejer sig om liv og død og skade."

Hun lægger vægt på, at personalet kan komme frem med deres kritik på stuegangen.

"Det er frontpersonalet, som har den tætte kontakt og kender de utilsigtede hændelser."

Det er også afgørende for Anna Guttesen, at hun er med til at skabe en patientsikkerhedskultur på Frederiksberg Hospital. Her har man indberettet utilsigtede hændelser siden 2002. Og der kommer mange indberetninger fra hospitalet. Det er et tegn på en åben kultur, siger sygeplejedirektøren.

"Vi har f.eks. mange fald, men det er naturligt, fordi vi har mange ældre patienter. Vi har også en del medicineringsfejl, men siden 2004 har tallet været dalende. Det skyldes bl.a., at vi har indført elektronisk patientmedicinering på hele hospitalet."

lha@dsr.dk

Farlige svingdøre og patienter på gangen

Fællesrunde. En automatisk svingdør og en måtte, som udgør en faldrisiko for patienterne. Nogle håndholdte computere, som kun virker hver anden gang. Og en forveksling mellem ilt og atmosfærisk luft. Disse og flere emner kom frem på den såkaldte patientsikkerhedsstuegang på afsnit H2 på Frederiksberg Hospital.

AF LOTTE HAVEMANN, JOURNALIST • FOTO: HEINE PEDERSEN

”I er ikke til eksamen. Snarere tværtimod. I kan tale frit fra leveren. Vi skal have alle problemerne frem. Det er til patienternes bedste.”

De venlige, men bestemte ord kommer fra sygeplejeadministrerende direktør *Anna Guttusen* på Frederiksberg Hospital.

Hun er i færd med ”ledelsens patientsikkerhedsrunde” – i daglig tale patientsikkerhedsstuegang – på afsnit H2, som modtager reumatologiske og medicinske patienter.

På skift deltager hun eller en anden fra direktionen i patientsikkerhedsstuegangen, som bl.a. afviger fra en almindelig stuegang, som ikke nødvendigvis involverer nogen patienter. Fokus er på patientsikkerhed set med personalets øjne.

Patientsikkerhedsstuegangen begynder typisk med, at repræsentanter fra direktion, klinikledelse og afsnitsledelse samles og gennemgår de problemer, afdelingen har, og som har konsekvenser for patienternes sikkerhed. Derefter går gruppen en tur rundt i afdelingen og ser på de konkrete problemer og taler med flere personalemedlemmer og evt. også patienter. Til slut samles gruppen

igen (de, der kan) og bliver enige om, hvilke punkter ledelsen skal følge op på.

Griber jævnlige patienter

Til stede i samtalerummet er sygeplejeadministrerende direktør *Anna Guttusen*, risikomanager *Karin Lornsen*, oversygeplejerske *Laila Nielsen*, afdelingssygeplejerske *Gydda Espersen*, overlæge *Bo Pedersen*, og fysioterapeut *Hanne Birkedahl*.

Anna Guttusen lægger ud: ”Har I mange utilsigtede hændelser?”

Gydda Espersen: ”Ja, vi har mange fald i perioder og en del medicineringsfejl. Det sker, at lægen har skrevet forkert dosis, men fejlene er indtil nu blevet fanget af sygeplejerskerne.”

Overlæge *Bo Pedersen* fortæller, at hvis lægen ryster lidt på hånden ved den elektroniske patientmedicinering (EPM), kan han godt komme til at skrive 11 panodiler i stedet for 1.

Gydda Espersen tilføjer, at systemet ikke automatisk korrigerer for fejl mellem f.eks. ”stk.” og ”mg.”

Anna Guttusen: ”Vi arbejder på, at der i

den næste version af EPM kommer en advarsel, hvis lægen trykker forkert.”

Anna Guttusen: ”Og hvad med den håndholdte computer – bruger I den?”

Gydda Espersen: ”Den er håbløs. Den virker ikke halvdelen af gangene. Når man har kodet sig ind og er kommet helt ind, så går den ud. Det er grunden til, at mit personale meget sjældent bruger den. Den skal bare virke hver gang.”

Anna Guttusen: ”Det problem har vi hørt om før, så vi er allerede ved at finde en løsning på regionsplan.”

Anna Guttusen: ”Hvad oplever I som fysioterapeuter?”

Hanne Birkedahl: ”Vi griber jævnlige patienter, som er ved at blive væltet af de automatiske svingdøre. Der er ikke nogen, der er kommet til skade, men det ville være bedre, hvis de gik fra side til side.”

Sygeplejerske faldt over kørestol

Sådan fortsætter samtalen, og parterne når rundt om emner som talrige, alvorlige faldrisici for de mange gangbesværede patienter,

))) EFTER STUEGANGEN ER FØLGENDE BLEVET TILPASSET PÅ H2:

- Problemet med svingdøren kan ikke ændres til en skydedør. I stedet er der fundet en anden løsning – en gul advarselsafmærkning på gulvet foran svingdørene.
- Mht. de håndholdte computere afventes en ny version, som skulle være mere stabil.
- Alle aggregater for ilt og atmosfærisk luft er nu blevet mærket for at tydeliggøre forskellen på de to typer.
- Måtter foran indgangsdørene fjernes konsekvent, når det er tørt vejr udenfor.
- Der er øget fokus på at informere patienterne (også de demente) om at de skal kalde på hjælp, hvis de skal ud af sengen.
- Skridsikkert lånefodtøj til patienterne er indkøbt. Der skrives også et brev til brandvæsenet om at medbringe patienternes sko ved indlæggelse.
- En særlig gennemgang af afsnittet med repræsentanter fra direktion, afsnitsledelse, teknisk tjeneste og risikomanager planlægges for at vurdere og iværksætte faldforebyggende tiltag i afsnittet.

))) PATIENTSIKKERHEDSSTUEGANG PÅ H2

Punkter fra patientsikkerhedsstuegang på afsnit H2:

- Automatiske svingdøre, som risikerer at vælte patienter omkuld.
- Ordinationsfejl ved lægerne, som dog opdages af sygeplejerskerne.
- Håndholdt computer, som ikke virker hver gang og derfor ikke bruges konsekvent.
- En sag, hvor en patient fik atmosfærisk luft i stedet for ilt.
- Måtter foran indgangspartiet, hvis hjørner folder op, så patienter risikerer at falde over dem.
- Vågelys, som ikke bruges, fordi det er for skarpt, og dermed indirekte udgør en faldrisiko, når patienterne ikke kan orientere sig om natten. Den tekniske afdeling har ikke kunnet løse problemet.
- Afskærmning af senge på gangene, som patienterne kan snuble over.
- Morgenrengøring, som giver glatte gulve og dermed risiko for fald.
- Kabler fra tv på stuerne samt rør og slanger fra sengene, som udgør en faldrisiko.
- For lidt plads på badeværelserne til bækkenstole, som derfor står i gangarealerne og udgør en risiko for fald.
- Patienter, som ikke vil forstyrre personalet og derfor selv går på toiletet om natten i strømpesokker og risikerer at falde.
- For få elektriske senge, som kan indstilles efter patientens behov for at hindre falduehld.
- Mange patienter, der indlægges med ikke-skridsikkert fodtøj.
- Travlhed og næsten konstant overbelægning.



Undervejs i patientsikkerhedsstuegangen er der plads til spontane indfald, såsom da to unge læger går gennem afdelingen iført hhv. lange skjorteærmer og en striktrøje under deres kitler. "Kender I ikke vores uniformspolitik?" spørger Anna Guttesen venligt, men bestemt. "Det er vigtigt, at I ikke har jeres eget tøj på med lange ærmer." Den ene læge forsvarer sig med, at han underviser, og at den anden stadig er på intro. "Det gør ikke nogen forskel. Hvis I fryser, kan I rekvirere en vatteret jakke, når I ikke er i kontakt med patienter," siger Anna Guttesen. Da lægerne er lusket videre, siger Anna Guttesen: "Sådan en helt ung turnuslæge, han glemmer aldrig sådan en snak." Udover de to mandlige læger ses fra venstre oversygeplejerske Laila Nielsen, sygeplejedirektør Anna Guttesen og afdelingssygeplejerske Gydda Espersen.

travlhed og overbelægning. Afsnittet har brug for hjælp.

Anna Guttesen og gruppen går en runde i afdelingen og ser på de konkrete forhold. Anna Guttesen taler med en social- og sundhedsassistent om, at det ville være bedre, hvis rengøringspersonalet vasker gulv før klokken otte om morgenen, så gulvet ikke er så glat for patienter og personale.

Snakken falder også på alle de ting, der står på gangene. "Jeg er selv faldet over en kørestol," fortæller en sygeplejerske.

Overbelægningen er også til at få øje på. Der ligger flere patienter på gangene. "De har intet privatliv," beklager oversygeplejersken.

Anna Guttesen tager kontakt til lægesekretær *Trine Ridorf-Hansen* i skranken.

"Hvordan ordner I journalerne – tjekker I, om prøvesvaret er blevet læst af en læge?" spørger hun.

Lægesekretæren bekræfter, og Anna Guttesen kvitterer med et: "Har du tænkt over, hvor vigtigt et arbejde, I gør? Patienternes sikkerhed afhænger af jer."

Næste stop er svingdørene.

"Jeres forslag er, at I får skydedøre i stedet for?" opsummerer Anna Guttesen.

Overlægen bemærker, at åbningen muligvis ikke er bred nok til skydedøre. Det må teknisk afdeling se på.

Tilbage i samtalerummet samles der op på formiddagens rundgang:

Det overordnede tema for H2 er fald og atter fald. Risikomanager *Karin Lornsen* vil udarbejde en liste, som vil blive sendt rundt

til alle stuegangsdeltagerne. Den er det første skridt på vejen til en handlingsplan over, hvad der skal gøres for at forbedre patientsikkerheden på afsnittet.

lha@dsr.dk

))) PATIENTSIKKERHEDSSTUEGANG PÅ FREDERIKSBERG HOSPITAL

Den såkaldte patientsikkerhedsstuegang har været anvendt som ledelsesværktøj i USA siden 2000. I 2005 tog Frederiksberg Hospital metoden i brug. Formålet med patientsikkerhedsstuegangen er at fremme og fastholde en patientsikkerhedskultur. Stuegangen skal identificere problemer, som er til fare for patienternes sikkerhed, og løse dem, så fejl og utilsigtede hændelser forebygges.

Ved en typisk patientsikkerhedsstuegang samles topledelse, klinikledelse og afsnitsledelse og gennemgår de problemer, den pågældende afdeling har, som har negative konsekvenser for patienternes sikkerhed.

Efter en nærmere analyse af problemerne bliver parterne enige om en handlingsplan for, hvad der skal gøres hvornår. Seks uger efter selve stuegangen udarbejdes en rapport, som formidles til de involverede medarbejdere og slutteligt sendes til HS Enhed for Patientsikkerhed for evt. generel læring. Flere andre sygehuse i HS og det tidligere Frederiksberg Amt bruger også modellen, men langt fra alle steder går topledelsen med på stuegangen.



“Jeg var nok for kontroversiel og for kreativ til det system, der fandtes dengang,” siger tidligere sygeplejerske og nuværende galleriejer Mikael Andersen. Her fotograferet midt i en installation af Anders Bøjesen og Christoffer Ørum.

Farvel fag. Mikael Andersen er i dag en højt estimeret galleriejer og verdenskendt mæcen for nye talentfulde kunstnere. Men han har ikke glemt den sygepleje, han forlod for 20 år siden.

FRA SYGEPLEJENÅL TIL RIDDERKORS



AF LOTTE HAVEMANN, JOURNALIST
FOTO: PER MORTEN ABRAHAMSEN

Døren står åben, og en mild brise puffer én ind i *Mikael Andersens* lyse galleri i Bredgade, København. Det første, der møder øjet, er en samling gule, røde og grønne kropsdele, der hænger ned fra loftet i usynlige tråde. Man får lyst til at puffe til dem. Rundt om på de lyse vægge ses mindre installationer og videoværker om klodens tilstand og fremtid.

”Ja, som du nok kan se, er det moderne kunst,” siger en høj og smilende Mikael Andersen.

Når den erfarne og velrenommerede galleriejer fortæller, at han oprindeligt er uddannet sygeplejerske, tror folk ikke på ham.]

))) RASTLØS KUNSTFORMIDLER

I kunstbranchen har *Mikael Andersens* medfødte rastløshed kunnet få frit løb. Han har sat udstillinger op over hele verden. Bl.a. i Brasilien, i Sydafrika og i New York. I New York var han medejer af et galleri i 10 år. Han har fået bygget et såkaldt atelierhus i Tisvilde, hvor han tilbyder kunstnere at komme op at arbejde. Huset er tegnet af arkitekt *Henning Larsen*, som bl.a. stod bag Operaen.

Seneste skud på stammen er et galleri i Berlin. Her vil Mikael Andersen opføre endnu et atelier.

Hvert år holder Galerie Mikael Andersen seks separate udstillinger og to gruppeudstillinger, som hver varer fem uger.

Galerie Mikael Andersen har ligget i Bredgade 63, København, siden 1987.

Mikael Andersen er formand for Dansk Gallerisammeslutning og medlem af Kunststyrelsen samt af Charlottenborgs bestyrelse. Desuden er han ridder af Dannebrog og personlig kunstrådgiver for kronprinseparret.

Galerie Mikael Andersen har udklækket flere nye succesfulde kunstnere.

Bl.a.: *Katrine Ærtebjerg, Eske Kath, Tal R og Lars Thygesen*. Sidstnævnte udstiller i Galerie Mikael Andersen fra den 9. august til og med 15. september.

» "Hvis jeg siger, at jeg er uddannet sygeplejerske, så tror de, jeg har stukket dem en løgn."

Nabo til galleriet er den fornemme restauration Le Sommelier. Der skal en god forretning til for at have råd til at ligge her, hvor Mikael Andersen har drevet galleri i 20 år.

Han er ikke selv udøvende kunstner.

"Det har vi folk til," siger han og slår en smittende latter op. "Det må du godt skrive."

50-årige Mikael Andersen har desuden et galleri i Berlin, han er formand for Dansk Gallerisammeslutning, og han sidder i Kunstrådets internationale billedkunstudvalg og i Charlottenborgs bestyrelse. Herudover er han kronprinseparrets kunstneriske rådgiver i forbindelse med indretningen af parrets kommende bolig på Amalienborg, Frederik den 8's Palæ, hvor 10 samtidskunstnere hver skal indrette et rum.

I marts modtog Mikael Andersen desuden ridderkorset.

"Det er der ikke mange sygeplejersker, der kan være stolte af," griner han.

Men som han også siger:

"Jeg havde aldrig drømt om, at jeg ville ende i Bredgade og Berlin og få ridderkorset."

Det lå heller ikke umiddelbart i kortene, at Mikael Andersen skulle blive en anerkendt gallerist. Barndomshjemmet i Dragør på Amager var på ingen måde præget af kunst. Faderen var præst og moderen hjemmegående. "Et helt almindeligt hjem," kalder Mikael Andersen det.

Men Mikael Andersen var ikke helt almindelig. Som 15-årig begyndte han at købe litografier og malerier.

Efter gymnasiet kom han på højskole, og her fandt han ud af, at han ville være sygeple-

jerske. Uddannelsen var overskuelig, han ville få med mennesker at gøre, og han kunne komme ud at rejse med sit fag. Det tiltalte ham også, at der var en del praktik undervejs.

"Jeg er en rastløs person, og jeg kan ikke holde ud at sidde ned og læse for meget."

Kameler gled ikke ned

Efter trekvart år som butler i Florida begyndte han på Frederiksberg Sygeplejerskole i september 1979. I klassen var de fem drenge. Han blev hurtigt elevrådsformand.

Han kunne godt lide studiet og skrev bl.a. en bog om de gamles trivsel sammen med den legendariske praktiserende læge *Esther Møller* som sit 3.-års-speciale.

Men under sit sidste år som sygeplejeelev trak kunsten for alvor igen. Mikael Andersen oprettede et firma, Eurodesign. Herigennem handlede han med design sideløbende med arbejdet som sygeplejerske.

Men efter tre år begyndte hans lyst til at være sygeplejerske at blegne. Det var ikke patienterne, der var noget galt med, men systemet. Og så passede Mikael Andersens temperament dårligt sammen med, at autoriteter fastlagde procedurer, som han var uenig i.

"Der var alt for mange kameler, man skulle sluge," siger han og læner sig ind over bordet. En lille gnæklatrer undslipper hans mund.

"Nogle af lægerne – især overlæger – og de gamle oversygeplejersker påduttede afdelingen ting, som var helt urimelige og ikke tog menneskelige hensyn til patienterne. Jeg måtte gå for meget på kompromis i min dagligdag. Det gjorde også noget ved stressfaktoren," fortæller han.

Der var heller ikke megen plads til pjank på arbejdet.

Han husker en episode på en gynækologisk afdeling, hvor barslende kvinder lå side om side med kvinder, der skulle have en udskrabning.

"Jeg talte med en patient, der var blevet gravid ved et uheld. Jeg sagde til hende, at det jo var kedeligt, at hun skulle have en abort, men at hun i det mindste havde haft det sjovt inden. Det grinede patienten meget af, men jeg fik en skideballe af afdelingssygeplejersken."

"Den slags konflikter kom jeg ud i. Jeg var nok for kontroversiel og for kreativ i forhold til det system, der fandtes dengang."

Fast aftenvagt med udlængsel

I første omgang blev løsningen, at Mikael Andersen gik i fast aftenvagt. Det var på Skt. Elisabeth Hospital på Amager.

"Vi var 2-3 sygeplejersker i aftenvagt, og på det tidspunkt af døgnnet var der meget mere roligt. Og ikke nogen konflikter med lægerne. Man kunne have nærkontakt med patienterne. Grine med dem."

"For mig handlede sygeplejen meget om empati. Og den oplevede jeg tit manglede i systemet. Ofte forstod lægerne ikke, hvilken situation patienterne var i."

I to år var Mikael Andersen sygeplejerske i fast aftenvagt, men så overmandede udlængslen ham.

"Det var ikke kun systemet, men også mit temperament. Det er ikke tilfældigt, at jeg er endt som selvstændig erhvervsdrivende," erkender han.

"Som 28-årig stillede jeg mig selv det spørgsmål, om mine ambitioner var at ende som oversygeplejerske eller forstander et el-



Mikael Andersen har skiftet sygeplejenålen ud med ridderkorset, som han har fået for sin store indsats som gallerist og som formand for Dansk Gallerisammenlutning.

TRE GODE RÅD

Mikael Andersen opfordrer nutidens sundhedsvæsen til at

- hæve lønnen til sygeplejersker med 30 pct.
- slippe kreativiteten løs
- tilpasse procedurerne til patienterne, ikke omvendt.

ler andet sted. Eller måske gå den politiske vej. Men jeg kunne ikke forestille mig nogen af delene.”

I stedet åbnede han en restaurant i det indre København sammen med sin kæreste. Efter et år havde restauranten tjent så meget ind, at han havde penge til at starte et galleri.

”Jeg har aldrig haft gæld eller kassekredit i forretningen. Det er vigtigt, at økonomien ikke styrer tingene. Jeg har kunnet gøre, hvad jeg vil.”

Aflæser stadig mennesker

Gallerieieren og forretningsmanden Mikael Andersen vil ikke undvære sin baggrund som sygeplejerske.

”Den har bl.a. givet mig en evne til at for nemme, hvilken person jeg står over for, og hvordan det enkelte menneske skal behand-

kunstnere på vej op til store kunstsamlere, som er en hel masse ved musikken.

”Jeg kan bevæge mig i hele det spektrum og i forskellige sfærer. Og for mig er alle lige.”

Han sammenligner det med at arbejde på et hospital.

”Når du som sygeplejerske kommer ind på en stue, kan du aflæse, hvordan du skal være over for de pågældende patienter og pårørende.”

Og fornemmelsen for andre mennesker har han ikke mistet. Som han udtrykker det:

”Sygeplejenålen måtte jeg aflevere tilbage dengang, men mentalt har jeg den stadig med mig.”

Kræftsyg veninde flyttede ind

I sit privatliv er Mikael Andersen også et meget empatisk menneske.

Det er kun få måneder siden, og Mikael Andersen bliver bevæget af mindet. Han pudser næsen og forklarer, at hans baggrund som sygeplejerske var afgørende for forløbet:

”Jeg havde nok ikke tilbudt hende at komme hjem til os, hvis ikke jeg var sygeplejerske. Det var, som om sygeplejen vendte tilbage. Jeg var ikke bange for at lade hende dø hos mig.”

Mikael Andersen skal videre i programmet, og vi tager et ordentligt spring i emne, inden vi siger farvel. Nemlig til økonomien.

”Jeg blev ikke selv afhopper pga. lønnen. Men som galleriejer og forretningsmand må jeg sige, at det er uanstændigt, at så velkvalificerede medarbejdere som sygeplejersker får så ringe en løn. Dansk Sygeplejeråd har ikke været gode nok til at forhandle løn.

Hvis jeg var sundhedsminister, så hævdede jeg sygeplejerskers løn med 25-30 pct.”

Selv giver Mikael Andersen sine medarbejdere en startløn på 30.000 kr. De har læst kunst- og kulturformidling, og de har selvfølgelig også et stort ansvar, men de står ikke

”Jeg blev ikke selv afhopper pga. lønnen. Men som galleriejer og forretningsmand må jeg sige, at det er uanstændigt, at så velkvalificerede medarbejdere som sygeplejersker får så ringe en løn. Dansk Sygeplejeråd har ikke været gode nok til at forhandle løn. Hvis jeg var sundhedsminister, så hævdede jeg sygeplejerskers løn med 25-30 pct.”

les. Ligesom syge mennesker kan kunstnere også være nogle sarte gemytter.”

”Hvis jeg var fortsat som sygeplejerske, var jeg nok endt med at arbejde på en psykiatrisk afdeling. Det har altid interesseret mig, hvad folk tænker, og hvordan de reagerer. Ikke mindst skæve personligheder,” siger han og beskriver det spændende ved sit liv i dag, nemlig at han har med så mange forskellige mennesker at gøre. Lige fra små

Hans gode veninde, en nabo i Bredgade, blev for et par år siden ramt af uhelbredelig lymfekræft. Hun fortalte ham, at hun hverken ville dø på hospice eller sygehus, og heller ikke hjemme hos sine to halvstore børn. Mikael Andersen tilbød hende at flytte ind i gæsteværelset hos ham og kæresten. Så kunne hendes børn komme og se hende, så tit de ville. Veninden tog imod invitationen. Hun nåede at bo hos ham i fire dage, før hun døde.

med ansvaret for liv og død. Og ikke i et nedslidt system, som han siger.

”Jeg har dyb respekt for mine gamle kolleger og den indsats, de yder. Jeg synes, politikerne skulle skamme sig.”

lha@dssr.dk

PRIVAT SUNDHEDSVÆSEN – NEJ TAK

Sicko. Det amerikanske sundhedsvæsen er sygt. Det er budskabet fra den amerikanske dokumentarist Michael Moore i hans seneste film, der sætter fokus på problemerne med et forsikringsbaseret sundhedssystem og fordelene ved det offentligt betalte sundhedsvæsen.

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST • FOTO: SIMON KNUDSEN OG SF FILM A/S

På biograflærredet møder vi et ældre ægtepar, der hele deres voksne liv har arbejdet hårdt og betalt deres regninger, forsikringer og skolegang til fem børn. En ægte amerikansk kernefamilie på den rigtige side af det hvidmalede stakit. Men da familien rammes af sygdom, bryder deres hverdag sammen. Jobbet må opgives, og huset sælges.

I et hjerteskrærende øjeblik følger vi ægteparret, der flytter ind på et værelse hos den ældste datter, og her spørger man, ligesom *Michael Moore*, hvordan sygdom kan få så store konsekvenser for en familie, der har betalt til sundhedsforsikringer hele livet? Har de ikke ret til gratis behandling og medicin? Som de 250 millioner andre amerikanere, der betaler for sundhedsforsikringer, forventer familien, at de er i gode hænder, men Michael Moore beviser i sin nye film, at det er en falsk forhåbning.

Umenneskelige valg

Forsikringselskabernes mål er ikke at sikre behandling til deres kunder, men derimod at tjene så mange penge som muligt ved at afvise flest mulige af kundernes krav, påviser Moore. Og uden forsikringselskabernes udbetaling tvinges sundhedspersonale og patienter ud i groteske dilemmaer. Som f.eks. en mand, der får savet to fingre af ved en ulykke. Han får valget mellem at få syet én på for 12.000 dollars eller begge på for

72.000 dollars. Han vælger én finger – ringfingeren af romantiske grunde, som han siger – og mangler nu yderste led af langfingeren.

”Man fatter ikke, at det kan ske. Det er virkelig hårdt at se, hvordan man behandler hinanden i det amerikanske samfund,” siger *Lisbeth Svarre Glygaard*, der er sygeplejerske på Geriatriisk Ambulatorium på Frederiksberg Sygehus. Hun er taget med i biografen

ikke længere efter at have set denne film,” siger Teresa Calabuig.

Moore bruger filmen til at portrættere adskillige patienter, der er kommet i klemme i det amerikanske sundhedsvæsen, men også til at besøge bl.a. Cuba, Canada, Frankrig og England, hvor han fremhæver fordelene ved det offentligt betalte sundhedssystem.

Her falder han i svime over de goder, som han kalder gratis. Bl.a. forbløffes han over, at

”Jeg havde engang en drøm om at komme til USA og arbejde som sygeplejerske, men det har jeg ikke længere efter at have set denne film.”

Teresa Calabuig, sygeplejerske.

sammen med to andre sygeplejersker for at anmelde *Sicko* for *Sygeplejersken*.

Drømme, der brast

Også *Teresa Calabuig*, der er sygeplejerske på Ortopædkirurgisk afdeling på Bispebjerg Hospital, er rystet over eksemplerne i filmen.

”Der er en stor forskel på USA og Danmark. Hvis vi stopper en behandling, så gør vi det ud fra menneskelige hensyn og ikke ud fra økonomiske, som filmen viser. Jeg havde engang en drøm om at komme til USA og arbejde som sygeplejerske, men det har jeg

man i England betaler en enhedspris på 6,95 pund (svarende til ca. 80 kr.) for medicin – uanset slags og mængde. Og Moore presser på vores tårekanaler, da han tager tre syge helte fra 11. september-angrebet med til Cuba og får dem i hurtigt, korrekt og gratis behandling, efter at de tre patienter har kæmpet i årevis med det amerikanske sundhedsvæsen og deres forsikringselskaber.

Men han undlader at understrege, at det offentlige sundhedssystem finansieres via skatten, og dermed fremstår Europa som en lidt urealistisk gavebod, mener de tre sygeplejerskeanmeldere.

MERE UNDERHOLDENDE END TROVÆRDIG

Sygeplejersken har inviteret tre sygeplejersker med i biografen for at anmelde *Michael Moores* nyeste dokumentarfilm. Panelet består af:



Teresa Calabuig,
sygeplejerske på
Ortopædkirurgisk
afdeling på Bispebjerg
Hospital og 33 år.



Nicole Mönkemöller,
clinical advisor i det private
medicinaludstyrsfirma
Unomedical og 40 år.



Lisbeth Svarre Glygaard,
sygeplejerske på
Geriatriisk Ambulatorium
på Frederiksberg
Sygehus og 61 år.

Panelet mener, at filmen er spændende, underholdende og giver gode input til diskussion om sundhedsvæsenet. De mener, at det er vigtigt at få belyst, at forsikringer ikke er en garanti for behandling. Desuden kunne det have været rart med lidt mere faktuel baggrundsinformation i filmen.

Bedømmelse for troværdighed:

★★★ ud af 5

Bedømmelse for underholdning:

★★★★ ud af 5



Den kontroversielle dokumentarist Michael Moore kaster i sin nyeste film sit kritiske søgelys på det amerikanske sundhedsvæsen. Hvor han før har stillet spørgsmålstegn ved grundlaget for krigen i Irak, vækker han nu postyr med sin kritik af det forsikringsbaserede sundhedssystem. Tre sygeplejersker var blandt de første i Danmark, der fik mulighed for at se og vurdere filmen "Sicko," der har premiere den 21. september.

Et godt input til debat

"Han fremstiller det værste fra USA og det bedste fra Europa. Det er de ekstreme modpoler, der trækkes op. Og hans billede af Europa er måske lige lovlig rosenrødt," siger Teresa Calabuig.

Trods det lidt karikerede billede af sundhedsvæsenet er sygeplejerskepanelet enige om, at det er en god film, der sætter tanker i gang.

"Den er et godt input til den danske debat om sundhedsvæsenet. Vi får lov at se de yderste konsekvenser af det privatfinansie-

rede sundhedssystem, og så kan vi sige, at der skal vi i hvert fald ikke bevæge os hen," siger *Nicole Mönkemöller*, der er clinical advisor i det private medicinaludstyrsfirma Unomedical.

Og én tanke er de tre sygeplejersker fælles om, da filmen er ved vejs ende: Vi har det rigtig godt i Danmark.

Sicko har premiere i de danske biografer den 21. september.

kbc@dsr.dk

))) BAGGRUND OM SICKO

Efter filmene "Bowling for Columbine" (2002) om amerikanernes forhold til våben og "Fahrenheit 9/11" (2004) om USAs rolle i Irakkrigen retter *Michael Moore* denne gang skytset mod det amerikanske sundhedssystem.

Som Moore forklarer: "Denne film handler om sygesikring – og alligevel ikke. Som i mine øvrige film bruger jeg et emne som afsæt til at afdække flere og større spørgsmål. I dette tilfælde forsøger jeg at få svar på følgende: Hvordan kan det være, at USA, som det største vestlige industriland, ikke har gratis sundhedsdækning til alle?"

I februar 2006 bad Michael Moore på sin hjemmeside sine fans og læsere om at sende deres egne skrækhistorier om sygeforsikring ind. I løbet af den første uge kom der flere end 25.000 e-mails. Historierne talte deres eget tragiske sprog, men bag dem lurer, ifølge Michael Moore, spørgsmålet: Hvordan kan sygeforsikringselskaberne slippe af sted med noget nær mord?

Moore håber med denne film at rette folks opmærksomhed mod et, i hans øjne, fejlslogent system og tilbyde nogle alternativer.

Kilde: SF Film A/S.

psykoterapeutisk
institut århus

Grundlagt af Christine Byriel
psykoterapeut MPF

Psykoterapeutisk uddannelse

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

Telefon 7021 3140
www.piaa.dk

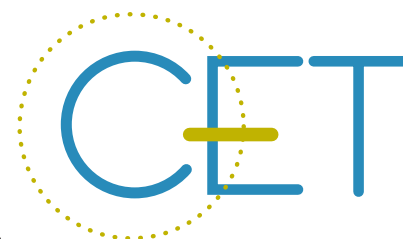
Introduktion til Ernæringsterapi

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

Fordybelsesterapi

– samtaler med kroppen
4 kursusmoduler
Start: 12.-14. November 2007
Pris: kr. 2.900,- pr. modul

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



Min mor skal aldrig på plejehjem

Uganda-Danmark. Journalist Carolyn Nakazibwe fra Uganda regnede med, at der ville være store forskelle på, hvordan det danske og ugandiske sundhedsvæsen fungerer. Hendes formodninger holdt stik og mere til. Og så havde hun aldrig drømt om, at det kunne regne 24 timer i træk.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • FOTO: HEINE PEDERSEN

I Uganda sætter man en ære i selv at passe de gamle familiemedlemmer. Plejehjem eksisterer ikke, og patienter med Alzheimers er lige så sjældne som patienter med fugleinfluenza i Danmark. 32-årige Carolyn Nakazibwe gjorde derfor store øjne, da hun i starten af juli besøgte et dansk plejehjem.

Til daglig arbejder hun som journalist på den uafhængige avis The Weekly Observer i Uganda, hvor hun fast dækker sundhedsområdet. Men i uge 27 var hun i Danmark som led i et udvekslingsprogram mellem The Weekly Observer og Sygeplejersken, arrangeret af Mellemfolkeligt Samvirke.

”Jeg har aldrig set en patient med Alzheimers før. Til at starte med var det meget deprimerende at se de gamle mennesker sidde helt alene i deres kørestole. Men efter lidt tid gik det op for mig, at det måske er den eneste løsning.

De er ofte så syge og har så mange problemer, at det nærmest vil være umuligt for dem at leve hjemme og blive ordentligt plejet,” siger Carolyn Nakazibwe og fortæller, at middellevetiden i Uganda er 51 år.

Nogle folk bliver ældre, også i hendes egen familie, men hun oplever ikke, at de lider af f.eks. demens eller Alzheimers. Og sende sin egen mor på plejehjem, hvis det skulle blive nødvendigt? Det kunne hun og hendes søskende aldrig drømme om.

”Min bror har lige bygget nyt hus, og her er der lavet plads til hende.”

Moderne og rene hospitaler

Besøget på det danske plejehjem var bare et af mange, der i løbet af ugen gav Carolyn Nakazibwe et indblik i, hvordan det danske sundhedsvæsen fungerer. Dertil kom en række andre indslag, bl.a. middag på den ugandiske ambassade i Danmark og besøg på dagbladet Politiken.

Hun tøvede da heller ikke med at kalde sit ophold i Danmark ”spændende, hektisk og lidt hårdt,” og hun har på ingen måde nået at fordøje de mange indtryk endnu, før turen går tilbage til Uganda. Hun er dog ikke i tvivl om, at besøget på plejehjemmet og på Bispebjerg Hospital har gjort meget stort indtryk.

”Jeg er imponeret over, hvor moderne og rene jeres hospitaler er. Behandlingen virker meget kompetent og avanceret,” siger Carolyn Nakazibwe.



Ugandiske Carolyn Nakazibwe har arbejdet på The Weekly Observer siden 2004 og har beskæftiget sig med sundhedsstof siden 1999. Hun bor i hovedstaden Kampala sammen med sin mor og syvårige datter.

Hun er tillige imponeret over, at alle danskere har lige og gratis adgang til hospitalerne.

”Jeg kendte ikke meget til det danske sundhedsvæsen, før jeg kom, og jeg er overrasket over den gode service og høje ekspertise, som alt sammen er gratis. Systemet er muligt på grund af jeres skattesystem og mangeårige investeringer. Vi har også gratis behandling på hospitaler i Uganda, men ikke i samme grad. Man skal tit betale for bl.a. medicin og den mere specialiserede behandling. Alle hospitaler har private afdelinger, og det er her, eksperterne samler sig,” siger hun.

24 timer med vand

To andre ting til vil dog også fylde meget i Carolyn Nakazibwes erindringer fra besø-

get i Danmark. Hun har aldrig før oplevet, at det regner 24 timer i træk, og hun er også imponeret over, hvordan de danske sygeplejerskers fagforening bor.

”Vi har fagforeninger i Uganda, men de er slet ikke så rige og magtfulde. I bor flot med masser af plads,” siger hun.

cso@dsr.dk

Carolyn Nakazibwe var i Danmark som led i det udvekslingsprogram arrangeret af Mellemfolkeligt Samvirke, der i juni bragte Sygeplejerskens journalist Katrine Birkedal Christensen til Uganda.

Fortabt i en verden af Pampers

Danmark på vrangen. Levevilkårene for gamle mennesker i Uganda og Danmark kan slet ikke sammenlignes. Mens en ugander, hvis han er så heldig at nå til 70-års-alderen, slider som frivillig babysitter for børnebørnene, bliver en dansker på samme alder passet som en baby. Men alligevel har tilværelsen i Danmark sine ulemper, mener journalist Carolyn Nakazibwe, som her beskriver sine indtryk fra Danmark.

AF CAROLYNE NAKAZIBWE, JOURNALIST PÅ WEEKLY OBSERVER I UGANDA • FOTO: KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN • OVERSÆTTELSE: LOTTE OG HUGH MATTHEWS

I Uganda levede 99-årige *Stanley Tomusange* en gang et luksuriøst liv, men nu bor han i total armod og venter kun på mødet med sin skaber. Hans tænder falder ud af sig selv, og han kan aldrig være sikker på, hvor det næste måltid kommer fra. Huset, han bor i, kunne falde sammen under den næste storm. Hvis Tomusange havde været født og opvokset i Danmark, ville hans skæbne have set ganske anderledes ud.

For det første ville han højst sandsynligt blive anbragt i en form for beskyttet bolig eller på et plejehjem. Han ville sikkert blive forsynet med en lind strøm af bleer og smukke sygeplejersker, der ville være parate til at skifte dem, når det blev nødvendigt. Han ville næsten med sikkerhed lide af en sygdom, der hedder Alzheimers, som mange danskere over 60 år lider af. Sygdommen udsletter gradvist hukommelsen, til der ikke er mere tilbage.

Men ikke nok med det, siden han kun har tre tænder tilbage ud af sine 32, ville han have en sygeplejerske til at mose sin mad for sig, og hvis han var heldig, ville han blive madet iført hagesmæk og i selskab med de andre beboere.

Og hvis Tomusange har klaret 99 år under et utæt tag med et ubehandlet brækket ben og ingen mad i et land, hvor den forventede levealder er 51 år, ville han nemt kunne have pustet 120 lys ud i det nordiske land, hvor gennemsnitsdanskere bliver mindst 76 år.

Levevilkårene for gamle mennesker i de to lande kan slet ikke sammenlignes, for mens en ugander, hvis han/hun er så heldig at nå til 70-års-alderen, slider som frivillig plejer, bliver en dansker på samme alder passet som en baby.

Ældre er barnepiger i Uganda

På grund af den forventede levealder i Uganda dør mange børn tidligt og tvinger deres gamle forældre – som ifølge dansk standard ville komme på et komfortabelt plejehjem – ud i rollen som barnepige eller frivillig plejer for de efterladte børnebørn.

Da jeg den 4. juli fulgte ældreplejen i Danmark, gik det modsatte op for mig: de fleste danskere ville kunne tage sig af deres foræl-

dre, bedsteforældre og i mange tilfælde deres oldeforældre. Alle sammen levende, om end ikke livlige.

På plejehjemmet Ørbygaard i Rødovre uden for København sidder *Serina Eggersborg* på 68 år i værelse nr. 30. Hun voksede op i et cirkus, men sidder nu i kørestol, efter at hun blev lam i venstre side. Mange af historierne på plejehjemmet ligner Serinas. Deprimerende. Folk, som havde et liv, og som nu venter på at dø. Selvom Serina har en søn, må hun indrømme, at hun ikke ved, hvor han er, eller hvordan han ser ud, fordi han ikke besøger hende.

Men som *Dan Sørensen*, oversygeplejerske på plejehjemmet, siger: "Mange siger farvel til deres forældre, mens de stadig kan huske dem. De hader at se dem sådan. De kommer først tilbage, når de skal arve."

Dansk virkelighed slår hårdt

Dette er en realitet, der slår hårdt for en afrikaner, som kommer fra et land, hvor familier tager sig af deres gamle, også selvom det betyder, at de skal hente hjælp udefra.

De er konstant på besøg i landsbyen for at sikre sig, at de ældre familiemedlemmer har det godt, og sommetider får et barnebarn denne ærefulde opgave. Da 74-årige *Mary Babirye* fik et slagtilfælde for mere end 10 år siden, hentede hendes søn hende fra hendes hjem i Katwe og tog hende med hjem for at bo hos ham. Slagtilfældet lammede hende fra hoften og ned og bevirkede også, at hun blev inkontinent. Men hun boede hos sin søn indtil marts 2007, hvor hun døde på Mulago Hospital med sit barnebarn ved sin side som plejer.

Men sådan var det ikke gået, hvis hun havde været dansker. "Nogle af disse folk er inkontinente. Jeg ville ikke se min kone sådan! Det går over grænsen," siger sygeplejersken Dan Sørensen.

Danmark er en verden af bleer. Man kan ane dem igennem bukserne af den gamle mand, som humper forbi med et gangstativ. De bæres også af *Rita Matz*, 87 år, som tilbragte sine unge dage som campist, rejsende igennem Europa med sin campingvogn. Nu sidder hun ved vinduet på plejehjemmet og

laver krydsogtværs, mens hun holder øje med verden udenfor.

"Det var meget svært at flytte ind her. Jeg brød mig ikke om det i starten pga. kulturchokket, men nu har jeg vænnet mig til det," siger hun.

Plejen er som et urværk

Rita Matz hører ikke særlig godt, hvilket måske er heldigt, da hun alligevel ikke kan konversere med de andre beboere på plejehjemmet.

"Flere af dem kan ikke tale. Jeg savner at køre rundt på sightseeing ...," siger hun.

Danmarks sundhedssystem har også op-søgende tjenester med sygeplejersker, der besøger gamle mennesker, der foretrækker at bo i deres eget hjem, om end med lidt hjælp. Systemet fungerer præcist som et urværk, og det absorberer et stort antal gæstarbejdere, fordi der er brug for dårligt lønnede medarbejdere.

Ruth Jacobi er en kenyansk sygehjælper på Ørbygaard. Hun er gift med en dansker, og



Sygeplejerske Dan Sørensen chokerer Sygeplejerskens udvekslingsjournalist, Carolyn, da han fortæller, at mange af de ældre på plejehjemmet går med ble.

de boede i Uganda i seks år. To andre Ugandere arbejder her, men de har fri, mens jeg er på besøg.

Om eftermiddagen agerer jeg rollen som *Agnete Lous* skyggesygeplejerske på det opsøgende program, hun driver i Rødovre, som tilvejebringer medicin og varm mad, skifter bleer og kommer med en ren trakealtube, én

”Sygeplejerskens rolle er forbløffende. Hvor jeg kommer fra, bliver sygeplejersker uddannet til at gøre folk raske. Når det gælder ældrepleje, er det faktisk sygeplejerskens opgave at hjælpe folk til at dø.”

af de gamle har i halsen. Otte gange om dagen kommer forskellige sygeplejersker på besøg.

Holder tårer tilbage

Idet vi forlader 93-årige *Anna Hansens* hjem, hvisker hun på dansk: ”Jeg er glad for, at du kom for at besøge mig, selvom jeg ikke er for køn at se på.” Jeg holder mine tårer tilbage og fortæller hende, hvor smuk hun er. Ja, for fra

en ramme på bordet smiler et overvældende smukt portræt af 30-års-udgaven af *Anna Hansen* til mig.

”Jeg ønsker alt godt for dit land,” var hendes afskedsbemærkning. *Agnete* forklarer, at *Anna Hansen* er dement og tror, at Uganda stadig regeres af *Idi Amin*, som var diktator i Uganda i 1970'erne.

Sygeplejerskens rolle er forbløffende. Hvor jeg kommer fra, bliver sygeplejersker uddannet til at gøre folk raske. Når det gælder ældrepleje i Danmark, er det faktisk sygeplejerskens opgave at hjælpe folk til at dø.

”Det er også en del af det at være sygeplejerske. Du lever for at dø. Det er vigtigt at have livskvalitet, indtil du dør,” siger *Hanne Hodel*, chef for Rødovres hjemmepleje.

Danmark har mange gamle. I et samfund som Rødovre med 36.000 indbyggere er 800 gamle afhængige af hjemmebesøg. Dette tal omfatter ikke de ældre, der stadig kan klare sig selv, og dem, der bor på plejehjemmene. Ifølge sygeplejerske, *Dan Sørensen*, er det for meget at forvente i et land, hvor Alzheimers breder sig næsten lige så hurtigt som kræft, at familien holder ud sammen med dig.

Men på den anden side, i Uganda er der statistisk set ikke kun forskel i antallet af mennesker over 70 år. Hvor Uganda har 2.209 læger til at passe på en befolkning på knap 30 millioner, har Danmark 15.653 læger, der passer på fem millioner. Uganda har 14.805 sygeplejersker, hvor Danmark har 55.425.

Med en kløft som denne vil Uganda få mange flere *Babiryas* og *Tomusanges*, mens flere ældre par i Vesten vil fejre deres platinbryllupsdag på plejehjem.

redaktionen@dsr.dk



Ældre går med ble. Verden bliver vendt på hovedet for en afrikansk journalist.



For 87-årige *Rita Matz* var det lidt af en omvæltning af komme på plejehjem. Det forstår *Carolyn* fra Uganda godt, for i hendes hjemland bliver de ældre passet af familiemedlemmer, og det er tilmed et ærefuldt hverv.

Bedre løn nu

Sygeplejerskerne får en rigtig god løn, mener finansministeren. Så har man hørt det med.

Jeg synes, *Thor Pedersen* (V) skulle besøge sygeplejerskerne på et tilfældigt sygehus eller i en tilfældig kommune og låne deres lønsedler et øjeblik. Så vil han opdage, at en sygeplejerske i basisstilling i gennemsnit tjener 23.678 kr. inklusive faste tillæg. Det er ikke det, jeg forbinder med en god løn.

Helt konkret halter sygeplejerskerne – og andre offentligt ansatte med en mellemlang videregående uddannelse – 26 pct. bagefter privatansatte med samme uddannelsesniveau. Derfor har Sundhedskartellet lagt en ligelønsstrategi. Et af delmålene er, at sygeplejerskerne i 2015 skal tjene 35.000 kr. om måneden.

I modsætning til finansministeren er vores største arbejdsgiver Danske Regioner ikke helt så skråsikre på sygeplejerskernes løn. Regionerne har i hvert fald foreslået, at de nuværende overenskomster forlænges med et år, så en lønkommission kan nå at fremlægge sine anbefalinger forud for en overenskomstforhandling i 2009.

Idéen om en lønkommission er rigtig god. Den kan bane vejen for en ligelønsreform – en reform, der gør op med årtiers lønefterslæb blandt kvindefagene i sundhedsvæsenet.

En lønkommission skal naturligvis have tid til at lave et grundigt stykke arbejde. Men lad mig sige det helt klart: Dansk Sygeplejeråd går ikke med til bare at forlænge den nuværende overenskomst endnu et år. Sygeplejerskerne forventer en markant bedre løn allerede i 2008, så derfor er der behov for at forny overenskomsten.

Mit forslag er en etårig overenskomst med en lønstigning på 10 pct. til sygeplejerskerne og de andre grupper i Sundhedskartellet. Det svarer til ca. fem ugers ekstra løn på et år. Når dette år så er gået, skal vi sammen med arbejdsgiverne forhandle en ny overenskomst med udgangspunkt i lønkommissionens vurderinger.

I bund og grund handler det om, at sygeplejerskerne skal have en løn, der svarer til vores værdi for samfundet – og som matcher de privatansattes med samme uddannelsesniveau. Derfor skal der både gennemføres en langsigtet ligelønsreform og flere penge på bordet her og nu. Sker det ikke, taber sundhedsvæsenet kampen om at fastholde og rekruttere sygeplejerskerne. Det kan velfærdssamfundet ikke holde til.

"Idéen om en lønkommission er rigtig god. Den kan bane vejen for en ligelønsreform – en reform, der gør op med årtiers lønefterslæb blandt kvindefagene i sundhedsvæsenet."



Connie Kruckow, formand



Tillæg skyldes ikke brok

Af Jonna Bryld, sygeplejeforfatter

Kommentar til artiklen "Brok betaler sig" i *Sygeplejersken* nr. 16/2007.

U "Brok betaler sig." En sådan overskrift skærper alt andet lige ens nysgerrighed i læsningen af *Sygeplejersken* nr. 16. En nysgerrighed, der vokser til stor undren, idet ens egen afdeling er nævnt i forbindelse med forhandlet CT-tillæg.

Artiklens generelle journalistiske lødighed kan bekymre en, idet tillægget hos os ingenlunde er kommet i stand på grundlag af brok. Tværtom er det kommet i stand først og fremmest på sygehusledelsens initiativ. Siden i samarbejde med seriøse medarbejdere og TR-repræsentanter, som gerne i forhold til ventetidsgarantier har villet yde en ekstra indsats.

Jeg synes, 1.-næstformanden skal fortsætte den hidtidige seriøse linje i DSRs lønpolitik, måske skæve internationalt, hvor arbejdstagere og arbejdsgivere i stigende grad arbejder mod fælles monetære og faglige resultater.

Brok = affald er laveste fællesnævner og sidestiller os med grupper og metoder, vi normalt ikke sammenligner os med i DSR. Afslutningsvis skaber brok uro og mistro i afdelingerne, et arbejdsmiljø som ikke mindst mellemlederne holdes ansvarlige for. Husk, disse ledere er også medlemmer af DSR.

*Jonna Bryld er ansat på
FBE Røntgen og Nuklearmedicin,
Sygehus Syd, Region Sjælland.*

Svar

Af Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør, *Sygeplejersken*

Kære Jonna Bryld!

"Brok betaler sig" er vores valg af en fængende overskrift – også kaldet en rubrik – og rubrikken er et udtryk for det dominerende budskab i vores artikler om det positive resultat af flere lokale lønforhandlinger. Denne artikel er blevet til, efter at *Sygeplejerskens* journalist grundigt har undersøgt, hvad der er gjort lokalt for at forbedre sygeplejerskernes lønforhold. Jeg vil ikke afvise, at der i enkelte tilfælde kan være tale om, at initiativet til lokale lønforbedringer er kommet fra ledelsen. Men det dominerende billede er, at det lønner sig at protestere.

))) SKRIV KORT

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

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

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

Debatindlæg sendes til:

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



DSR flytter grænser. Hvor går dine?

Vil du have mere indflydelse på din løn, den danske sundhedspolitik, dit fags udvikling og din faglige organisations holdninger og handlinger?

Nu har du chancen for at repræsentere dig selv og dine kolleger – både i din nye kreds og på Dansk Sygeplejeråds kongres.

Medlemmerne i Dansk Sygeplejeråd vælger **formænd, næstformænd** og **bestyrelser** til kredsen i den nye struktur.

Står dit navn på stemmesedlen?

Opstillingsfrist
Mandag den 10. september 2007 kl. 15.00

Stil op og lad **din** stemme blive hørt i **din** faglige organisation!

Læs meget mere om det kommende kredsbestyrelsesvalg på:

www.dsr.dk/kredsbestyrelsesvalg2007



Kredsbestyrelsesvalg 2007

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



Løn, løn og atter løn

Af Ingeborg Byskov,
forebyggelseskonsulent

Da jeg læste næstformand Dorte Steenbergs artikel i Politiken, blev jeg noget overrasket over hendes udtalelse om, at de unge ikke vil være sygeplejersker, da de har en forkert opfattelse af, hvad jobbet indebærer.

Jeg kender flere unge, som har fravalgt uddannelsen pga. af lønnen. De unge ved godt, hvad sygeplejerskejobbet indebærer, de vil bare ikke gå for den lave løn med det kæmpe arbejdspress, som er i jobbet.

Min opfattelse er, at mange har forladt faget, og at det skyldes sammenhæng mellem arbejdsforhold og løn. Hvis sygeplejersker blev aflønnet som på det private arbejdsmarked, ville vi få det dobbelte for de arbejdsforhold og den arbejdsmængde, vi generelt udsættes for.

I Hovedstadens amtskreds har man på nogle områder formået at forhandle en ordentlig funktionsløn hjem, men pga. den alt for lave grundløn er vores løn stadig alt for lav.

Jeg har de sidste par år glædet mig over, at DSR centralt nu seriøst er gået ud med krav om væsentlige lønstigninger, og det har virket, som om de også mente det, så hvad har Dorte Steenberg nu gang i med de udtalelser i Politiken?

Jeg håber, at DSR og specielt Dorte Steenberg vil indse, at løn og atter løn er sygeplejerskernes krav for at blive i jobbet, og at der skal en bedre løn til, for at de unge vil søge ind på uddannelsen.

Vi har tidligere set billeder af vores formand stå og hviske sundhedsministeren i øret, og nu er det på tide, at vores formand Connie Kruckow hvisker finansministeren i øret, at han skal huske at sætte nok midler af, når den nye finanslov skal vedtages, og KL får deres budget for 2008.

Det er min opfattelse, at sygeplejerskerne er kampklare, hvis ikke vi får en ordentlig lønstigning, også selvom politikerne for nogle år siden fratog os vores strejkeret, og strejkekassen nu står i fast ejendom.

Jeg håber, at formandskabet kan høre

sygeplejerskernes budskab helt ind i deres fine lokaler på Sankt Annæ Plads, og budskabet er, at vi vil have løn, løn og atter løn.

Formandskabet har været gode til at skaffe sig selv gode arbejdsforhold og gode lønninger, hvilket jeg synes er o.k., så vis os nu, at I også er lønnen værd.

Ingeborg Byskov er forebyggelseskonsulent i Københavns Kommune, Sundheds- og omsorgsforvaltningen, Pensions- og omsorgskontoret i Vanløse/Brønshøj/Husum.

Svar

Af Dorte Steenberg, 2.-næstformand

Kære Ingeborg Byskov!

I den artikel, du refererer til, udtalte jeg mig om årsagerne til, at flere unge søger ind på universiteterne, mens de mellemlange videregående uddannelser har svært ved at tiltrække ansøgere. Universiteternes egen forklaring er, at de "flinke piger" er blevet mere ambitiøse og derfor f.eks. vælger at læse til læge.

Den udlægning er jeg uenig i. Årsagen er snarere, at mange unge har en forkert forestilling om vores profession. Det fremgår f.eks. af en analyse, Epinion har lavet for Undervisningsministeriet. Desværre er det en udbredt opfattelse, at sygeplejersker først og fremmest holder patienten i hånden og assisterer lægen, når han opererer. Den opfattelse har ingen hold i virkeligheden, men den betyder, at nogle unge fravælger sygeplejerskeuddannelsen.

Jeg er ikke i tvivl om, at et større fokus på fagets reelle indhold og mange karriereveje kan tiltrække flere til sygeplejerskestudiet. Det er ikke ensbetydende med, at lønnen ikke spiller en rolle i forhold til rekrutteringen. Det gør den. Men det vil være en for snæver tilgang kun at fokusere på løn.

I forhold til de kommende overenskomstforhandlinger er der imidlertid ingen tvivl om, at løn får en afgørende rolle. Vi har en ambitiøs strategi om, at sygeplejersker skal

"Folk tror, at det fungerer dårligt, men hjemmehjælpen er væsentligt bedre end sit ry. Modtagerne er glade ved den hjælp, de får, og hjemmehjælperne er godt tilfredse. Sektoren kæmper med et imageproblem."

Jeppe Nielsen, medforfatter af Rockwoolfondens "Hjemmehjælp – mellem myter og virkelighed," til Information.



►►► HVAD MENER DU

www.sygeplejersken.dk



Denne uges spørgsmål på
www.sygeplejersken.dk:

Mener du, at hjemmeplejen har ressourcerne til at pleje ældre borgere, der udskrives hurtigt fra hospitalerne?

Læs temaet side 16-23.

Svar på spørgsmål stillet i
Sygeplejersken nr. 16/2007:

Er du enig i, at sygeplejersker somme tider mangler respekt for, hvor lidt eller meget den mandlige patient ønsker at åbne for sine følelser om sygdommen?

Svar	antal	pct.
Ja	70	41,2
Nej	67	39,4
Ved ikke	33	19,4
I alt	170	100

have en løn, der svarer til privatansattes med samme uddannelsesniveau. Og som du sikkert ved, har DSR deltaget meget aktivt i løndebatten gennem de seneste måneder – bl.a. med forslaget om en lige-lønsreform.

Selvom vores strejkeret tidligere er blevet udfordret, har vi stadig både ret og økonomi til at strejke. I debatten om højere løn til offentligt ansatte har politikerne lagt meget vægt på, at de respekterer den danske forhandlingsmodel. Jeg forventer, at det også gælder i en konfliktsituation.

Pris for arbejde med diabetespatienters livskvalitet

Sygeplejerske, ph.d. og Master of Public Health Vibeke Zoffmann modtager i år Bagger Sørensen Fondens påskønnelsespris for sit arbejde og kliniske forskning, der har haft til formål at forbedre diabetespatienters livskvalitet. Prisen er på 25.000 kr. Vibeke Zoffmann har udviklet metoden Guided Egen-Beslutning, der går ud på at skabe et effektivt samarbejde mellem patient og diabetesteam. Metoden er ifølge Bagger Sørensen Fonden implementeret i klinisk praksis på både Århus Sygehus og Odense Universitetshospital. Vibeke Zoffmann er ansat som lektor ved Universitetscenter for Sundhedspleje- og omsorgsforskning på Rigshospitalet. Bagger Sørensen Fonden hed tidligere Dandy Fonden efter navn fra tyggegummivirksomheden. Fonden støtter bl.a. videnskabelige aktiviteter inden for det medicinske område.

(sbk)

Man kan ikke være venner med alle

Overskriften er et næsten glemt slogan, som dagbladet Aktuelt trykte i blå blokbogstaver på t-shirts, busser og plakater for 20 år siden. Ved den lejlighed blev avisen relanceret som Det Fri Aktuelt, der skulle frigøres fra ejerne i LO.

Avisen viste sig at have så ringe evner til at skabe sig venner – og abonnenter – at den senere strøg ”Det Fri” og gik tilbage til blot at hedde Aktuelt. For siden at lukke helt i foråret 2001.

Det er historie. Men jeg kom til at tænke på Det Fri Aktuelts slogan, da jeg for nylig på www.sygplejersken.dk læste sygeplejerske Birthe Nørgaards indlæg om min seneste klumme. Hun undrer sig over, at læsernes redaktør skulle være mere hendes redaktør, end *Sygplejerskens* egentlige redaktører er det:

”Jeg regner så sandelig alle redaktører på *Sygplejersken* som mine medparter og ikke modparter,” skriver hun.

Nu er jeg jo ikke redaktør i egentlig forstand (jeg redigerer ikke bladet) – snarere en slags ombudsmand. Men jeg kom til at tænke på de falmende t-shirts fra 1987, fordi *Sygplejerskens* redaktører og journalister ikke kan holde med Birthe Nørgaard i alle livets forhold. Hvis bladet beskæftiger sig med en konflikt mellem to grupper af sygeplejersker, kan bladet muligvis forholde sig neutralt eller objektivt, men aldrig holde med begge parter.

Ifølge min kontrakt skal jeg ”føre en statistik over antallet af henvendelser. Denne statistik bliver offentliggjort efter seks måneder og efter 12 måneder,” som der står. Her kommer altså – lidt forsinket – en slags statistik:

Jeg har modtaget én enkelt mail, der nærmer sig en slags klage (over redaktionens håndtering af juridisk stof). I den anledning har jeg bedt redaktionen overveje, hvordan dette stof skal dækkes.

En optælling i min mailboks viser, at jeg siden den 1. januar 2007 har kommunikeret med 16 forskellige læsere. Nogle af dem har henvendt sig efter en kraftig opfordring i min klumme i nr. 4 eller i direkte e-mails fra mig. Et par stykker har rost min kommentar om chefredaktørens analyse af den nye struktur i Dansk Sygeplejeråd (nr. 8), mens en enkelt har kritiseret min kritiske holdning til nogle af de mange fagudtryk i spalterne (nr. 10). Et par af henvendelserne har været fejladresseret (bl.a. et debatindlæg til *Sygplejersken* og en anmodning om hjælp til en konflikt på en hospitalsafdeling). Tak til alle, der har henvendt sig! Jeg håber på at høre mere til jer og andre læsere i mine resterende fire måneder som læsernes redaktør.

Men hvorfor har der ikke været flere henvendelser? En forklaring er naturligvis, at *Sygplejerskens* journalister og redaktører arbejder samvittighedsfuldt og ud fra en høj etisk standard. En anden, mere nedslående, kunne være, at sygeplejerskerne ikke læser deres fagblad grundigt nok.

Men jeg tror også, at det kan skyldes, at *Sygplejersken* nogle gange forsøger at holde sig gode venner med alle.

Temaet om dårlige ledere i nr. 17 kunne være et eksempel. Artiklerne går lidt som katten om den varme grød. En RUC-forsker, en afdelingschef i Region Midtjylland og en HK-konsulent kommer til orde, men der er ingen sygeplejersker – hverken ledere eller menige – der fortæller om deres konkrete eksempler på dårlig eller god ledelse. Hvis de gjorde, er det ikke sikkert, at *Sygplejersken* kunne holde sig gode venner med dem alle sammen.

Når Det Fri Aktuelt ikke længere udkommer, har det andre grunde end det flotte og sande slogan fra 1987. Det gælder stadig i god journalistik: Man kan ikke være venner med alle.



Niels Rohleder

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

”Hvis bladet beskæftiger sig med en konflikt mellem to grupper af sygeplejersker, kan bladet muligvis forholde sig neutralt eller objektivt, men aldrig holde med begge parter.”

RING ELLER SKRIV TIL LÆSERNES REDAKTØR:

Niels Rohleder
Højskolevej 11 A
Vallekilde
4534 Hørve
Mobil: 6167 0662
niels@vallekilde.dk



SYGGEPLEJERSKEN

»»» FAG

Fagtanker »	44
Faglig information »	44
Testen »	58
Agenda »	61
Anmeldelser »	65
Fem faglige minutter »	68

Netværk for
adopterede og
adoptanter » 59

I Zambia er aids et
problem for alle » 62

KLINISK SYGGELEJE

Postoperativ
smertebehandling
til patienter med
kroniske smerter » 50

>>> FAGTANKER

Voldsomt medicinplæderende

Den patient, som efter en operation hyppigt klager over smerter, men ikke ser specielt forpint ud, risikerer at komme i klemme mellem fordomme og mangel på viden.

Hvis patienten før operation har været vant til at tage store mængder smertestillende medicin pga. kroniske smerter, skal han efter operationen medicineres med baggrund i specifik viden om farmakologi. Han skal ikke straffes med misbilligende blikke eller forsinket udlevering af piller. Patientens daglige forbrug af medicin må være gennemdrøftet med ham, inden han lægger sig under operationslampen. På den måde kan sygeplejersken forsikre patienten om, at der er fokus på hans særlige situation som patient med kroniske smerter og et stort forbrug af smertestillende medicin.

Sygeplejersker må tro på, at patienten er ekspert på egne smerter, og udarbejde et individuelt program til den patient, der ikke udgør prototypen på en operationspatient.

Artiklen "Postoperativ smertebehandling til patienter med kroniske smerter" på side 50 er på den baggrund hjælpsom for sygeplejersker, selv om det er læger, der ordinerer medicin og fastlægger den smertestillende medicin postoperativt. Sygeplejersker får med artiklen et godt kort på hånden, når de skal deltage i planlægningen af postoperativ pleje og behandling af patienten med kroniske smerter.



Jette Bagh

Jette Bagh
sygeplejerske,
fagredaktør.

Kompetencelister som studieredskab i sygeplejerskeuddannelsen

AF KIRSTEN NIELSEN, SYGEPLEJERSKE, CAND.CUR.

Artiklen henvender sig til sygeplejelærere, studerende og kliniske vejledere. Hovedbudskabet er, at en kompetenceprofil støtter de studerendes læring, fordi den tydeliggør, hvad der konkret skal læres. Artiklen bygger på en evaluering af kompetenceprofilen ved Sygeplejerskeuddannelsen i Holstebro.

Hvad skal en nyuddannet sygeplejerske kunne i dag og om 10 år? Spørgsmålet danner grundlag for den kompetenceprofil, sygeplejestuderende ved Sygeplejerskeuddannelsen i Holstebro er blevet uddannet efter de seneste fem år. Profilen er netop blevet evalueret, og udvalgte resultater præsenteres her.

Kompetenceprofilen anvendes som et semesteropdelt studieredskab i samarbejdet mellem den studerende, de kliniske vejledere og sygeplejelærerne. Profilen indeholder elementer inden for fem områder:

- interaktion og kommunikation
- at udføre sygepleje
- lede sygepleje
- formidle sygepleje
- udvikle sygepleje.

Ud for hver kompetence er der plads til at beskrive, hvilke studieaktiviteter den studerende skal udføre for at lære kompetencen, den studerendes refleksion over læreprocessen og vejledernes evaluering og vejledning.

Profilen er udarbejdet i 2000, og vi har fundet det nødvendigt at ajourføre de beskrevne kompetencer, så de også fremover svarer til sundhedsvæsenets krav til en nyuddannet sygeplejerske. En ajourføring er også nødvendig i lyset af den kommende nationale studieordning, der som led i bestræbelserne på at harmonisere uddannelserne i Europa omfatter en kompetenceprofil.

Evalueringen er foregået som en spørgeskemaundersøgelse, hvor 231 studerende, 55 kliniske vejledere og ni undervisere har besvaret spørgsmålene, der var tilpasset de tre forskellige informantgrupper (svarprocent 78,5).

Forbedringspotentiale

Evalueringen viser, at det har værdi at anvende en kompetenceprofil af en sygeplejerske som mål for uddannelsen. To tredjedele af de studerende har oplevet kompetenceli-

Social inklusion på plejehjem



Knight T. & Mellor D. Social inclusion of older adults in care: Is it just a question of providing activities? QHW 2007;2:76-85.

Det overordnede formål med denne fænomenologiske interviewundersøgelse var at belyse, hvordan beboere på plejehjem oplever at blive inkluderet i det sociale liv. Desuden ønskede forskerne at undersøge personalets oplevelse af at give beboerne mulighed for social inklusion i hverdagen på plejehjemmet.

Deltagerne i studiet er 25 ældre, der bor på en særlig type australske plejehjem, hvor der tilbydes hjælp til mad og husholdning og let pleje, men ikke decideret sygepleje. Desuden deltog 25 omsorgsydere med forskellig faglig baggrund. Deltagerne er tilknyttet fem forskellige plejehjem.

Resultaterne viser, at beboerne har en noget anden opfattelse af, hvad social inklusion betyder, end plejepersonalet har. Trods en grundlæggende taknemmelighed for den ydede pleje beskriver beboerne, at de ikke føler sig hjemme på plejehjemmet. De savner de aktiviteter, de tidligere havde sat pris på som f.eks. havearbejde og samvær med nære venner. Beboerne føler sig ensomme og uden autonomi. Plejehjemmets skemalagte aktiviteter som f.eks. bingo, gymnastik og udflugter dækker ikke disse eksistentielle behov. Plejepersonalet oplever derimod, at de gør deres bedste for at give beboerne mulighed for social inklusion. Trods tidspres og økonomiske begrænsninger bekymrer de sig om beboernes velbefindende og er konstant på udvig efter muligheden for at gøre noget ekstra for at glæde den enkelte. Plejepersonalet er bevidst om, at de planlagte aktiviteter ikke dækker beboernes behov, og at mange beboere derfor ikke deltager i disse, men synes ikke at have de fornødne ressourcer eller den fornødne vilje til at ændre de rutiner og prioriteringer, der ligger til grund for denne diskrepans.

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

sterne som en tilfredsstillende støtte i læreprocessen. Den sidste tredjedel oplever ikke dette. En væsentlig grund er, at antallet af beskrevne kompetencer har været for højt, og flere kompetencer beskriver det samme.

Generelt viser evalueringen, at det især er beskrivelsen af kompetencerne, refleksion over læreprocessen og feedback fra kliniske vejledere og sygeplejelærere, der fremmer læreprocessen. Beskrivelse af kompetencerne støtter de studerendes læring, fordi de tydeliggør, hvilken konkret kunnen der skal læres.

Kompetencerne opleves mere tydelige end mål – selvom kompetencernes sproglige formulering kritiseres i evalueringen. Ingen er i tvivl om, at refleksion over læreprocessen fremmer læring, men en lille gruppe er usikre på, hvordan de skal bruge punktet.

Feedback fra kliniske vejledere og sygeplejelærere har allerstørst betydning for de studerende for at lære kompetencerne. Der er imidlertid stor forskel på, hvor megen tid kliniske vejledere og sygeplejelærere anvender til feedback. De studerende oplever, at deres behov for vejledning tilgodeses bedst i de kliniske studier, men der er et udviklingspotentiale begge steder.

Vi skal nu ajourføre studieredskabet med en ny kompetenceprofil med færre kompetencer. Planen er at gøre det elektronisk, så studerende, kliniske vejledere og sygeplejelærere kan kommunikere, uanset om den studerende er i kliniske eller teoretiske studier. Endvidere må information og samarbejde om studieredskabet og dets anvendelse forbedres, så den sidste tredjedel af de studerende oplever større støtte i læreprocessen.

*Rapporten kan fås ved henvendelse til
Kirsten Nielsen, kirni@mail.tele.dk*

*Kirsten Nielsen er ansat som
sygeplejelærer ved CVU vita,
Sygeplejerskeuddannelsen i Holstebro.*

Søvnkvalitet og træthed hos patienter i peritoneal dialyse i hjemmet



Yngman-Uhlin P, Edéll-Gustafsson U. Self-reported subjective sleep quality and fatigue in patients with peritoneal dialysis treatment at home. International Journal of Nursing Practice. 2006;12:143-152.

Formål: At beskrive patienternes habituelle søvnmønster, forekomsten af symptomer på søvnmangel i løbet af dagen, søvnforstyrrelser og aktuel søvnlængde over en uge hos patienter, der er i peritoneal dialyse hjemme.

Metode: Undersøgelsen er gennemført i Sverige. Der indgik 55 patienter med en gennemsnitsalder på 62,7 år, hvoraf fjorten var kvinder. Patienterne blev hjemme bedt om at føre en søvndagbog og angive deres træthed, søvnproblemer og forstyrrelser på validerede skalaer og skemaer. Dataindsamlingen strakte sig over en uge. Data er opgjort statistisk.

Resultater: Omkring 60 pct. af patienterne havde vedvarende søvnproblemer kombineret med symptomer på søvnmangel om dagen. At vågne om natten og ikke kunne falde i søvn igen og den samlede søvnlængde var de faktorer, der havde størst betydning for søvnkvaliteten. Problemer med at finde en god stilling at sove i havde signifikant betydning for søvnen.

Bemærkninger: Søvn og hvile er essentielt for at kunne bevare et kvalitetsfyldt dagligliv. Denne gruppe patienter havde øjensynlig store problemer med mangel på søvn, hvilket gør det interessant at beskæftige sig med. Det er et oplagt område for sygeplejersker at udvikle yderligere til gavn for patienterne.

*Af Preben U. Pedersen, sygeplejerske, ph.d.,
pu.pedersen@tele2adsl.dk*

Strategier til at fremme søvn hos plejehjemsbeboere – en litteraturgennemgang

R Koch S, Haesler E, Tiziani A, Wilson J. Effectiveness of sleep management strategies for residents of aged care facilities: finding of a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. 2006;15:1267-1275.

Formål: At gennemføre en systematisk litteraturgennemgang med henblik på at finde de bedste redskaber til at identificere søvnproblemer og de mest effektive strategier til at fremme søvn hos ældre på plejehjem. Litteraturgennemgangen skulle besvare følgende spørgsmål: "Hvilke metoder er effektive ved identifikation og vurdering af søvnforstyrrelser hos ældre på plejehjem?" og "Hvilke handlinger fremmer effektivt søvn hos ældre?"

Metode: Litteraturen blev søgt i 11 databaser. Der fremkom 114 artikler fra perioden 1993-2003, af disse var 41 egnet til at indgå i litteraturgennemgangen. Artiklerne blev grupperet i forhold til interventionstype eller vurderingsinstrumenter, hvorefter der er foretaget et narrativt resumé af artiklerne.

Resultater: Der blev identificeret en lang række interventioner, der kan fremme søvnen. De mest effektive synes at være en kombination af: Reduktion af støj fra omgivelserne og i natlige sygeplejeaktiviteter og øget aktivitet i dagtimerne. Der rejses spørgsmål ved brug af sovemedicin, da langtidseffekten er tvivlsom.

Bemærkninger: Artiklen lægger op til en debat om, hvordan ældre plejes. Ses søvnproblemet som en del af den totale pleje, eller er det blot udtryk for et natligt problem. Litteraturgennemgangen har medtaget de bedste artikler fra perioden og er derfor et solidt grundlag for kvalitetsudvikling af plejen til ældre.

Af Preben U. Pedersen, sygeplejerske, ph.d.,
pu.pedersen@tele2adsl.dk

Hvad er opmærksomhed?

R Schuback M. SC. *The knowledge of attention*. *QHW* 2006; 1: 133-140.

Artiklen tager udgangspunkt i hverdagsforståelsen af opmærksomhed og diskuterer derefter tre andre udlægningsformer af opmærksomhed, der kan have relevans for bl.a. sygeplejersker.

Opmærksomhed kan i en hverdagsbetydning udlægges som evnen til at fokusere på noget bestemt. Denne fokusering bliver almindeligvis opfattet som en overgang fra en tilstand af adspredthed til en mere målrettet koncentration. Forfatteren mener imidlertid, at opmærksomhed er langt mere end denne indsnævring af perspektivet. Opmærksomhed skal snarere forstås som en kreativ genopdagelse, hvor det, der lægges mærke til, ses på baggrund af alt det, der ikke lægges mærke til. F.eks. vil en fugl på en blå himmel tiltrække sig opmærksomhed på baggrund af den blå himmel. Opmærksomhed er kun sammenfaldende med omsorg, såfremt sygeplejersken er villig til at træde ud af sig selv og blive en del af en fælles bevidsthed med den patient, sygeplejersken drager omsorg for. Schuback understreger, at opmærksomhed er langt mere end en viljesakt og ikke kan læres ved hjælp af særlige teknikker eller standarder.

Opmærksomhed er det mest basale, interaktive forhold mellem levende væsener og den omgivende verden.

I artiklen anvendes fænomenologisk filosofi til analyse og diskussion af opmærksomhed.

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

Svar på TESTEN side 58

- a. Kroppen hos en mand består af 60 pct. vand, mens en kvinde må nøjes med 55 pct. pga. den større mængde fedtvæv. En nyfødt består af 75-80 pct. vand, mens ældre har et vandindhold, der kan falde til 50 pct. Begrebet en tør gammel knark er derfor ikke helt misvisende.
- b. Vandudgiften i lungerne er på ca. 0,5 l pr. døgn. Sved udgør ca. 0,2 l, og fordampning gennem huden ca. 0,5 l. Med afføringen udskilles ca. 0,1 l, mens nyrerne normalt udskiller 1-2 l pr. døgn. Opkastninger, feber, diarré, fysisk aktivitet og omgivelsernes temperatur kan påvirke vandudgiften markant.
- b. Begge tilstande afhænger af det osmotiske tryk, men symptomerne er forskellige. Ved dehydrering ses tørst, nedsat hudturgor, tørre slimhinder, lille diurese, forhøjet puls, konfusion og blodtryksfald. Ved overhydrering ses ødemer i væv og lunger, svulmende halsveener, store diureser (undtaget ved nyresvigt) og ændringer i hjernens funktion.
- b. En respiratorisk syreforgiftning skyldes utilstrækkelig respiration på grund af lungesygdomme/ lungekræft, nedsat følsomhed for CO₂ i respirationscenteret eller en sovemiddelforgiftning.
- a. Ud over store opkastninger, hvor der mistes saltsyre fra mavesækken, opstår metabolisk baseforgiftning hos patienter med et stort forbrug af syreneutraliserende medicin, ved forøget produktion af aldosteron, behandling med diuretika og ophobning af ammoniak ved leverlidelser

Kilde: Biokemi – Lærebog for sygeplejestuderende kap. 15. Nielsen O, Springborg A. 4. udgave, august 2007. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.



ARTIKLENS MÅL ER:

- at sygeplejersken får viden om farmakologisk behandling af postoperative smerter hos patienter med kroniske smerter
- at sygeplejersken bliver opmærksom på denne gruppe patienters specielle behov for smertebehandling under hele indlæggelsesforløbet
- at sygeplejersken kan gøre rede for behandlingsprincipperne til denne gruppe patienter.

Artiklen henvender sig primært til sygeplejersker i kirurgiske sengeafsnit.

Artiklens behandlingsprincipper tager udgangspunkt i den opioidtilvænede patient, som indlægges til operation, men tilgodeser også den ikke-opioidbrugende, kroniske smertepatient, som i kraft af sine kroniske smerter kan være vanskelig at smertebehandle efter operation.

Artiklens hovedbudskab er, at patienter med kroniske smerter har særligt brug for fokus på den postoperative smertebehandling.

Postoperativ smertebehandling til

AF RANDI MARIA HANGHØJ TEI, ANÆSTESISYGEPLEJERSKE • FOTO: SØREN HOLM

Inspirationen til denne artikel er opstået i mit arbejde som sygeplejerske i et postoperativt smerteteam, hvor jeg dagligt tilser patienter i forskellige kirurgiske afdelinger. Jeg oplever, at den postoperative smertebehandling ofte volder problemer hos kroniske smertepatienter. De problemer, jeg her møder, er naturligvis mangeartede. Nogle synes dog at forekomme hyppigt, at være konkrete at afhjælpe, og mange kunne være undgået ved en forebyggende indsats fra starten af indlæggelsesforløbet. Disse refleksioner danner baggrund for nærværende artikel, som har til formål at formidle viden

om den kroniske smertepatientens specielle behov for smertebehandling i forbindelse med indlæggelse til operation og at inspirere til øget fokus på smertebehandling til denne gruppe patienter.

Kroniske smerter defineres som smerter af varighed længere end forventet, i praksis smerter, der har varet mere end 3-6 måneder (1,2,3).

Artiklen omhandler ikke behandlingsprincipper for opioidmisbrugere (personer, der anvender opioider uden medicinsk indikation) indlagt til operation

Artiklen fokuserer på den farmakologiske smertebehandling, som udgør en afgrænset del af smertebehandlingens mange facetter. Nonfarmakologiske smertelindrende tiltag samt beskrivelsen af, hvordan f.eks. fysiske rammer, lys, lyd og berøring påvirker smerteoplevelsen, omtales ikke i denne artikel.

»»» BLÅ BOG: RANDI MARIA HANGHØJ TEI

Randi Maria Hanghøj Tei har siden den 1. november 2005 været ansat som smertesyggeplejerske i Det Postoperative Smerteteam, Anæstesiologisk Afdeling, Århus Sygehus, Nørrebrogade.

Hun er uddannet sygeplejerske fra Sygeplejeskolen ved Århus Amtssygehus i oktober 1990 og har gennemført specialuddannelsen til anæstesisyggeplejerske på Århus Amtssygehus 1994-1996.

Randi Tei har gennemført "længerevarende efteruddannelse for sygeplejersker i sygepleje til patienter med smerter" i 2002, afholdt af Dansk Sygeplejeråd.

Efter endt grunduddannelse og indtil påbegyndelse af anæstesiuddannelse har hun arbejdet som sygeplejerske på Medicinsk Endokrinologisk, Thoraxkirurgisk og Intensiv afdeling.

Som anæstesisyggeplejerske har Randi Tei arbejdet i ni år på Urinvejskirurgisk-Anæstesiologisk afdeling på Skejby Sygehus.



Litteratursøgning

Artiklen er skrevet med baggrund i allerede læste lærebøger og artikler. Herudover har jeg foretaget systematisk litteratursøgning i Pub-Med, Embase, CINAHL, SveMed+ og Cochrane med kombinationer af søgeordene "Postoperative Pain*" (MeSH) AND "Opioid*" (MeSH) AND "Chronic Pain" (All Fields). Litteratursøgningen gav 268 forskellige publikationer fra 2000. Nogle er herefter fravalgt på titlen alene. De øvrige er abstract- og/eller full-text-læst. Af ovennævnte har jeg udvalgt ca. 20 som værende relevante for denne artikel. Specielt én artikel (4), som blev fundet ved litteratursøgningen, viste sig at have et budskab, som er meget sammenfaldende med budskabet i nærværende artikel omkring sygeplejerskens udfordring i



»» MORFIN SOM LÆGEMIDDEL

Morfin har som lægemiddel aktive metabolitter, som overvejende udskilles renalt: morfin-6-glukuronid som har analgetisk og sederende effekt samt morfin-3-glukuronid, som kan forårsage myoklonier (ufrivillige muskelsammentrækninger) og dysæstesier (øget følsomhed og ubehag ved berøring af huden). Dette bør man være opmærksom på ved længere tids morfinbehandling med gentagne administrationer af morfin (især, men ikke kun intravenøst) hos patienter med nedsat nyrefunktion, hvor andre opioider uden neuroeksikatoriske metabolitter (f.eks. fentanyl, oxycodon) med fordel kan foretrækkes (1).

patienter med kroniske smerter

forhold til perioperativ pleje af den opioid-tilvænnede kroniske smertepatient.

Hver femte dansker har kroniske smerter

Den kroniske smertepatient har ofte et ekstra følsomt smerte-nerve-system og vil derfor have et større behov for analgetika efter operation, uanset om patienten er i præoperativ opioid-behandling eller ej (5, kap. 2). En patient i opioidbehandling udvikler tolerance over for opioid. Dette er en forudsigelig farmakologisk adaptation og betyder i praksis, at den smertelindrende effekt og varighed ved samme dosis opioid aftager. Hos den opioidtilvænnede patient skal opioiddosis altså være højere end hos andre for at opnå sufficient smertelindring (1,2,5,6). Patienter, som er vant til opioid inden operation, har ud over deres normale basisbehandling behov for op til 2-3 gange mere opioid under operation end den opioidnaive operationspatient (4,6).

Ca. 2/3 af de 360 patienter, som Det Postoperative Smerteteam på Århus Sygehus, Nørrebrogade, via lægeordineret tilsyn har været involveret i det foregående år, havde et aktuelt præoperativt opioidforbrug pga. smerter. At en betragtelig del af den danske befolkning er i fast behandling med opioider, understøttes af en undersøgelse foretaget i år 2000, hvor 19 pct. – svarende til hver femte – af 10.066 tilfældigt udvalgte voksne danskere oplyste at have kroniske smerter (varighed over seks måneder). 3 pct., hvilket omregnet svarer til ca. 130.000 personer i Danmark, tog regelmæssigt opioider. Kræftpatienter indgik ikke i undersøgelsen (7).

Tal fra Statens Institut for Folkesundhed viser, at andelen af voksne danskere, der angiver at have en eller

flere langvarige muskel- og skeletlidelser af mere end seks måneders varighed, er stadigt stigende, og at der i år 2000 var tale om ca. 700.000 danskere i alderen 18-64 år (8). Epidemiologiske undersøgelser i den vestlige verden har påvist høje og stadigt stigende prævalensrater for kroniske smertetilstande, og kroniske smertepatienter har et stort forbrug af sundhedssystemet (7). En stadigt stigende andel af patienter, der indlægges til operation, er ved indlæggelsen opioidtolerante (2,9).

Insufficient smertebehandling

Nogle problemstillinger, som ofte resulterer i insufficient smertelindring for den kroniske smertepatient i forbindelse med operation, går igen hos flere patienter, jeg møder. Her kan nævnes,

- at patientens behov for vanlig smertestillende medicin tilsidesættes ubegrundet i forbindelse med f.eks. faste til undersøgelser/operation
- at et postoperativt behov for større doser smertestillende medicin kan skabe en undren eller usikkerhed hos den sygeplejerske, der skal administrere medicinen, og en oplevelse hos patienten af at blive mistænkeliggjort
- at administration af fast medicin nogle steder foregår på afdelingens fastlagte tidspunkter, som er anderledes end dem, patienten selv har valgt og er vant til.

Lignende generelle problemer hos opioidtolerante (ikke-misbrugende) patienter er beskrevet i en publikation fra et amerikansk tidsskrift for kirurgisk sygepleje (4), hvor forfatteren opfordrer til et øget fokus på den opioidtilvænnede patient ved indlæggelsesstart samt en "ikke- »

►►► FIGUR 1. NEDTRAPNINGSSKEMA, UDFYLDT

Nedtrapningsskema

(navn og CPR/ label)

Årstal: 2007 Dato:	tbl. Contalgin (mg)/tbl. Oxycøntin(mg) overstreg det ikke-anvendte				P.n.: Ved behov for ekstra, her angivet som dosis pr. gang.
	Kl.: 6	Kl.: 14	Kl.: 22	Kl.: 18	tbl. morfin (mg)/ caps. Oxynorm (mg) overstreg det ikke-anvendte
22.+23.+24. januar	30	30	30		15-20
25.+26.+27. januar	30	20	30		15
28.+29.+30. januar	30	20	20		10-15
31.+1.+2. jan./februar	20	20	20		10
3.+4.+5. februar	20	10	20		10
6. februar*	20	*Dette niveau er = patientens vanlige faste dosis før operationen.		20	5-10
Denne del af nedtrapning aftales med egen læge	20			10	5 (-10)
	10			10	5
	5			5	5
	0			0	5

Fast smertestillende medicinsk behandling omfatter i øvrigt:
Tbl. Paracetamol 1gram (= 2 tbl. a 500 mg) 4 gange i døgnet, samt tbl. Saroten 25mg x 1 (kl. 22)

(dato) 22. januar 07: Ovenstående gennemgået med patienten og udarbejdet af

(underskrift) Randi Tei, smertesyggeplejerske,
Det Postoperative Smerteteam, Anæstesiologisk Afdeling, Århus Sygehus.

Kopi af dette ark vedlægges patientjournalen.

Figur 1: Eksempel på nedtrapningsskema til patient med kroniske rygsmerter, som præoperativt havde et opioidforbrug på Tbl. Contalgin 20 mg x 2 samt Tbl. Saroten 25 mg til natten, og som på grund af nylig overstået operation for sin ryglidelse er i aktuelt højere opioidforbrug. Der vælges i samråd med patienten at reducere med 10 mg Contalgin hver 3. døgn indtil præoperativ dosis er nået. Da operationen er relateret til patientens kroniske smerter, kan en yderligere nedtrapning formentlig blive aktuel. Denne varetages i så fald af patientens egen læge.

» dømmende» tilgang til administration af analgetika hos patienten. En analyse foretaget på baggrund af 14 erfarne sygeplejerskers beskrivelse af i alt 15 komplekse patientrelaterede smerteproblemer viser, at sygeplejerskens personlige intervention ved utilstrækkelig smertebehandling af den kirurgiske patient vender situationen i positiv retning for patienten (10).

Ifølge M. McCaffery og A. Beebe har sygeplejersken en nøgleposition i forhold til at sikre en god smertebehandling ved konstant at kunne observere patienten og evaluere effektiviteten af smertebehandling. Uddannelse inden for doser og ækvipotente forhold samt hensigtsmæssig administration af analgetika er en forudsætning for sygeplejerskens interventionsmuligheder (11).

I et studie udført af Gaston-Johansson et al. (12) påviste man, at sygeplejerskernes behandling af og omsorg for patientens smerte var den væsentligste faktor for, om patienten oplevede tilfredshed med smertelindring og behandling under det postoperative forløb.

Sygeplejen udfordres

Den kroniske smertepatient synes således særlig følsom og sårbar, og andelen af kroniske smertepatienter er

stigende i den danske befolkning. At ordinationsretten til den smertestillende medicin ligger hos lægen, er indiskutabelt. Det er dog sygeplejersken, der døgnet rundt har den tætte kontakt med og observation af patienten. Her udfordres sygeplejersken, når afdelingens retningslinjer for smertebehandling tager udgangspunkt i opioidnaive operationspatienter, og når rutiner ved tilsyn, fasteregler og lignende er ens, hvad enten der er tale om en patient med kroniske smerter eller ej. Patientens opfattelse af sygeplejerskens evne og vilje til at intervenere ved insufficient smertebehandling er af afgørende betydning for patientens oplevelse af forløbet. På baggrund af litteraturen – samt erfaringer fra mit arbejde – er det min overbevisning, at sygeplejersken aktivt kan medvirke til at sikre en vellykket smertebehandling i et postoperativt forløb (fra indlæggelsesstart til udskrivelse) hos patienten med kroniske smerter. Derfor er det vigtigt, at sygeplejersken har en viden om den farmakologiske, postoperative smertebehandling og indsigt i den kroniske smertepatientens specielle behov, som gør vedkommende i stand til kritisk at vurdere smertebehandling og intervenere, hvis den er insufficient.

Postoperativ smertebehandling

Patienten med kroniske smerter skal i forbindelse med operation fortsætte sin vanlige analgetiske behandling som basis. Ud over dette skal der, så vidt muligt, smertebehandles med en kombination af blokader af enhver art samt non-opioide analgetika, hvorved behovet for systemisk opioid mindskes (1,2). En supplerende systemisk, postoperativ døgndækkende opioidbehandling med mulighed for sufficente p.n.-doser kan tage udgangspunkt i præparaterne fra patientens vanlige behandling, hvor dosis justeres efter indgrebet. En omlægning til mere hensigtsmæssige præparater kan dog foretages i samråd med patienten, hvor det skønnes aktuelt.

Paracetamol kan næsten altid indgå som fast basisbehandling med henblik på at forbedre smertelindringen og reducere opioidbehovet (2), hvorimod der kan være såvel kirurgiske som medicinske grunde til at undlade nonsteroidale antiinflammatoriske midler (NSAID) (3,5). Til den opioidtilvænnede patient anbefales NSAID på grund af den opioidbesparende effekt, hvis der ikke er kontraindikationer for dette (1,2,5,6,13).

Patienten med kroniske smerter er som oftest blevet behandlet af praktiserende læge eller speciallæge og er udredt for og behandlet efter, hvorvidt smerterne er af nociceptiv og/eller neurogen karakter. Forenklet skyldes nociceptive smerter ødelæggelse (og/eller inflammation) af væv, f.eks. muskler, hud, knogler, led, indre organer.

Neurogene smerter skyldes forstyrrelser eller skader i selve nervesystemets struktur eller funktion og kan opstå med eller uden vævsskade (3,5). Hvorledes der skelnes mellem disse smertetyper, deres symptomer og oprindelse, vil ikke blive beskrevet i denne artikel. Der henvises til lærebøger om emnet. Det er imidlertid vigtigt at kende de præparater, som hyppigt indgår i patientens behandling, hvilket for neurogene smerter vedkommende ofte er tricykliske antidepressiva, f.eks. Saroten, Noritren og Imipramin eller antikonvulsiva, f.eks. Gabapentin og Lyrica. En igangværende behandling af neurogene smerter bør fortsættes op til og genoptages umiddelbart efter operationen.

Afklarende samtale ved indlæggelse

Personalet bør naturligvis være bekendt med patientens vanlige medicin og administrationstidspunkter. Ved indlæggelsessamtalen kan dialog om patientens vanlige, faste medicintidspunkter sammenholdt med afdelingens rutiner omkring medicingivning, muligheder for selvadministration mv. udmunde i en aftale om, hvordan medicinadministrationen bedst foregår hos netop denne patient. Patienten har ofte erfaringer fra tidligere smerteforløb, som kan præge oplevelsen af den nuværende indlæggelse. For at imødegå en eventuel usikkerhed om forestående smerteforløb kan sygeplejersken med fordel spørge ind til disse tidligere erfaringer samt

tilkendegive, at der vil være opmærksomhed på hensynet til patientens specielle behov for smertebehandling i forbindelse med den forestående operation. I praksis kan dette foregå ved at informere om følgende tiltag, som efterfølgende effektueres undervejs i forløbet:

- Patienten vil få sin vanlige smertestillende medicin lige indtil operationen.
- Opioidbehandlingen, der iværksættes som postoperativ smertebehandling, doseres under hensyntagen til patientens vanlige præoperative opioidforbrug, og den vil blive justeret dagligt under indlæggelsen.
- En nedtrapning af en midlertidig opioiddosisøgning i relation til aktuelle operation vil foregå i samarbejde med patienten. Der vil her blive udarbejdet en overskuelig og tilgængelig nedtrapningsplan (se figur 1 side 52).

Smertebehandling uanset fasteregler

Patienten har behov for vanlig døgndækkende smertestillende medicin, også selvom der fastes til operation (2,13). Ved præanæstetisk tilsyn bør opmærksomheden skærpes på den kroniske smertepatientens vanlige medicin, således at denne bliver ordineret og indtaget i det omfang, det lader sig gøre under hensyntagen til faste- og ventetid i øvrigt. At undre sig, hvis en vanlig analgetisk behandling ikke er ordineret som præmedicin, er god sygepleje, og denne udren skal i tide rettes til den ansvarlige anæstesilæge.

Smertebehandling 24 timer i døgnet

For at opnå optimal postoperativ smertelindring efter en operation, der nødvendiggør opioidbehandling i flere døgn, kan døgndækkende behandling med depotopioid med fordel påbegyndes, så snart en peroral opioidindtagelse er mulig. Depotbehandlingen gives med tidsintervaller, der dækker døgnets 24 timer, og skal suppleres med hurtigtvirkende opioid ved behov, så effektiv smertelindring opnås (se afsnittet om p.n.-doser). Dosisberegning skal tage udgangspunkt i patientens postoperative opioidbehov. Morfin er et hurtigtvirkende opioid. Som depotpræparat (slow-released) kaldes det Contalgin eller Doltard. Oxycodon som hurtigtvirkende opioid kaldes Oxynorm. Som depotpræparat kaldes det Oxycontin (om biotilgængelighed og omregningsdoser mellem morfin og oxycodon henvises til tabel 1 side 55).

En patient, som præoperativt er i behandling med enten Contalgin eller Oxycontin, fortsætter behandlingen postoperativt med en døgndosisøgning udregnet som skitseret ovenfor. Ved høj dosis depotopioid kan tredelt døgndosis (otte timers interval i stedet for 12) med fordel forsøges (1).

Er patienten i behandling med fentanylplaster, kan dette fortsættes uændret sammen med anden justérbar opioidbehandling. Fentanylplaster, som er bereg-

»»» LÆSERTEST

1. Hvilke p.n.-doser kan anvendes til en patient, der har fentanyl-plaster 100microgram/t
 - a: tbl. Morfin 40 mg
 - b: kaps. Oxynorm 40 mg
 - c: inj. Morfin 13 mg iv.
 - d: inj. Morfin 20 mg iv.
2. Hvad betyder det, at oxycodon er dobbelt så potent som morfin ved peroral administration?
 - a: at oxynorm virker dobbelt så hurtigt som morfin
 - b: at der skal gives dobbelt så meget oxynorm for at opnå samme effekt
 - c: at biotilgængeligheden for oxynorm po. er dobbelt så høj som ved morfin per os
 - d: at bivirkningerne er halvt så udtalte ved morfin som ved oxynorm.
3. Den sederende bivirkning ved opstart af fentanyl-plaster viser sig efter ca.
 - a: 6 timer
 - b: 8 timer
 - c: 17 timer
 - d: 26 timer.
4. En rimelig depotbehandling for en patient, der i det forgangne døgn havde behov for mindst 6 mg morfin iv. hver 4. time og ikke var i fast opioidbehandling præoperativt kunne være
 - a: tbl. Contalgin 10 mg x 2 samt pn. tbl. Morfin 5mg
 - b: tbl. Contalgin 60 mg x 2 samt pn. Tbl. Morfin 20 mg
 - c: tbl. Oxycontin 20 mg x 2 samt p.n. kaps Oxynorm 5-10 mg
 - d: Durogesic-plaster 75 microgram/timen.
5. En opioidtilvænnet patient, som får sin vanlige smertestillende medicin i operationsdøgnet
 - a: kræver alligevel større doser opioid end den ikke-opioid-tilvænnede patient
 - b: er lettere at smertelindre postoperativt, end hvis vedkommende ikke får sin vanlige smertestillende medicin
 - c: skal ofte have narcanti i afslutningen af en generel anæstesi for at genvinde
 - d: kræver samme doser opioid i opvågningsforløbet, som en hvilken som helst anden patient.
6. En p.n.dosis bør altid være
 - a: inj. Morfin 0,1mg/kg hver 4.-6. time
 - b: 1/4 af samlet døgndosis
 - c: 1/6 af samlet døgndosis
 - d: Kaps. Oxynorm 10 mg.
7. En nedtrappingsplan skal tilrettelægges, således at
 - a: patienten ikke har mulighed for at ændre på datoen for næste reduktion af dosis
 - b: patienten kan tage den samme dosis p.n.-medicin, som han får ved udskrivelsen under hele nedtrappingsforløbet
 - c: patienten fortsat kan tage samme antal doser p.n.-medicin i døgnet, men i mindre doser afhængigt af depotdosis i det aktuelle døgn.
 - d: patienten er informeret om, at han har mulighed for at stoppe behandlingen brat, hvis han føler, at han ikke har behov for medicinen.
8. Hvis en patient er i fast behandling med tbl. Tramadol 100 mg x 4 præoperativt, kan man
 - a: seponere denne behandling postoperativt uden at sætte anden behandling i stedet for, hvis patienten er forsynet med velfungerende blokade/kateter i operationsfeltet.
 - b: risikere at overdosere patienten, selvom man omhyggeligt konverterer til en ækvipotent dosis morfin
 - c: øge den samlede døgndosis af tramadol uden at tænke på den maksimale døgndosis
 - d: forvente, at patienten er vant til doser på omkring 80 mg morfin peroralt i døgnet, hvis patienten har enzymet CYP2D6 intakt.

Svar på læsertesten findes på side 58.

» net til administration hver tredje dag, er ikke "justérbart" til den akutte postoperative smerte, som ofte mindskes hvert døgn. Det er vigtigt at vide, at indsættende analgetiske (og sederende) effekt først ses ca. 17 timer efter påklæbning. Fentanylplaster 25µg/time transdermalt svarer til tbl. morfin 60 (-90) mg/døgn peroralt. Således svarer 100µg/time til tbl. morfin 240 mg/døgn (3).

Får patienten metadon i tredelt døgndosis som smertebehandling, fortsættes denne behandling evt. suppleret af depotopioid og hurtigvirkende opioid peroralt. Alternativt kan metadondosis øges midlertidigt, justeringen bør i så fald varetages af specialkyn-dig.

Tramadol er ikke anvendeligt til postoperativ smertebehandling, hvor høje opioiddoser er nødvendige. Øvre grænse for tramadol er 4-600 mg pr. døgn. Endvidere indsætter virkningen først efter ca. en time eller mere (1), hvorfor det ikke kan anbefales som p.n.-behandling

ved smertegennembrud. Tramadol er dog et meget anvendt smertestillende middel (14), hvorfor det nævnes her. Tramadol er klassificeret som et svagt virkende opioid. Tbl. tramadol 50 mg svarer ca. til tbl. morfin 10 mg (1).

Opioidvirkningen af tramadol skyldes omsætningen til en aktiv morfinmetabolit ved hjælp af leverenzymet CYP2D6. Det samme enzym omdanner codein til morfin. 7-10 pct. af den danske befolkning er langsomme nedbrydere af tramadol, og disse personer opnår derfor kun mindre eller ingen effekt af dette præparat. En om-lægning til et andet opioidpræparat kan i praksis være en start på opioidbehandling hos de omtalte ca. 7 pct. af befolkningen (3,14), hvorfor det anbefales at udvise forsigtighed ved konvertering. Ud over opioidvirkning øger tramadol mængden af serotonin og noradrenalin i synapsespalten. Sidstnævnte virkningsmåde gør præparatet anvendeligt til behandling af neurogene smerter (1).

Patienthistorie

En patient med behov for inj. morfin 6 mg iv. ca. hver 4. time har et døgnforbrug på 36 mg morfin iv., svarende til ca. 100 mg morfin po. Dette kan omlægges til tbl. Contalgin 40 mg x 2 po. med mulighed for tbl. morfin 10-15 mg po. p.n. Alternativt foreslås tbl. Oxycontin 20 mg x 2 po., med mulighed for kaps. Oxynorm 5-10 mg po. p.n. Der er her taget højde for et forventet p.n.-behov, hvorfor alt opioid ikke er konverteret til depotopioide. Hvis patienten imidlertid inden operationen er vant til f.eks. tbl. Contalgin 20 mg x 2 og har fået dette undervejs ud over det beskrevne p.n.-forbrug, kan doseringen med fordel øges til tbl. Contalgin 60 mg x 2, med mulighed for tbl. Morfin 20 mg p.n. En præoperativ behandling med tbl. Oxycontin 20 mg x 2, vil i ovennævnte eksempel foreslås øget til tbl. Oxycontin 40 mg x 2 samt kaps. Oxynorm 10-15 mg p.n.

P.n.-dosering

For at sikre sufficient smertelindring ved smertegenembrud er det nødvendigt at udregne patientens døgnopioidforbrug, idet en p.n.-dosis bør være ca. 1/6 af døgn dosis (3). P.n.-medicin er som al anden medicin lægeordineret, og her er det vigtigt for sygeplejersken at sikre, at ordinationen muliggør en sufficient smertelindring for pågældende patient.

Hvis patientens vanlige opioidbehandling omfatter flere forskellige præparater, er det nødvendigt at kende de forskellige opioiders ækvipotens (se tabel 2 nedenfor). Man kan da med fordel omregne patientens opioidforbrug til samlet peroral morfinmængde (se tabel 3 side 56), og tage udgangspunkt i denne.

Eksempel: En patient i behandling med Durogesic 50µg/t samt tbl. Oxycontin 30 mg x 2, har et opioidforbrug, der svarer til 240 mg morfin peroralt i døgnet. En passende p.n.-dosis vil formentlig være inj. morfin 13 mg eller alternativt kaps. Oxynorm 20 mg. Metadon er svær at ækvipotensberegne, idet stoffet har en lang halveringstid (omkring 15-40 timer eller mere) med store individuelle variationer ved fast behandling. Metadon anses for at være op til 10 gange så potent som morfin (15), hvorfor en sufficient p.n.-dosis morfin ved smertegenembrud ofte er høj hos en patient i fast metadonbehandling.

Vurdér smerter ud fra flere parametre

Den endimensionerede vurdering, som en numerisk rangskala fra 0 til 10 eller en visuel analog skala giver, skal tages med forbehold ved vurdering af smerteintensiteten hos den kroniske smertepatient, som typisk vil score noget højere på skalaen i forhold til opioidnaive operationspatienter. Kliniske observationer som sedati-

»»» TABEL 1. POTENSFORHOLDET MELLE M MORFIN OG OXYCODON

Morfin intravenøst: peroralt	Oxycodon intravenøst: peroralt	Intravenøst morfin: oxycodon	Peroralt morfin: oxycodon
1 : 3	1 : 1½	1 : 1	1 : ½
Eks.: Inj. morfin 10 mg iv. svarer til tbl. morfin 30 mg po.	Eks.: Inj. oxycodon 10 mg iv. svarer til Kaps. Oxynorm 15 mg.	Eks.: Inj. morfin 10 mg iv. svarer til 10 mg oxycodon iv.	Eks.: Tbl. morfin 30 mg po. svarer til Kaps. Oxynorm 15 mg po.

Illustration af potensforholdet mellem morfin og oxycodon, idet biotilgængeligheden for morfin indgivet peroralt er 20-60 pct., oxycodon indgivet peroralt er 60-80 pct. (1,3).

»»» TABEL 2. ÆKVIPOTENTE OPIOIDDOSER

Præparatets navn	Inj. morfin 10 mg intravenøst er ækvipotent med:
Tbl. Morfin	30 mg peroralt
Supp. Morfin	20-30 mg rektalt
Kaps. Oxynorm	15 mg peroralt
Inj. Ketogan (ketobemidon)	5-7,5 mg intravenøst
Inj. Fentanyl	0,1 mg (= 100µg) intravenøst
Inj. Vilan (nicomorfin)	10 mg intravenøst

Ækvipotente opioiddoser med udgangspunkt i en dosis på inj. morfin 10 mg intravenøst (1,3).

TABEL 3. UDREGNEDE P.N.-DOSER TIL EN GIVEN FAST DEPOTBEHANDLING

Præparatet	Døgndosis	I alt morfin peroralt/ døgn (omregnet ækvi.)	p.n.-dosis morfin intravenøst	p.n.-dosis peroralt
tbl. Oxycotin	10 mg x 2	40 mg	ca. 3 mg	5 mg kaps. Oxynorm
tbl. Oxycotin	20 mg x 2	80 mg	ca. 5 mg	5-10 mg kaps. Oxynorm
tbl. Oxycotin	30 mg x 2	120 mg	ca. 7 mg	10 mg kaps. Oxynorm
tbl. Oxycotin	40 mg x 2	160 mg	ca. 9 mg	15 mg kaps. Oxynorm
tbl. Oxycotin	60 mg x 2	240 mg	ca. 14 mg	20 mg kaps. Oxynorm
tbl. Contalgin	40 mg x 2	80 mg	ca. 5 mg	15 mg tbl. Morfin
tbl. Contalgin	60 mg x 2	120 mg	ca. 7 mg	20 mg tbl. Morfin
tbl. Contalgin	60 mg x 3	180 mg	ca. 10 mg	30 mg tbl. Morfin
Fentanyl-plaster	25µg/t	60 mg	ca. 4 mg	10 mg tbl. Morfin 5 mg kaps. Oxynorm
Fentanyl-plaster	50µg/t	120 mg	ca. 7 mg	20 mg tbl. Morfin 10 mg kaps. Oxynorm
Fentanyl-plaster	75µg/t	180 mg	ca. 10 mg	30 mg tbl. Morfin 15 mg kaps. Oxynorm
Fentanyl-plaster	100µg/t	240 mg	ca. 14 mg	40 mg tbl. Morfin 20 mg kaps. Oxynorm
Fentanyl-plaster	200µg/t	480 mg	ca. 27 mg	80 mg tbl. Morfin 40 mg kaps. Oxynorm

Eksempler med udregnede p.n.-doser til en given, fast depotbehandling.

» onsgard, respirationsfrekvens og dybde, patientens oplevelse af smertelindring, aktivitetsniveau og lignende kan være parametre for, om et behandlingstiltag har effekt (6,16,17).

Selvadministration af medicin

Ud over døgndækkende depotopioidbehandling, som ligger på fastlagte, patientvenlige tidspunkter af døgn, er der i et postoperativt forløb som nævnt behov for p.n.-medicin ved smertegennembrud eller inden kendt smerteforvoldende aktivitet (mobilisering, toiletbesøg, fysioterapi m.v.). Patienttilfredsheden højnes, hvis patienten selv administrerer sin p.n.-medicin (16). Administrationen kan foregå intravenøst via en PCA-pumpe (PCA = "Patient Controlled Analgesia"), som patienten kan aktivere ved behov for bolus morfin. Patienter med et præoperativt opioidforbrug kan med fordel udstyres med en sådan pumpe i den postoperative fase, hvor behovet for iv. morfin vil være stort (2,4,16). PCA-administration kan også foregå peroralt ved at give patienten mulighed for selv at administrere sin p.n.-medicin.

Nedtrapping postoperativt

Efter et kirurgisk indgreb hos patient i fast opioidbehandling med efterfølgende behov for opioid-øgning, aftrappes dosis af opioid gradvist, når operationsmerterne tillader det, til præoperativt niveau (18). I den forbindelse er det vigtigt, at der sammen med patienten udarbejdes en skriftlig plan for nedtrapping af den postoperative opioidbehandling. Planen, som patienten får med sig hjem, skal indeholde datoer,

doser af såvel fast som p.n.-analgetika og underskrives af den, der er ansvarlig for at planlægge nedtrappingen (se figur 1 side 52). Kopi af nedtrappingsplanen lægges i patientjournalen.

Patienten med kroniske smerter har ofte erfaring med, hvordan en nedtrapping fungerer bedst for vedkommende.

En nedtrapping af den faste opioiddosering med 5-10 mg hver anden dag kan være udgangspunktet for planlægningen. Hvornår på døgnet dosis reduceres først, afhænger naturligvis af patientens oplevelse af døgnrytmen. Sover patienten f.eks. godt om natten, kan natdosis reduceres først.

Det er vigtigt, at patienten hele forløbet igennem har mulighed for at få et antal p.n.-doser. Størrelsen på p.n.-dosis reduceres svarende til den faste døgndosis, hvor p.n.-dosering fortsat er ca. 1/6 af døgndosis, hvorimod antallet af mulige p.n.-doser bør være ens (maks. 3-4 i døgnet) gennem hele forløbet.

Er der behov for mere p.n.-medicin end foreskrevet, bør patienten rådspørge sig hos egen læge. Når niveauet for den vanlige præoperative dosis er nået, planlægges en eventuel yderligere nedtrapping hos den læge, der er ansvarlig for denne behandling, hvilket ofte er patientens egen praktiserende læge. Hvis de kroniske smerter ikke er relateret til operationen, kan der næppe nedtrappes yderligere. Ved dosisreduktion eller behandlingsophør af opioider hos personer, der igennem længere tid (2-4 uger) har været i behandling med opioider, kan der opstå fysiske abstinenssymptomer som svedtendens, hjertebanken, ko-

]]] STOP OP OG TÆNK

1. Overvej, hvordan man i din afdeling imødekommer den opioidtilvænnet patient ved indlæggelsessamtalen.

Kommentar: Fortæl patienten, at det postoperative forløb kræver øget fokus på smertebehandling, og at der inden udskrivelse vil foreligge en plan for nedtrapning. Anamnesen bør omfatte patientens eventuelle tidligere erfaringer med smertebehandling efter operation.

2. Diskuter med dine kollegaer, hvordan I ser på den opioidtilvænnet patient, som beder om smertestillende medicin igen og igen, og som ikke umiddelbart ligner en smertepåvirket patient.

3. Oplever du en frygt (enten hos dig selv eller hos dine kollegaer) for at give for meget p.n. og dermed måske få patienten til at holde op med at trække vejret, når vedkommende også får store mængder fast analgetika?

Kommentar: Høje faste doser kræver høje p.n.-doser. Patienten er opioidtilvænnet og har udviklet en vis tolerance over for bivirkninger som respirationsdepression, sedation, kvalme, opkastning, eufori mv., dog fraset obstipation og miosis, som patienten ofte oplever trods opioidtilvæning (2).

4. Overvej, om de faste medicintider i din afdeling er hensigtsmæssige? Er der tidspunkter, som er sårbare over for vagtskifte, sammenfald af flere aktiviteter, morgensygemeldinger mv.?

Er der faldgruber i EPJ-medicinmodulet, når tidspunkter automatisk fastsættes?

Kommentar: Det optimale tidsinterval mellem administration af såvel depotopioider som al anden medicin bør ikke overskrides pga. vagtskifte eller lignende. En dosis Contalgin klokken otte kan ofte i morgentravlheden blive skudt til hen ad klokken ni, hvilket er uhensigtsmæssigt. Endvidere bør man være opmærksom på, at en pålydende ordination på depot-præparat X mg gange 2 i døgnet kan komme til at hedde klokken otte og klokken 17 (f.eks. i elektronisk medicinjournal), hvilket kan resultere i insufficient smertelindring hos patienten ud på de tidlige morgentimer.

likagtige smerter, kvalme, gaben, nysen og rysten (1,5,19).

Prioritér undervisning

Undervisning i smertebehandlingsprincipper kan med fordel prioriteres som led i et generelt introduktionsprogram til nyansatte. Desuden kan der afholdes undervisningsseancer i relevante smerteproblematikker med cases fra eget afsnit.

Samarbejdet mellem sygeplejersker og læger i afdelingen, og samarbejdet mellem stamafdelingens personale og smerteteamets personale gør det muligt at identificere patientgrupper, som kan have gavn af et mere fokuseret smertebehandlingsforløb. Et forum for vidensdeling er afgørende for, at tiltag implementeres, ligesom det ofte i dette forum bliver synligt, hvor det vil være aktuelt med en undervisende indsats. Tværfaglige temadage er oplagte til dette formål.

Randi Maria Hanghøj Tei er smertesygeplejerske i Det Postoperative Smerteteam, Anæstesiologisk Afdeling, Århus Sygehus, Nørrebrogade, randi@as.aaa.dk

Et blankt nedtrapningsskema kan fås ved henvendelse til artiklens forfatter.

Tak til forskningsoverlæge Lone Nikolajsen og klinisk sygeplejespecialist Bodil Sestoft, begge ansat ved Anæstesiologisk Afdeling, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, for kritisk gennemlæsning af manuskriptet.

Litteratur

1. Eriksen J, Sjogren, Jensen NH: Praktisk klinisk smertebehandling. 4. udgave 2. oplag. København: Munksgaard; 2000.
2. Rozen D et al. Perioperative and intraoperative pain and anaesthetic care of the chronic pain and cancer pain patient receiving chronic opioid therapy. *Pain Pract* 2005;5:18-32.
3. Medicin.dk 2007 (lægemiddelkataloget).
4. Jarzyna D. Opioid Tolerance: A perioperative nursing challenge. *Medsurg Nursing* 2005; Vol. 14 no. 6.
5. Jensen TS, Dahl JB, Arendt-Nielsen L: Smerter. En lærebog. 1. udgave. København: FADLs forlag; 2003.
6. Rawal, N et al. Postoperative Pain Management – Good clinical practice. ESRA 2005, findes på www.anaesthesia-az.com
7. Eriksen J, Jensen MK, Sjogren P et al. Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain* 2003;106:221-8.
8. www.si-folkesundhed.dk
9. Swenson JD et al. Postoperative care of the chronic opioid-consuming pain. *Anaesthesiology Clinics of North Amerika* 2005;23:34-48.
10. Söderhamn O, Idvall E. Nurses influence on quality of care in postoperative pain management: A phenomenological study. *Int J Nurs Pract* 2003;9:26-32.
11. McCaffery M, Pasero C: Pain. Clinical manual. Second edition. Mosby, Inc. 1999.
12. Gaston-Johansson F, Colburn K et al. Factors influencing patient satisfaction with pain management. *Smärta* 1998;1:12-18.
13. Rozen D et al. Perioperative management of opioid-tolerant chronic pain patients. *J Opioid Manag* 2006;2:353-63.

>>> SVAR PÅ LÆSERTESTEN SIDE 54

- 1) a og c
- 2) c
- 3) c
- 4) c
- 5) a og b
- 6) c
- 7) c
- 8) b og d

>>> ENGLISH ABSTRACT

Tei RMH. Postoperative pain treatment of patients with chronic pain. Sygeplejersken 2007;(18):50-8.

Nurses play an essential role in the postoperative treatment of patients with chronic pain since their intervention can have a positive effect on the situation. If nurses are to provide optimum postoperative care to patients it is important that they have knowledge of pain treatment. Nursing patients with chronic pain presents an extra challenge. The patient will often have an enhanced need for analgesics after surgery, regardless of whether s/he is under preoperative opiate treatment and will frequently have a special need for continuity in pain treatment both before and after surgery.

The article describes the principles of postoperative pharmacological treatment, with the focus on patients with chronic pain. Calculation examples are given for on demand dosage and specific equipotent opiate doses, and a concrete example of a template for opiate withdrawal is also included.

Key words: Postoperative pain treatment, chronic pain patients, opiates.

14. Banning A. Respirationsdepression efter omstilling fra tramadol til depotmorphin. Ugeskr Laeger 1999;161:6500-19.
15. Macintyre PE, Schug SA. Acute pain management. Saunders Elsevier 2007, 3;60.
16. Scientific evidence: Acute pain management. 2 ed. Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine 2005.
17. Skiveren J, Frandsen J. Vurdering af smertens intensitet hos den smertepåvirkede patient. Sygeplejersken 2001;19:28-35.
18. Sjøgren P, Rindom H. Den medicin- og stofmisbrugende patient. Ugeskr Laeger 2006;168:4317-19.
19. Fasting U, Lundorff L: Smertes og smertebehandling i klinisk praksis. 1. udgave. København: Munksgaard; 2001.

>>> TESTEN



Temaet er væske-elektrolyt-balance. Test dig selv eller din kollega

- 1 Er vandindholdet i kroppen ens hos mænd og kvinder og hos nyfødte og ældre?
 - a. Nej, der er forskelle.
 - b. Ja, hverken køn eller alder betyder noget.
- 2 Der sker hele tiden et tab af vand fra kroppen, hvorfor det er nødvendigt at indtage den mængde vand, der svarer til tabet. Kroppens vandtab sker fra
 - a. lunger og nyrer.
 - b. lunger, hud, tarmkanal og nyrer.
- 3 Symptomerne på dehydrering og overhydrering er de samme.
 - a. Ja, da begge tilstande afhænger af det osmotiske tryk.
 - b. Nej, symptomerne er vidt forskellige.
- 4 Syre-base-reguleringen i kroppen sker gennem buffere og lunger og nyrer. Ved ubalance opstår en syre- eller baseforgiftning, der kan være respiratorisk eller metabolisk. Skyldes en respiratorisk syreforgiftning, at patienten hyperventilerer på grund af f.eks. angst for at flyve?
 - a. Ja.
 - b. Nej, hyperventilation medfører en respiratorisk baseforgiftning.
- 5 Kan en metabolisk baseforgiftning opstå på grund af tab af bikarbonat som følge af diarré?
 - a. Nej, en metabolisk baseforgiftning opstår ved store opkastninger, ikke diarré.
 - b. Ja.



ARKIVFOTO: CORBIS

Netværk for adopterede og adoptanter

AF LOTTE FOCK, SYGEPLEJERSKE, MPH

I 1980-89 er der på verdensplan foretaget 170.000-180.000 internationale adoptioner – adoption af børn fra udviklingslande til vestlige lande – og det anslås, at tallet i 1990'erne og de første år i dette årti er steget yderligere (1). Norden er det sted i verden, hvor der relativt set foretages flest internationale adoptioner. I 1998 var der i Norge, Sverige og Danmark en adoptionsratio – antal adoptioner af udenlandske børn pr. 1.000 indenlandske fødsler – på henholdsvis 11,2, 10,8 og 9,9 (1). Der er siden 1970 blevet adopteret ca. 21.000 udenlandske børn til Danmark, og det årlige antal har siden 1980 været ca. 5-700 børn (2) svarende til ca. 1-1,3 pct. af det årlige antal fødsler.

En stor del af børnene har inden adoptionen levet under dårlige sociale, hygiejniske og ernæringsmæssige forhold med risiko for udvikling af sundhedsproblemer af kortere eller længere varighed. Moderens levevilkår under graviditeten betyder en problematisk fostertilværelse for en stor del af børnene med bl.a. lav fødselsvægt til følge (3).

Børnehjem er første station

For mange børns vedkommende er den første levetid ukendt, fordi de er hittebørn, fundet uden nogen form for oplysninger og herefter indbragt til et børnehjem. Andre børn er blevet indbragt til børnehjem af forældre eller slægtninge og har givet børnehjemmene mulighed for at få oplysninger om den biologiske familie og omstændighederne omkring bortadoptionen. Langt størstedelen af børnene har således været på børnehjem i kortere eller længere perioder inden adoptionen, og en mindre del har i perioder været anbragt i plejefamilier i afgiverlandet.

Der er meget store variationer i kvaliteten af omsorg, pleje og behandling af børnene på børnehjemmene, men generelle problemer er: Mange børn samlet på lidt plads, høj varme og fugtighed, få ressourcer og dårligt uddannet personale med hygiejniske problemer, infektionssygdomme, dårlig ernæring og mangelfuld følelsesmæssig kontakt og stimulering til følge.

Alle børnene har oplevet mindst en separation, nemlig den fra den biologiske mor. Mange af børnene har desuden oplevet flere flytninger, separationer og omsorgssvigt, først inden for den biologiske familie og siden hen mellem forskellige institutioner og plejefamilier. Børnene knytter sig ofte til de nære omsorgspersoner, de møder på

børnehjemmene eller i plejefamilien, inden de overdrages til adoptivforældrene, og oplever i denne proces endnu et omsorgssvigt. Forskning på det psykologiske område viser, at sådanne separationer og omsorgssvigt kan medføre relationelle og mentale problemer senere hen i livet (4). En stor del af børnene har således i både den præ- og postnatale periode levet under forhold, som må kunne formodes at være en trussel mod deres fysiske, psykiske og sociale velbefindende senere i livet.

Særlige problemstillinger hos de adopterede

Den nordiske forskning viser generelt, at majoriteten af de internationalt adopterede børn og unge befinder sig godt i deres nye familie og nye land, de klarer sig uden tegn på større problemer. Der er dog forskning på området, som viser, at de adopterede på nogle områder og i perioder af deres liv har nogle særlige problemstillinger, samt at en lille gruppe af de adopterede udvikler alvorlige problemer.

Kliniske undersøgelser af børn adopteret til de skandinaviske lande har således vist, at børnene ved ankomsten til adoptivfamilien i udpræget grad har lidt af infektioner, fejlnæring, væksthæmning og forsinket motorisk udvikling. De fysiske helbredsproblemer har dog i løbet af 1-2 år udlignet sig i forhold til kontrolgrupper af børn fra biologiske familier (3,5).

Undersøgelser, hvor man vha. af spørgeskemaer og interview har bedt adoptivforældre og eller de adopterede om at vurdere de adopteredes fysiske, psykologiske og sociale forhold, har vist:

- en udtalt grad af angst-, spise- og søvnproblemer hos børnene efter ankomst, som dog er aftaget i løbet af ca. seks måneder (6)
- at 13-18-årige piger hyppigere har rapporteret selvmordstanker, ubehagelige seksuelle oplevelser samt en signifikant tidligere pubertet end jævnaldrende (7)
- at 17-27-årige har rapporteret en signifikant øget grad af tvangstanker (8).

Endelig har svenske registerundersøgelser vist, at graden af psykiatriske problemer, alkohol- og stofmisbrug, selvmordsforsøg og selvmord var øget hos de adopterede i puberteten og den tidlige voksenalder (9).

Man kan ikke konkludere noget entydigt på baggrund af ovenstående resultater, men tendensen er, at de adop-

Artiklen henvender sig til syge- og sundhedsplejersker med interesse for adoption. Den er baseret på et nordjysk projekt, og hovedbudskabet er, at adopterede og deres forældre og professionelle kan hente støtte i et netværk med tværfaglig ekspertise.

» terede i perioder af deres liv oplever problemstillinger, som er relateret til de særlige vilkår, livet har budt dem. Det er derfor nærliggende at antage, at adoptivfamilier kunne have behov for støtte og vejledning til at imødegå disse problemstillinger, ligesom man kan forestille sig, at nogle af problemerne kunne forebygges.

Pligt til støtte og rådgivning

I artikel 9 i Haagerkonventionen er der lagt vægt på, at en sådan forebyggelse og støtte skal være til rådighed (10). Haagerkonventionen er en international konvention, som beskytter internationalt adopteredes rettigheder. Konventionen stadfæster, at de centrale myndigheder i modtagerlandene har pligt til at fremme udviklingen af adoptionsrådgivning og støtte til adoptanter og adopterede efter adoptionen. Post adoptions service (PAS) er det begreb, der i Haagerkonventionen anvendes om denne service, og det omhandler bl.a. støtte på det sociale, psykologiske og helbredsmæssige område. Danmark ratificerede konventionen i 1997. I Danmark har myndighederne indtil videre henholdt sig til, at disse tilbud allerede er indeholdt i de generelle tilbud i social- og sundhedssektoren.

Inden for de seneste år har det dog flere gange været oppe i medierne, at adoptivforældre savner rådgivning og hjælp efter adoptionen, samt at det er svært at finde fagfolk, som har kendskab til de særlige problemstillinger, adoptivfamilier kan have.

I Københavns Amts Børne- og Ungeafdeling oplevede man i årene op til 2005 et stigende antal henvendelser fra adoptivforældre, som søgte hjælp. Forældrene gav udtryk for, at de ikke vidste, hvor de skulle henvende sig. Det gav anledning til, at Børne- og Ungeafdelingen i 2005 igangsatte et projekt, hvor man ønskede at afdække behovet for forebyggende foranstaltninger i adoptivfamilier (11). Projektet indeholdt litteraturstudier, studierejse til Holland, hvor der ved universitetet i Leiden forskes i adoptivbørns tilknytning, og hvor der i Utrecht – for offentlig støtte – tilbydes forebyggende støtte til adoptivfamilier. Der blev desuden foretaget semistrukturerede interview med ni adoptivfamilier.

I Børne- og Ungeafdelingens rapport konkluderes det, at der er nogle særlige forhold ved adoption, som kan komplicere samspillet mellem barn og forældre, samt at det vil være relevant at tilbyde adoptivfamilier mulighed for rådgivning ikke kun umiddelbart efter adoptionen, men også senere hen i barnets liv (11). Som noget helt nyt har Familiestyrelsen i 2007 fået bevilget 13 mio. kr. til et fireårigt projekt. Projektet er endnu ikke beskrevet, men omdrejningspunktet er rådgivning til adoptivfamilier de første tre år efter barnets ankomst.

Frivilligt nordjysk adoptionsforum

I foråret 2005 blev der i Nordjylland afholdt to tværfaglige temadage om børns start på livet. Som en udløber heraf blev der i efteråret 2005 i den nordjyske region oprettet et frivilligt adoptionsnetværk, der på trods af den geografiske placering er et tilbud til alle adoptivfamilier og forskellige fagpersoner i Danmark. Netværket blev oprettet for at imødekomme behovet for PAS.

Netværket er frivilligt og består af ca. 40 professionelle og forskere med adoptionserfaring på generalist- og specialniveaue. Det består af et bredt udsnit af fagpersoner, bl.a. sundhedsplejersker, læger, psykologer, pædagoger, lærere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og socialrådgivere.

Sundhedsplejersker og praktiserende læger er vigtige nøglepersoner i netværket, idet det er disse professionelle, stort set alle familier kommer i kontakt med. Alle adoptivfamilier får på lige fod med biologiske familier tilbud om besøg af sundhedsplejerske, hvilket langt de fleste familier tager imod. Sundhedsplejerskegruppen er da også den største gruppe af professionelle i netværket.

Sundhedsfremme på adoptionsområdet

Netværket ønsker at støtte nuværende og kommende adoptivfamilier, at formidle adoptionsfaglig viden til andre fagpersoner, som er i kontakt med adoptivfamilierne samt med de unge og voksne adopterede. Netværket ønsker at opsamle viden og erfaring om adoption og at øge interessen for tidlig forebyggelse og sundhedsfremme på adoptionsområdet.

Som et helt konkret resultat af netværket blev der i 2006 åbnet en telefonrådgivning, som alle, det være sig adopterede, adoptanter, fagfolk og andre med adoptionsrelaterede spørgsmål, har mulighed for at benytte sig af. Netværket tilbyder ikke behandling. Hvis telefonrådgiveren skønner, at der kan være behov for en nærmere udredning eller behandling, vil den, der søger rådgivning, blive opfordret til at kontakte relevante professionelle inden for det etablerede system.

Der er en stor variation i de problemstillinger, som medfører telefonkontakten, og et monitoreringsskema er under udarbejdelse. Formålet er at opsamle viden om, hvad det er for problemstillinger, netværket bliver konfronteret med, hvilken form for rådgivning der efterspørges, og hvilke faggrupper der bliver kontaktet. De hidtidige erfaringer viser, at telefonrådgivningen kontaktes 3-5 gange om ugen af familier fra hele landet. Det er primært psykolog, sundhedsplejerske, socialrådgiver og læge, der bliver kontaktet. Rådgivningen kontaktes af både nybagte forældre og familier, som har haft børn i flere år.

Et netværk for sundhedsplejersker

Mange sygeplejersker – og ikke mindst sundhedsplejersker – vil møde adoptivfamilier en eller flere gange i løbet af karrieren. Adoptivfamilier er på mange måder sammenlignelige med andre familier, men på samme tid også meget forskellige. Børnene har biologiske forældre et andet sted i verden, og børnene har haft et andet liv, før de kom til adoptivforældrene. Et liv, som adoptivforældrene ikke har været en del af. Et for mange børn traumatisk liv, som måske har varet i flere år. Sundhedsplejersken vil møde mange familier med særlige behov, og det er ikke forventeligt, at hun har specialviden om de mange problemstillinger, hun vil møde. Nordjysk Adoptionsforum skal derfor betragtes som et sted, hvor der kan søges opdateret viden, samt et forum, hvor der er mulighed for faglig sparring.

Se www.adoptionsforum.dk

Lotte Fock er udviklingskonsulent på Sundheds CVU Nordjylland, lotte.fock@scvun.dk

Litteratur

1. Selman P. Intercountry adoption in the new millennium; the "quiet migration" revisited. *Popul Res Policy Rev* 2002;21:205-25.
2. Statistiske efterretninger 2005. Befolkning og valg. Danmarks Statistik.

3. Proos LA. Growth and development of Indian children adopted in Sweden. Uppsala: The Faculty of Medicine, Uppsala University; 1992.
4. Brodzinsky DM, Schechter MD, Henig RM. Being Adopted. New York: Doubleday; 1992.
5. Vagn-Hansen PL, Pedersen M. Adoption af udenlandske børn i Danmark. Ugeskr Laeger 1982;144:2033-7.
6. Dalen M, Sætersdal B. Utenlandsadopterete barn i Norge. Tilpasning – Opplæring – Identitetsutvikling. Empirisk undersøkelse og teoretisk videreutvikling. Oslo: Spesiellærerhøgskolen – Universitetet i Oslo; 1992.
7. Berg-Kelly K, Eriksson J. Adaptation of adopted foreign children at mid-adolescence as indicated by aspects of health and risk taking – a population study. Eur Child Adolesc Psychiatry 1997;6:199-206.
8. Cederblad M, Höök B, Irhammar M, Mercke AM. Mental Health in International Adoptees as Teenagers and Young Adults: An Epidemiological Study. J Child Psychol. Psychiatr 1999;40:1239-48.
9. Hjern A, Lindblad F, Vinnerljung B. Suicide, psychiatric illness, and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden: A cohort study. Lancet 2002;360:443-48.
10. Convention on Protection of Children and Co-operation in respect of Intercountry Adoption. 33 (May 29, 1993).
11. Københavns Amt. Psykiatri og Socialforvaltningen. Rådgivning efter adoptionen. Afdækning af behovet for en forebyggende foranstaltning i adoptivfamilier; 2006.

))) ENGLISH ABSTRACT

Fock L. Network for adopters and adopted children. Sygeplejersken 2007;(18):59-61.

The Nordic countries receive the largest number of adopted children per capita from abroad. Many of the children have lived prior to adoption in poor social, hygienic and nutritional conditions and therefore risk developing short- and long-term health problems.

Nordic research shows that in some respects, and during periods of their lives, the adopted children experience certain special problems and that a small number of them develop serious problems. Post Adoptive Services is an overall concept relating to the support and guidance made available by a community to the adopted children and their families after adoption. The North Jutland Adoption Forum is a voluntary, cross-disciplinary network of people who want to support adoptive families and communicate knowledge of adoption to members of professions who have contact with adoptive families. Practically all adoptive families come into contact with health visitors. However, not every health visitor can be expected to have exhaustive knowledge of the special problems that can affect adopted children and their families. They are therefore able to seek knowledge and guidance from the network.

Key words: Adoption, Post Adoptive Services, North Jutland Adoption Forum.

Opfinder Olsen

"Opfinder Olsen fra Opfinderland, opfinder mer' end en opfinder kan." Sådan hedder det i et af *Halfdan Rasmussens* skæve digte for børn.

Jeg blev ringet op af en ægte opfinder med ledig opfinderkapacitet for et par uger siden. Han havde i samarbejde med forskellige sygeplejersker opfundet adskillige nyttige utensilier til sygehusverdenen. Fra handskebeholder til hygiejnisk kolbeholder.

"Det er nogle skrappe damer, de sygeplejersker," mente han. "Men søde."

Han havde især samarbejdet med hygiejnesygeplejersker, forklarede han.

Det hænder, at en sygeplejerske går rundt på sin arbejdsplads med en god idé til en dims eller en dippedut, der vil gøre arbejdslivet lettere, og så er det oplagt at slå sygeplejerskens krøllede hjerne sammen med opfinderens, så idéen kan blive realiseret, dvs. bukket i jern eller svejset i stål.

Man kan se, hvad opfinderen og hygiejnesygeplejerskerne har opfundet på www.jbinventar.dk > galleri.

(j)

En national sygeplejerskeuge

Riget fattes sygeplejersker – den mest væsentlige faggruppe i gennemførelsen af kvalitetsreformen. Så hvorfor indfører regeringen ikke en national sygeplejerskeuge? Amerikanerne har haft det siden 1974, hvor præsident *Nixon* i det Hvide Hus åbnede ballet med en brandtale om sygeplejerskers betydning. Og mange andre lande fejrer i dag sygeplejerskers betydning for den nationale sundhed i perioden 6.-12. maj, der jo inkluderer *Florence Nightingales* fødselsdag.

Politikere, ledere, samarbejdspartnere, patienter mv. får her mulighed for at påskønne det engagement, sygeplejersker lægger i deres arbejde. Og faget får mulighed for at brande sygeplejens mange hjørner med større respekt for – og søgning til – faget som følge.

Aktiviteter i andre lande er nationale og lokale happenings og proklamationer om sygepleje, prisuddelinger, faglige arrangementer, middage mv., og sygeplejersker modtager ofte kort (Nurses Week Cards), blomster og gaver fra såvel arbejdsgivere som andre, der ønsker at vise deres anerkendelse.

Temaet for ugen i Canada i år var "Think you know nursing? Take a closer look," og der kan hentes mere inspiration på www.nursing.about.com > Nurses Week

(er)

I Zambia er aids et problem

AF PIA JØDAL, SYGEPLEJERSKE

Artiklen henvender sig til sygeplejersker, der arbejder med hiv og aids. Den er baseret på et studiebesøg i Zambia, og hovedbudskabet er, at det nytter at bidrage økonomisk med henblik på at standse aids.

23 gravide kvinder lytter intenst, mens Sharon M. Yebo kyndigt underviser i hiv-smitte og i behandlingen af mor og barn. Hun fortæller om den gode prognose mht. at undgå at overføre hiv-smitten til barnet, hvis begge behandles medicinsk, og hun opfordrer derfor alle kvinderne til at lade sig hiv-teste. Sharon svarer også på spørgsmål fra de gravide og er med til at aflive myter. F.eks. siger et rygte, at der skal en liter blod til for at blive hiv-testet.

Stedet er Chawama Clinic, et hospital med føde-/barselsklinik i Lusaka, Zambia. Jeg og 10 andre fra Folkekirkens Nødhjælp har fået lov at overvære Sharons undervisning, mens vi er på studierejse i Zambia for at se de projekter og samarbejdspartnere, som Folkekirkens Nødhjælp støtter i den fælles kamp mod aids i Afrika (se boks 1 side 63).

Efter at have hørt Sharon fortælle om hiv/aids og muligheden for gratis behandling på klinikken, lader langt de fleste gravide kvinder sig teste. Herefter er det læger og sygeplejersker, der følger de gravide, de nybagte mødre og deres babyer.

Silate Mweemba er sygeplejerske og arbejder på klinikken med at teste, rådgive, medicinere og tjekke hiv-smittede mødre og deres børn. Hun viser mig, hvordan man fører journal og højde-/vægtkurve på børnene og registrerer vægt/BMI på mødrene.

Mødrene skal komme til kontrol hver tredje måned (i starten hyppigere), langt de fleste kommer som aftalt, men skulle en mor svigte en aftale, tager sygeplejersken kontakt til "Circles of Hope," et kirkeligt netværk med selvhjælpsgrupper for hiv-positive, eller med "home based care," hjemmehjælp på frivillig basis til hiv-smittede og aidsramte.

De tager ud til kvinden for at følge op på årsagen til, at hun ikke kom som aftalt, så der på den måde bliver taget hånd om hende.

Hver sygeplejerske konsulteres dagligt af ca. 20 mødre, fortæller Silate Mweemba. I alt er ca. 800 mødre/gra-

vide tilknyttet klinikken, som gør et stort stykke arbejde for at standse aids.

Vi besøgte også Chikankata Mission Hospital, som ligger ca. 175 km sydvest for Lusaka. De sidste 30 km kører man ad meget ujævne jordveje.

På Chikankata-hospitalets børneafdeling er der plads til ca. 45 børn fordelt på to rum. Det er primært børn med hiv/aids og følgesygdomme samt malaria, diarré og tuberkulose, som indlægges her. En af hospitalets læger forklarede os, at man også har oplysningsarbejde omkring hiv/aids til forældrene, fordi det kan være svært at få dem til at lade deres børn hiv-teste, selvom de har symptomer, fordi de oplever at blive udstødt i lokalsamfundet, hvis barnet er hiv-positivt.

Chikankata Hospital har fire læger og betjener ca. 80.000 mennesker, og nogle må gå 75 km for at komme til hospitalet. Det udelukker selvfølgelig en del fra at komme, men i visse landsbyer har de løst transportproblemet ved at splejse til en oksekærre, som bruges til sygetransport. På hospitalet tages røntgenbilleder og opereres, der er fødestue og enkelte for tidligt fødte børn, og derudover behandles stort set alle slags sygdomme. På kvindeafdelingen – fortæller sygeplejersken, som viser mig rundt – er ca. 90 pct. af patienterne indlagt med hiv/aids eller aids-relaterede sygdomme.

I samarbejde med Chikankata Hospital og med støtte fra bl.a. EU kører Folkekirkens Nødhjælp i lokalområdet et LCCB-projekt, hvilket står for: Local Community Competence Building. Her prøver man at bygge på de lokale ressourcer og via oplysning at forebygge hiv/aids samt hjælpe de ramte mennesker til en bedre hverdag. Der sættes også fokus på børn, unge og menneskeret-tigheder.

En patient og en sundhedsarbejder

Nowelly er 19 år, hiv-smittet og alenemor til sønnen Cheaz på et år, som hun bærer på ryggen.

Nowelly er netop blevet grisefarmer sammen med



for alle

”Cliff Mandu Mandu er indlagt på hospice, han er 14 år gammel, men er tynd og ser meget yngre ud. Cliff er syg og har bl.a. store væskeansamlinger i knæet, som man har opgivet at gøre noget ved. Man frygter, at Cliff har aids, men han er endnu ikke testet.”

fem andre i landsbyen Malala. De har gennem LCCB-projektet fået undervisning i at passe grise og har lånt penge til at købe fem grise, et såkaldt mikrolån. De opfoder grisene, avler på dem og sælger/spiser kødet.

”Vi er jo nødt til at prøvemage noget af det først, inden vi kan sælge det,” siger hun med et glimt i øjet.

Hvis de er heldige, kan søerne føde seks unger to gange årligt.

Nowelly fortæller, at selv om hun har det svært, ser hun nu lysere på fremtiden.

Gilbert Lwiindi kommer, let haltende, trækkende med en cykel, som tilsyneladende har kendt bedre dage. Der er ingen pedaler på, sadlen – eller det, der er tilbage af den – er lappet med en rulle tape, der er ikke noget dækmønster tilbage, til gengæld har han en ordentlig cykelpumpe på bagagebæreren, hvilket nok kan blive nødvendigt på Zambias hullede jordveje.

Lwiindi er glad for sin cykel, for den bringer ham fra sted til sted. Han arbejder som health worker i den lokale sundhedsklinik i Malala og tager også ud på sygebesøg, så er det godt at have cyklen. Det er mest mennesker med hiv/aids eller tuberkulose, som kommer til klinikken. Hvis de er meget syge, forklarer Lwiindi, sender han dem videre til Chikankata Hospital.

Husk mig i Danmark

I Nadezwe er der oprettet en sundhedsklinik gennem LCCB-projektet. I sundhedscenteret arbejdes der med hiv-testning, information, rådgivning samt social støtte

i form af frivillig hjemmehjælp til de aids-ramte mennesker i landsbyen. Der er ca. 300 husstande i Nadezwe og ca. 10 personer i hver husstand. 162 personer får hjemmehjælp, hver af de frivillige besøger 6-8 syge, ser til dem, snakker med dem og yder pleje, rengøring mv., hvis de har behov for det.

Kenneth Maringa bor i Nadezwe. Han fortæller, at han er smittet med hiv og har været meget syg, men nu får han medicin, og hjemmehjælpen har sørget for, at han fik hjælp, da han havde det rigtig skidt. I dag fortæller han, at han har det godt og er meget taknemmelig for den hjælp, han har fået.

”Dette projekt skal fortsætte,” siger han. ”Det er vigtigt, at andre også kan få hjælp, ligesom jeg har fået det. Husk mig, når I tager til Danmark.”

Det lovede jeg, at jeg ville.

Manis Malambo er bare 11 år. Hendes mor, *Susan Chaangu*, fortæller mig datterens barske historie:

Manis skulle ned at hente vand, da hun blev overfaldet og voldtaget af en mand. Manden blev efterfølgende fundet og sagde først, at han ikke havde voldtaget pigen, men indrømmede senere, at han havde drukket øl og havde voldtaget Manis.

Susan og Manis har fået hjælp fra LCCB og Chikankata Hospital, hvor Manis blev hiv-testet og har fået støtte. Den første hiv-test var negativ, men Susan frygter stadig, at Manis kan være blevet smittet.

Det er med støtte fra hospitalet lykkedes at få retsfulgt manden, som har fået en dom på 14 års fængsel. ▶

»»» BOKS 1. FAKTA OM ZAMBIA

Befolkningstal: 11,6 mio.

Forventet levealder ved fødslen:

Mænd: 40 år

Kvinder: 40 år

Procentdel af befolkningen med indkomst på mindre end 2 USD pr. dag: 87,4 pct.

Antal indbyggere med hiv: 1,1 mio. (9,5 pct.)

Forekomst af hiv-smitte blandt 15-49-årige: 17,0 pct.

Antal smittede på 15 år og derover: 1 mio.

Antal smittede kvinder på 15 år og derover: 570.000

Antal hiv-smittede børn 0-14 år: 130.000

Antal forældreløse børn 0-17 år grundet hiv: 710.000

Kilde: UNAIDS 2006.



”Dette projekt skal fortsætte. Det er vigtigt, at andre også kan få hjælp, ligesom jeg har fået det. Husk mig, når I tager til Danmark.”

Kenneth Maringa, hiv-smittet.

» Manis har også fået hjælp fra hjemmehjælperen i Nandezwe, som jævnligt har besøgt familien for at støtte dem. Manis går nu i skole og trives der, men er stadig præget af den traumatiske historie.

Det er usædvanligt, at manden, der voldtog Manis, er blevet retsforfulgt, tidligere ville han bare være gået fri. Det kræver stort mod at bryde traditionen og kræve en retssag, men det mod har Susan Chaangu haft, hun har kæmpet for sin datter. Susan slutter af med en appel til alle forældre: ”Jeg vil opfordre enhver mor eller far til at gøre det, jeg har gjort. Voldtægt af piger skal stoppes, forbryderen skal retsforfølges. Tænk på, at det er et barns liv, som er ødelagt.”

En terminalt syg 14-årig

Vi besøgte Choma Day Care Center og hospice. På hospice ligger terminalt syge med aids, her er to sengsstuer med et sengebord til hver og et lille fjernsyn på stuen. Choma Day Care Center finansieres bl.a. af kampagnen ”Humor mod aids,” som Dansk Sygeplejeråd støtter.

Cliff Mandu Mandu er indlagt på hospice. Han er 14 år gammel, men er tynd og ser meget yngre ud. Cliff er syg og har bl.a. store væskeansamlinger i knæet, som man har opgivet at gøre noget ved. Man frygter, at Cliff har aids, men han er endnu ikke testet. Hans mor er ikke indlagt sammen med ham, men hun besøger ham dagligt.

Souschefen på hospice, som viser os rundt, fortæller, at de gør meget ud af, at der altid er rent sengetøj, så det skal være så rart som muligt for patienterne. Hun viser os deres vaskerum med vaskemaskine, her stryger de også sengetøjet.

Fritidshjem for forældrelose

Over gården ligger Day Care-centret, som startede for seks år siden. Alle børn, der kommer i Day Care-centret, er forældrelose og bor hos familie eller venner. Langt de fleste af børnene har hiv/aids.

Lederen af centeret, *Mrs. Mesas*, er sygeplejerske. Hun tager sig af børnene, udarbejder journal på hver af dem med bl.a. vægtskurve og er også meget opmærksom på, hvordan børnene har det psykisk. Her observerer hun bl.a. børnenes tegninger og farvevalg for at få et billede af deres psykiske tilstand. Hun bruger tegning og leg til at hjælpe børnene med at få bearbejdet de svære ting, fortæller hun os, og hvis hun kan se, de har det rigtig skidt, snakker hun med børnene og deres forsøger om det.

Samtidig med, at *Mrs. Mesas* tager sig af børnene og støtter dem, rådgiver hun også deres forsørgere, bl.a. omkring hiv/aids, henviser til hospitalet, hvor de kan få medicin, samt skaber et netværk for forsørgerne.

Gilbert Kwashimos er seks år gammel og tilknyttet Choma Day Care Center. Hans morfar, *Aroh Clowe* på 80 år, fortæller, at Gilbert bor hos ham, fordi hans forældre døde for henholdsvis fem og fire år siden. Gilbert

er født med hiv og lå på hospitalet som spæd. Gilberts morfar fortæller, at han havde otte børn, men de fire er døde. Der er syv børnebørn, som han skal forsørge, så det er svært at få det til at slå til. Selv om han er nattevagt i den katolske kirke, er det ikke hver dag, de får noget at spise. Så er det godt at vide, at Gilbert i hvert fald får et måltid mad på Day Care-centret. Gilbert havde fire søskende, men har kun en bror tilbage nu.

Jeg mødte nød, fattigdom og sygdom i Zambia og fik indblik i, at aids ikke blot er et problem for de mange smittede i Zambia. Stort set alle er berørt af det, og i næsten ethvert hjem bor et eller flere forældrelose børn. Aids er et problem for alle.

Pia Jødal er ansat på Børneafdelingen, Aalborg Sygehus, Neonatalafsnit 104, pia@joedal.dk

>>> ENGLISH ABSTRACT

Jødal P. Aids is a problem for everyone in Zambia. *Sygeplejersken* 2007;(18):62-4.

The article describes how the author participated in a study trip to Zambia for Danish Church Aid appeal managers and saw some of the projects supported by parish appeals. Support is given to prophylaxis, assistance to HIV-sufferers and Aids patients and to orphaned children.

The places visited by the author include two hospitals where she was able to study the way nurses worked, a hospice, local health clinics and a day care centre run by nurses. She had the opportunity to speak to some of those implicated.

The study trip showed that Aids is a huge societal problem in Zambia which affects everyone, but also that the projects and the efforts of the nurses, among others, make a tremendous difference in the fight against Aids.

Key words: Aids, Zambia, HIV infection, prophylaxis.

God titel i tasken

Når man træder ind i stuen hos vordende førstegangsforældre, er det sædvanligvis ikke svært at afgøre, hvilken side af sofaen, den feminine part foretrækker. Det er nemlig her, alle opslagsbøgerne ligger. Stablen vokser i højden, i takt med at maven runder til.

”Graviditeten uge for uge,” ”Gode råd om amning” og ”Bogen om barnet” er hyppige gæster i stakken. Den vordende far får måske et referat af særligt vigtige afsnit. ”Barn på vej” har chance for at ende øverst i bunken. Den har det fortrin, frem for bogpyramiden, at parret kan sidde sammen i sofaen og få den samme viden. Her er de informationer, som er nyttige for førstegangsforældre. Informationerne læner sig op ad Sundhedsstyrelsens retningslinjer og er derfor et godt supplement til jordemoderens konsultationer og sundhedsplejerskens graviditetsbesøg.

En psykolog fortæller om udviklingen i det psykiske svangerskab, hvordan henholdsvis manden og kvinden generelt forbereder sig på at skulle være far og mor, og hvordan parforholdet ændres, når kæresteparret forvandles til forældre.

En jordemor fortæller om fødsels forløb, smertelindring og faderens rolle under fødslen. Der er bille-

der fra en fødestue og klip fra en fødsel. Videoen rummer også en instruktion i fysiske øvelser og motion under graviditeten og råd om kost og vitaminer.

Ammevejledningen varetages af en sundhedsplejerske og retter sig imod etablering af amningen og de første uger efter barnets fødsel. En lille sekvens omhandler modernælkserstatning som ernæring til barnet, når moderen ikke kan eller ønsker at amme.

Filmen starter med en indholdsfortegnelse over de forskellige afsnit, så man kan vælge at se det, som har aktualitet. Informationerne, som tager udgangspunkt i det normale og ukomplicerede forløb, er saglig og relevant. Den er rettet mod både den kommende mor og far og veksler imellem mundtlig vejledning og instruktion. For alle de medvirkende gælder, at de formidler deres stof enkelt, forståeligt og levende.

Det er en god titel at have i sin jordemoder- eller sundhedsplejersketaske, for denne film kommer rundt om mange af de ting, som er rare at vide noget om og være forberedt på som vordende forældre.

Af Hanne Lindhardt, sundhedsplejerske, ansat i Furesø Kommune.



Dvd-film
Barn på vej
– en videoguide til jeres nye liv
Batavia Media
Instruktør Hellen Bülow
80 minutter – 199 kr.
Kan bl.a. købes hos
www.batavia.dk

Livet bag masken

Bogen, der er udgivet af psykologvirksomheden Specular i Århus, angiver, hvordan vi kan møde både os selv og andre med nærvær og åbenhed.

Alle kan opleve indre uro, hvor tankerne kører i ring og synes umulige at stoppe. Vi kan få fysiske eller psykiske symptomer, der kan udvikle sig til stress. Ofte forsøger vi at holde masken, en talemåde som viser, at alt er under kontrol. Det koster kræfter at holde masken. Prisen kan være, at vi fjerner os mere og mere fra os selv.

Bogen er en gennemarbejdet lære- og udviklingsbog. Det psykologiske grundsyn bygger på, at vi alle rummer en positiv kerne bestående af vores dybeste følelser og kvaliteter. Kernen er både vores centrum og vores indre kompas, hvad er vigtigt for os, og hvad er mindre vigtigt?

Vi kommer alle i situationer, hvor vi mister den dybe kontakt til os selv og tager maske på. Det er en tilstand, hvor vi er fyldt op af f.eks. skyld, stress, irritation, mindreværd eller mereværd. Bag masken er vores følelser forvrængede – de er blevet til det, der i bogen bliver kaldt emotioner, og emotioner slører tingene for os. Bag masken har vi indre uro, anspændthed eller en stivnen, der kan opleves som handlingslammelse.

Det er et menneskeligt træk ved bogen, at den stiller os lige. Vi kan alle blive ramt af mindreværd eller af stress over det, vi skal nå. Men vi har også alle sammen mulighed for at lære, hvordan vi kommer tilbage til os selv. På samme måde har vi også mulighed for at se åbent på de følelser og emotioner, der præger vores ar-

bejdsplads. Et kapitel beskriver, hvordan vi enkeltvis, som gruppe og som arbejdsplads kan bidrage til et bedre psykisk arbejdsmiljø. Her kommer bogen med ny inspiration til at arbejde med de stemninger, der altid er i os og imellem os, når vi samarbejder.

Et andet kapitel beskriver forskellen mellem empati udtrykt fra kernen og empati udtrykt fra masken. Her bliver bogen utroligt vedkommende for faggrupper, der arbejder med andre mennesker, og jeg ved, at mange sygeplejersker kæmper for at skabe tid og rum til at møde patienterne med empati. Kapitlet giver en grundig gennemgang af, hvordan man som fagperson kan træne sin evne til at være åben og nærværende ud fra kernetilstanden, hvor man selv har en god indre balance. Herved giver man den bedste hjælp til patienterne, og man undgår at komme ud i empatiens poler, hvor man enten overinvolverer sig eller holder en følelsesmæssig distance. For egen regning tilføjer jeg: Husk også at give hinanden ægte empati ude på arbejdspladserne. Det er der mere end nogensinde brug for.

Det kan lyde som en ekstra opgave, at vi skal lære at mærke kernen og masken i os selv.

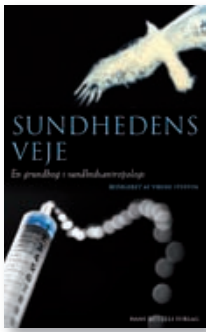
Men det at blive bedre til at mærke og bevare egne grænser vil have betydning for glæden ved arbejdet og dermed kræfterne og overskuddet til at forholde sig konstruktivt til arbejdsvilkårene.

Af Kirsten Holmboe, arbejdsmiljøkonsulent i Århus amtskreds.



Anny Haldrup, Hanne Thorup og Dagmar Møller Kristensen i samarbejde med journalist Anne Grete Nielsen
Mød livet – fra kernen
Specular 2007
260 sider – kr. 350
Indlagt cd
Forhandles via www.specular.dk og boghandlere

Sæt spørgsmålstejn ved systemerne



Vibeke Steffen (red.)
Sundhedens Veje
 Grundbog i sundhedsantropologi
 Hans Reitzels Forlag 2007
 280 sider – 298 kr.
 ISBN 978-87-412-5020-5

Der findes ikke mange grundbøger i sundhedsantropologi på dansk, men her er en fremragende en af slagsen. Gode grundbøger på vores eget sprog er en nødvendighed, hvis det danske sprog skal bevares som et nuanceret og fulgyldigt sprog, der kan anvendes inden for uddannelse, udvikling og forskning. Så er det slået fast, og nu til substansen.

1960'erne fostrede som bekendt meget nyt. Også en ny fagdisciplin tonede frem, udklækket af den klassiske antropologi, medicinsk antropologi siden hen omdøbt til sundhedsantropologi. En benævnelse, som stemmer overens med fagets indhold og tilstræbte interaktion med verden udenfor. Sundhedsantropologien fik på grund af sin spændvidde hurtigt en rolle at spille, for der er store eksistentielle temaer på spil i faget, f.eks. liv, død, lidelse, ulighed, rettigheder, medicinsk teknologi og sundhedspolitik. Temaer, som grundbogens forfattere udfolder på eminent ekvilibristisk vis. Spændingsfelterne er mærkbare f.eks. mellem det intime og det politiske, mellem dagligdagens velkendte sociale relationer og de mere anonyme aktører i sundhedsvæsenets organisationer og ikke mindst mellem det enkelte individs og de enkelte gruppers lokale forståelser og de eksisterende videnstraditioner. Begreber, forståelser og teoretiske og metodologiske tilgange bliver præsenteret ved brug af både ældre antropologiske og nyere sundhedsantropologiske feltstudier.

En af antropologiens særkender, komparationen, er i brug. F.eks. sammenlignes årsagsforklaringer i forskellige dele af verden. Fra et studie i Danmark elaboreres over årsager til alkoholisme, som, hvis det anses for at

være et psykosocialt problem, kunne skyldes personlig krise i form af skilsmisse, afskedigelse eller en anden belastende tildragelse, hvor ansvaret kunne pege på ægtefællen, arbejdsgiveren eller andre. Hvis alkoholisme derimod anskues som en sygdom, er det egenskaber ved stoffet alkohol, som er den instrumentale årsag. Den ultimative årsag bliver således en eventuel genetisk fejl ved alkoholikeren selv. Til sammenligning findes andre årsagsforklaringer i azande-kulturen, hvor eksemplet er et kornlager, som falder sammen, mens folk sidder i skyggen under lageret. Den umiddelbare instrumentale årsagsforklaring til sammenfaldet er, at termitter har gnavet stolperne møre. Dernæst er der den effektive årsag, at f.eks. en heks har villet skade ofrene, hvor det, der står tilbage, er at undersøge og overveje den ultimative årsag, motivet til heksens handling.

Målgruppen er sundhedsantropologi- og antropologistuderende. Traditionelle sundhedsfag som f.eks. sygeplejerskeprofessionen kan dog med fordel lade sig inspirere af sundhedsantropologiens metoder og tænkning. En af bogens slutbemærkninger er, at kulturelle systemer giver opfattelser af verden en særlig faktuel status, der gør det vanskeligt at sætte spørgsmålstejn ved systemerne, men at det derfor er så meget desto vigtigere at gøre det. Sygeplejersker og andre kan lære af og bruge sundhedsantropologien til at stille spørgsmål ved fastgroede forestillinger og få ny værdifuld indsigt.

Af Bodil Ludvigsen, konsulent, sygeplejerske, SD, SA, MSA, ansat i Ledelsesteamet i Dansk Sygeplejeråd.

>>> KORT OM NYE BØGER

Paul Stallard

Gode tanker – gode følelser.

Kognitiv adfærdsterapi.

Arbejdsbog for børn og unge.

Dansk Psykologisk Forlag 2006

208 sider, 498 kr.

Bogen gør rede for teorien bag kognitiv adfærdsterapi og vejleder i brug af metoden til børn og unge med psykiske vanskeligheder, f.eks. automatiske tanker. Bogen indeholder konkret træningsmateriale med øvelser og arbejdsark.

(jb)

Paul Stallard

Vejledning til gode tanker

– gode følelser. Kognitiv

adfærdsterapi med børn og unge.

Dansk Psykologisk Forlag 2007


207 sider, 398 kr.

Vejledning til ovenstående bog. Indeholder bl.a. overvejelser om, hvordan forældre bedst inddrages i behandlingen.

(jb)



Terapi – ikke kun i små lukkede rum

 Er miljøterapi mere end morgenmødet og gruppeaktiviteterne på den psykiatriske afdeling? Hvad skal vores mål være med disse aktiviteter, hvilke hensyn bør vi tage til personalets kvalifikationer og patienternes psykopatologi? Miljøterapi stiller krav om gennemskuelighed for både patienter og personale og er i mange tilfælde udlagt til andre faggrupper end sygeplejepersonalet.

Bogen gør op med forestillingen om, at terapi med psykiatriske patienter kun finder sted i små lukkede rum, og den giver en grundig indføring i, hvordan psykiatrisk personale bidrager til, at miljøet omkring og med patienterne bliver terapeutisk.

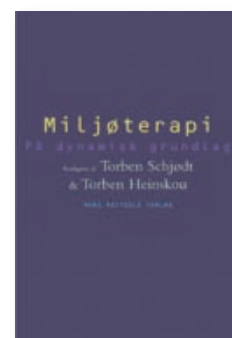
Den indfører os i miljøets betydning, de etiske udfordringer og det strukturelle i organisationen, der har betydning for heling af det psykotiske kaos, og den giver gode eksempler på den psykiatriske pleje og behandling både af patienter i hospitalspsykiatrien og de patienter, hvor et længere relationsarbejde er aktuelt.

Da de enkelte kapitler er skrevet af forskellige forfattere med hver deres interesse- og erfaringsgrundlag, bliver læseren guidet gennem en grundlæggende psykodynamisk forståelse til mere konkrete eksempler på anvendelse af teorien i klinisk praksis. En metode, der bringer læseren gennem tre hovedtemaer: organisering, opgaver og specifikke patientgrupper og danner grundlag for forståelse for og optimering af det miljøterapeutiske arbejde.

Bogen kan med fordel læses af personale, der arbejder i direkte relation med patienten både i og uden for hospitalssektoren og af ledere af de institutioner, som anvender miljøterapi. Forståelsesmæssigt fordrer bogen et vist kendskab til den psykiatriske patients psykopatologi, afdelingernes organisering og psykodynamisk begrebsforståelse, den kan anvendes til efter- og videreuddannelse inden for sundhedsfaglige, pædagogiske og sociale uddannelsesområder, og den er et must i personaleudviklingen på den psykiatriske behandlingsinstitution. Som læser får man belyst miljøterapiens mange facetter, alt efter hvor i organisationen forfatteren har sit virke, og derfor også indsigt i betydningen af miljøterapeutisk behandling i et større organisatorisk perspektiv.

Bogen giver et glimrende indblik i og løsningsforslag til de svære dilemmaer, der findes i behandlingsarbejdet med akut syge sindslidende, som indlægges, hvor ressourcerne og de faglige kompetencer kan være en mangelvare, og den indgyder håb og begrunder den miljøterapeutiske afdelings berettigelse.

Af Kristina Schwartz Heuser, klinisk oversygeplejerske, ansat i Region Hovedstadens psykiatri på Psykiatrisk afdeling, Bispebjerg Hospital.



Torben Schjødt og
Torben Heinskou (red.)

Miljøterapi

– på dynamisk grundlag

Hans Reitzels Forlag 2007

280 sider – 320 kr.

ISBN 978-87-412-5042-7



Er du rigtigt registreret?

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

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

valg



EN BUKET MILJØTERAPIER

Fællesforeningen for Psykoanalytiske og Analytiske Psykoterapier i Danmark arrangerer temadage torsdag den 31. januar og fredag den 1. februar 2008 kl. 10.00-16.00

Temadagene henvender sig til alle faggrupper med interesse for miljøterapi. Dagene vil forme sig som en vekslen mellem foredrag, gruppe- og plenumdrøftelser.

Programmet indeholder:

Organisation som terapeut (led. psyk. Annette Anbert, Børne- og ungdomspsykiatrien, Næstved).

Metoder til udvikling af følelser (privatprakt. psyk. Lars Rasborg).

Relationsbehandling (spec.læge i psykiatri Lars Thorgaard, Regionspsykiatrien, Herning).

Metoder til udvikling af struktur (privatprakt. psyk. Niels Peter Rygaard).

At bære lidelse (led. psyk. Torben Schjødt, Psykiatrisk Afdeling, Bispebjerg Hospital).

Se det fulde opslag på www.fpap.dk

5 FAGLIGE MINUTTER SKRIVES PÅ SKIFT AF FIRE SYGEPLEJERSKER:



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



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



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



Birgitte Harild,
sygeplejerske,
leder af visitations-
afdelingen i Frede-
riksværk/Hundested
Kommune.

Arbejdsglæde

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

Livet er for kort til dårlige arbejdspladser

De to gange i mit arbejdsliv, jeg mest har haft lyst til at vende mig om og sove videre, når vækkeuret ringede, er jeg hurtigt og ubekymret hoppet videre til et nyt job. Hurtigt, fordi arbejdsglæden er vigtig for mig, og livet er for kort til dårlige arbejdspladser. Ubekymret, fordi jeg gennem mine 25 arbejdsår har været i den privilegerede jobsituation, at der altid har været brug for sygeplejersker.

I tidernes morgen var det min far, der mente, jeg skulle blive sygeplejerske. Min drøm var dog kunstakademiet, og præget af ungdommens naivitet og vovemod indsendte jeg mine farvestrålende værker i håbet om, at de ville blive set som mere værdifulde end det lærred, de var malet på. De fik sig sikkert et herligt grin, bedømmelsesudvalget, men skrev et høfligt afslag om, at jeg da kunne prøve igen, når min stil var blevet mere moden. Da sygeplejerskeuddannelsen var ensbetydende med fast indtægt, blev planen, at jeg kunne udvikle min kunst mod mere modne tider i fritiden – med akademiet som mål, og noget skeptisk drog jeg til Silkeborg Sygeplejerskole. På trods af, at jeg som færdiguddannet ofte har overvejet at bede om at få lidt mindre i løn, så jeg kunne få bistandshjælp samt hjælp til tandlægebesøg og sommerkoloni for ungerne, blev det sygeplejen, ikke kunsten, der har bragt mig størst glæde.

Faktisk så megen glæde, at jeg løbende har forsøgt at motivere mine børn til sygeplejerskeuddannelsen. Her har jeg brugt *Albert Einstein* (1879-1955), som mente, at den vigtigste motivation for arbejdet er glæden ved arbejdet, ved resultatet og ens viden om resultatets værdi for fællesskabet.

Glæden ved arbejdet har for mig især været knyttet sammen med sygeplejerskernes mange job- og funktionsmuligheder, som jeg i rigt mål har benyttet mig af, det faglige fællesskab og kontakten til patienter, klienter og beboere. Et fællesskab og en kontakt præget af livets valg, bekymringer, sorger, glæder og ikke mindst humor. Den gamle overlæge på kommunehospital f.eks., der brugte hørerør som fru Fernando Møghe og røg cigar og fortalte anekdoter, mens han undersøgte damerne på ottesengsstuen. Eller episoden refereret af en studerende, der lige havde været i skadestuen: "Så kommer der en mand ind, der har kvæstet sin finger under arbejdet med at lægge nyt tag på sit sommerhus. Jeg sætter mig hos ham og tager hans hånd for at undersøge skaden, og spørger ham, om det dunker i den. Ja, siger han, men tror du ikke, vi skal koncentrere os om fingeren først?"

Glæden ved resultaterne har spændt over et veltilrettelagt bundskift af seng hos den dårlige lungepatient, et nyfødt barn, besøg af en udskrevet patient, der efter sondeernæring er blevet i stand til at passe sit barnebarn, en vellykket hjertestopbehandling, et ophelet tryksår, en rolig smertefri død hos den gamle livstrætte plejehjemsbeboer. Eller eleven, der efter vejledning består sin eksamen, MUS-samtaler med medarbejdere, der udvikler sig, synet af den første fumlet skrevne artikel i *Sygeplejersken* ...

Min viden om resultatets værdi for fællesskabet omfatter den jævnlige dokumentation af, at normeringen af sygeplejersker har betydning for patienternes overlevelse og muligheder for at komme sig.

Ungerne har tålmodigt lagt øre til de mange argumenter og historier, men har, som unge skal, valgt deres egne veje. Deres arbejdsliv bliver ikke præget af blod, sved og tårer, men analyser af Pepsis markedsandele globalt og hjemløshed i Danmark vil ifølge Einsteins tanker kunne bringe dem arbejdsglæde.

er@dsr.dk

"På trods af, at jeg som færdiguddannet ofte har overvejet at bede om at få lidt mindre i løn, så jeg kunne få bistandshjælp samt hjælp til tandlægebesøg og sommerkoloni for ungerne, blev det sygeplejen, ikke kunsten, der har bragt mig størst glæde."