

SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR. 12 » 15. JUNI 2007 » 107. ÅRGANG

Ældre kan spares for en tur på sygehuset

Dokumentation og Disney-figurer

KORT NYT

Florence Nightingale-medaljen til tre danske sygeplejersker

! Bryd den onde cirkel

FAG

Implementering af kliniske vejledninger ved nefrektomi

& Akutte indlæggelser blev forhindret

Hudpleje efter strålebehandling

Evidens frem for tradition



ARTIKLER

22 Dokumentation og Disney-figurer

På Børneafdelingen på Viborg Sygehus har de fleste sygeplejersker aldrig brugt et plejekardex af papir. Og dem, der har, vil ikke bytte med den elektroniske patientjournal.

24 Må vi bruge din datters nyre?

Færre end hver 10. dansker har taget stilling til organdonation, og beslutningen havner derfor oftest hos de chokerede pårørende, som knap fatter, at patienten er død. Det stiller store krav til sygeplejerskerne om bl.a. viden og tillidsvækkende og åben kommunikation.

28 Den grimme følelse bliver god med årene

Vær konkret, kend dine egne begrænsninger og hent hjælp, hvis du ikke føler dig i stand til at svare på de pårørendes spørgsmål. Sådan lyder rådene fra en erfaren intensivsygeplejerske i spørgsmålet om organdonation.

30 Karrierekvind med ekspertise i nødhjælp

I 1985 rejste en ung intensivsygeplejerske til Etiopien for at arbejde et halvt år med hungersramte mennesker. Det blev begyndelsen på en usædvanlig karriere med topjob i Afrikas brændepunkter for sygeplejerske Marianne Hallberg, der netop har modtaget Florence Nightingale-medaljen.

TEMA: KOMMUNAL FOREBYGGELSE

16 Mange ældre kan spares for en tur på sygehuset

Mange ældre kan undgå indlæggelse, hvis hjemmehjælpernes observationer og samarbejde med sygeplejerskerne bliver sat i system, fastslår forskeren Sidsel Vinge. Hjælperne kommer nemlig allerede hos de mest udsatte ældre.

21 Endnu kortere ophold på sygehuset

Mere ambulant udredning og behandling, også af ældre medicinske patienter, vil stille øgede krav til kommunerne.



FAG

Hudpleje efter strålebehandling

44 Evidens frem for tradition

Ca. halvdelen af patienter med en diagnosticeret kræftsygdom vil på et tidspunkt modtage strålebehandling. Men der mangler viden om, hvad der sker med huden i forbindelse med behandling med stråler. Der har ikke været en tradition for systematisk dokumentation af hudreaktionerne. Hvad er årsagerne til og den rigtige pleje af akutte hudreaktioner hos patienter, der modtager ekstern strålebehandling?

56 Implementering af kliniske vejledninger ved nefrektomi

De kliniske vejledninger ved nefrektomi er underrepræsenterede på mange afdelinger. Det viser en undersøgelse fra 2006. Kliniske vejledninger kan være en effektiv metode til at ændre praksis og forbedre pleje- og behandlingsresultaterne.

I HVERT NUMMER

- 7 Kort nyt
- 33 Dansk Sygeplejeråd mener
- 34 Debat
- 37 Læsernes redaktør
- 38 Navne
- 42 Fagtanker
- 42 Faglig information
- 55 Testen
- 59 Agenda
- 61 Anmeldelser
- 64 Fem faglige minutter
- 65 Stillingsannoncer
- 76 Kurser/Møder/Meddelelser

Ældrebrøken

Jeg har for ikke så længe siden haft fornøjelsen af at bo og arbejde på Bornholm, hvor jeg for øvrigt også er født og opvokset.

Ud over at Bornholm er en rigtig dejlig del af Danmark, har øen desværre også en lidt skæv fordeling af indbyggere. Der er groft sagt længere mellem de 20 til 40-årige – ja, jeg blev jo heller ikke – og der er forholdsvis flere ældre. Mange yderområder i Danmark er ramt af den samme skæve fordeling.

De unge flytter væk efter uddannelse og job. Få vender tilbage. Og måske først når de er klar til at gå på pension.

Fremskrivninger af befolkningstal viser, at hvis den nuværende udvikling fortsætter, vil det samlede antal af indbyggere i flere yderområder ikke kun falde betragteligt. I 2020 – om 13 år – vil en langt større andel af danskerne i de områder være over 66 år.

Samtidig viser tal over sundhedsudgifter, at udgiften pr. indbygger stiger ekstra kraftigt, når danskerne runder de 70 år og frem. Sådan cirka fra da af bruger vi altså sundhedsvæsenet meget mere, hvilket i og for sig er logisk nok. Men en større andel ældre kan komme til at koste rigtig mange penge – både i regionernes, men så sandelig også i kommunernes pengekasser, og den udsigt er en stor udfordring for ældreplejen i kommunerne.

I vores tema i denne udgave af *Sygeplejersken* fastslår *Sidsel Vinge* fra DSI, at der er et stort og ufuldbyrdet potentiale i kommunernes ældrepleje til at gøre tingene bedre og mere effektivt.

For eksempel kan mange indlæggelser af ældre på sygehusene undgås, siger DSI-forskeren. Hør hvordan inde i bladet.

God læselyst.

”En større andel ældre kan komme til at koste rigtig mange penge – både i regionernes, men så sandelig også i kommunernes pengekasser, og den udsigt er en stor udfordring for ældreplejen i kommunerne.”

Sigurd

Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør
snp@dsr.dk



REDAKTIONEN)))

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



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



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



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



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



Efterlyser akutoprustning i kommunerne

24 timer. Telefontid fra 10 til 12 er helt håbløst. Et kommunalt sundhedsvæsen kræver et kommunalt akutberedskab, siger DSI-forskeren Sidsel Vinge. Kommunernes Landsforening er enig.



Hvis en borger har det skidt fredag eftermiddag, er det for sent at sætte ind mandag morgen. Derfor skal der nytænkning til i den kommunale ældrepleje, mener en DSI-forsker.



AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST
FOTO: ANNE-LI ENGSTRØM

Kommunerne må nytænke den akutte indsats. Ellers kan de ikke udfylde den rolle, de har fået i det danske sundhedsvæsen med kommunalreformen, konstaterer Sidsel Vinge, forfatter til rapporten "Uhensigtsmæssige indlæggelser – muligheder og perspektiver for kommunerne."

"I mange kommuner er der telefontid på ældreområdet fra 10 til 12 – eller til 14, når bølgerne går højt. Det er helt håbløst i dag," siger Sidsel Vinge, der er projektleder på Dansk Sundhedsinstitut (DSI).

"Halvdelen af alle medicinske udskrivelser sker fra akutte modtagelser, som kører i døgndrift og udskriver halvdelen af deres patienter efter kl. 15.

Men når de så står i akutmodtagelsen

og kan sige "yes, vi nåede det inden 24 timer!" – så kan de ikke komme af med patienten. For klokken er 16, og kommunen kan ikke arrangere den nødvendige hjælp før dagen efter."

I rapporten fastslår Sidsel Vinge, at kommunerne har et stort potentiale for at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser. Men det kræver en nyorientering på flere fronter.

Et akutberedskab er nødvendigt. Men Sidsel Vinge understreger, at det ikke kun handler om åbningstider, men også om en kommunal organisation og kultur, der er gearret til at handle hurtigt. Og det er chefkonsulent Tina Hedemann Jørgensen, Kommunernes Landsforening, sådan set enig i.

"Alle kommuner kan tage mod borgere døgnet rundt. Men den målrettede akutte indsats, som virkelig gør en forskel, kan kun få kommuner sætte ind," siger hun.

"Det skal vi blive meget bedre til, det er KL enig i. Og flere kommuner er i gang. Men det er ikke noget, man bygger op over en nat."

Mange ting er lettere på sygehusene, hvor man i nødsfald kan stille en ekstra seng på gangen, og hvor ilt, sonder osv. findes i forvejen.

Så rent praktisk er der meget, der skal på plads.

"Og så må man også tilrettelægge organisationen så fleksibelt, at man kan rykke ud med en massiv indsats på et tidligere tidspunkt, uden at det skal igennem visitation og planlægning først," siger Tina Hedemann Jørgensen.

"For der har Sidsel Vinge ret: Hvis en borger har det skidt fredag eftermiddag, og man først gør noget alvorligt mandag morgen, så kan det være ligegyldigt."

Hvad er den største barriere for et akut kommunalt beredskab, der kan matche de akutte modtageafdelinger?

"Økonomien. Den manglende sammenhæng mellem de opgaver, kommunerne har fået, og de penge, de har fået til at gøre det med."

Læs også artiklen "Mange ældre kan spares for en tur på sygehuset" side 16.

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



Midt i karrieren og hvad så?

Er du sygeplejerske og i tvivl om, hvordan dit arbejdsliv skal være i fremtiden? Så hører vi gerne fra dig. Til et tema søger *Sygeplejersken* tre sygeplejersker med mindst fem års arbejdserfaring, der har lyst til at finde afklaring af deres karriere ved hjælp af tre forskellige midler:

1. En sygeplejerske og karriererådgiver, der benytter sig af test og samtaler over to eller tre forløb.
2. En sygeplejerske og coach, der vil benytte coachingteknikker over tre samtaler.
3. Ved venners hjælp.

Fælles for alle tre forløb er, at journalisten er til stede i det omfang, "kandidaterne" ønsker det. De tre sygeplejersker skal være indstillet på at fortælle om deres valg-situation, forløbene og deres udbytte af dem til bladet.

Forløbene finder alle sted i hovedstads-regionen hen over sommeren – fra sidst i juni til ultimo august. Kontakt journalist *Marianne Bom* på: bom@citypressekantor.dk

Vidste du at ...

... 10 sekunder ekstra til hver forflytning kan sænke antallet af rygskader med 70 pct.?

Kilde: www.forflyt.dk

Falck Drop nødnumre på mobilen

En kædemail med en opfordring til at indtaste nummeret på den nærmeste pårørende under koden "ICE" (in case of emergency) på mobiltelefonen har de seneste måneder fået rigtig mange til tasterne. Også fagbladet *Sygeplejersken*, der beklageligt nok skrev en opfordring i sidste nummer. Men kædemailen var en and.

Falck var ikke afsender af kædemailen og fraråder at indtaste nummeret på den nærmeste pårørende i mobiltelefonen, da redderne ikke har mulighed for at være stensikre på, at mobilen tilhører den tilskadedekomne.

"Der opstår også etiske problemer, når man begynder at åbne andres telefoner. Desuden er det danske personnummerregister så veludviklet, at det sjældent giver problemer at finde pårørende," siger Falcks korp-slæge *Sven Trautner* i en pressemeddelelse.

(kbc)

ARKIVFOTO: SCANPIX



Manglende viden om behandling af skader ved stråling

AF SUSANNE BLOCH KJELDTSEN, JOURNALIST

Rødmen og kløe. Forbrændinger, der minder om solskoldning, er en hyppig bivirkning ved strålebehandling, men omfanget af skader kendes ikke. Der mangler også dokumentation for, hvilke hudplejemidler der virker bedst.

Hver anden kræftpatient modtager strålebehandling, og mange oplever hudreaktioner, der minder om solskoldning. Det giver ikke varige mén, men det er ubehageligt i den tid, hvor huden er varm og øm. Hudreaktionerne bliver behandlet med alt fra kogt vandsklude, pudder og levertransalve afhængigt af skadens omfang, men også afhængigt af, hvilket sygehus man er indlagt på. Der mangler dokumentation for, om behandlingerne overhovedet virker, og hvilke der virker bedst.

Sygeplejerske *Annette Bøjen* fra Stråleterapiafdelingen på Århus Sygehus har kortlagt anvendelsen af de hudplejemidler på seks stråleterapiafdelinger og undersøgt evidens på området. Hun anbefaler, at man indfører en ensartet registrering og dokumentation for at få samlet data, som kan bruges til kliniske retningslinjer. Hun konkluderer på baggrund af sin undersøgelse, at vask af huden med lunkent vand

og uparfumeret sæbe i hvert fald ikke forværrer hudreaktionerne, hvorimod ingen vask kan forværre tilstanden. En uparfumeret vandbaseret creme kan udsætte den afskallede hud.

I Stråleterapien på Vejle Sygehus bruger sygeplejerskerne et dokumentationsredskab i en elektronisk patientjournal. Her dokumenterer de plejen af patienter med hudreaktioner. Systemet er imidlertid ikke godt nok til, at man kan hente statistik ud. Afdelings-sygeplejerske *Lisbeth Pedersen* efterlyser bedre dokumentationsredskaber, så man kan oprette en database.

"Det vil hjælpe patienterne, hvis vi bliver i stand til at kortlægge vores indsatser og se, om den ene behandling er bedre end den anden," siger Lisbeth Pedersen.

Læs også *Annette Bøjens kliniske artikel "Evidens frem for tradition" side 44.*

Sygeplejersker bag om sundhedsproblemer

AF SUSANNE BLOCH KJELDSEN, JOURNALIST • FOTO: HEINE PEDERSEN

Exceptionelt mod Tre danske sygeplejersker modtager i år Røde Kors' internationale Florence Nightingale-medalje.

Lange karrierer bag sig med at organisere nødhjælp, forebygge sygdom, lindre ofres lidelser og tage sig af sårede i krigs- og katastrofeområder. *Alice Nielsen*, *Merete Engell* og *Marianne Hallberg* er de tre danske sygeplejersker, der den 7. juni 2007 modtog Internationalt Røde Kors' Florence Nightingale-medalje.

De får anerkendelsen for ekstraordinært mod, eller fordi de har udmærket sig ved eksemplarisk tjeneste, kreativitet og pionérånd inden for arbejdet med offentlig sundhed eller sygeplejeuddannelse.

Marianne Hallberg har i alt 17 års erfaring fra udstationeringer for Folkekirkens Nødhjælp i flere afrikanske lande, hvor hun har organiseret nødhjælp.

"Medaljen skal bruges til at sætte fokus på, at sygeplejersker er dem, der går bag om sundhedsproblemerne og ana-

lyserer årsagerne. Vi arbejder ofte med følgerne af katastrofer, og ved at dokumentere og analysere er vi med til at skubbe på for at forebygge og finde løsninger," siger Marianne Hallberg, der gerne vil dele medaljen med de kolleger, hun har arbejdet sammen med i Sudan, Kenya og Etiopien.

"Det er gennem vores dygtige kolleger og lokale samarbejdspartnere, vi kan gøre en indsats. Der er så mange, der yder en stor indsats, jeg er ikke exceptionel. Det er ofte sværere for kvinder fra andre kulturer at tage hjemmefra og arbejde, men mange gør det alligevel. Mange andre end sygeplejersker løber en risiko for at få nødhjælpen frem. Der er lægerne, lastbilchaufførerne, piloterne og mange flere. Medaljen er også til dem," siger Marianne Hallberg.

Det er Dansk Sygeplejeråd, der har indstillet de tre sygeplejersker til at modtage den internationale medalje, der bliver uddelt hvert andet år.

»»» OM FLORENCE NIGHTINGALE-MEDALJEN

Florence Nightingale-medaljen er indstiftet af den Internationale Røde Kors Komité 1912, og den blev første gang uddelt i 1920. Det er en international medalje, der bliver uddelt hvert andet år til sygeplejersker i hele verden. En række danske sygeplejersker – i alt 26 – har indtil nu modtaget den.

På www.sygeplejersken.dk kan man se en præsentation af tidligere års modtagere.

Læs også artiklen om *Marianne Hallberg* "Karrierekvind med ekspertise i nødhjælp" på side 30.



Ved en reception i Dansk Røde Kors den 7. juni 2007 blev de tre Florence Nightingale-medaljer overrakt til sygeplejerskerne Marianne Hallberg, Alice Nielsen og Merete Engell. I alt 35 sygeplejersker over hele verden fik medalje i 2007.

»»» DE TRE MEDALJEMODTAGERE I 2007:

Alice Nielsen, 53 år, er intensivsygeplejerske og har siden 1989 været udsendt gennem Internationalt Røde Kors adskillige gange til Pakistan, Afghanistan, Sierra Leone, Sudan og Liberia. Hun har både arbejdet med sårede og med at organisere nødhjælp. Hun har haft ledende opgaver og har undervist det lokale personale i bl.a. intensiv sygepleje. Når hun ikke er blevet sendt af sted med få dages varsel, har hun siden 1976 passet sit arbejde som intensivsygeplejerske på Aalborg Hospital.

Merete Engell, 37 år, har været udsendt otte gange for Læger Uden Grænser til Etiopien, Afghanistan, Liberia, Sudan, Niger og Den Demokratiske Republik Congo. Hun har bl.a. ledet et felthospital i Sudan og et program for kvinder, der har været udsat for seksuel vold. Senest har hun i 2006 været udsendt to måneder som chefsygeplejerske på Læger uden Grænsers Hospital i Bunia i DR Congo, et job, som betød, at lytterne valgte hende som "Årets sejeste dansker" i et radioprogram på P3. Hun arbejder nu i Tivoli og har planer om at arbejde i Danmark fremover.

Marianne Hallberg, 49 år, er uddannet intensivsygeplejerske og har i alt 17 års erfaring væk fra Danmark. Hun har arbejdet 12 år i Etiopien med at organisere nødhjælp og været sundhedskordinator for Det Lutherske Verdenssamfund, som udsendt af Folkekirkens Nødhjælp. Derudover har hun været Folkekirkens Nødhjælps repræsentant i Kenya i fire år, og endelig har hun stået for organisationens hiv-aids-program i Etiopien i to år.

Vidste du at ...

... borgerne i Københavns Kommune har den korteste middellevetid i landet? Københavnerne bliver i gennemsnit 74,6 år, mens borgerne i Rudersdal Kommune i Nordsjælland bliver næsten fem år ældre, 79,3 år. Kommuner med de lave middellevetider er koncentreret på Lolland-Falster og i det sydvestlige Sjælland og vest for København. På nær Læsø og Fanø er der ingen kommuner med lave middellevetider i hverken Jylland eller på Fyn.

Kilde: Statens Institut for Folkesundhed.

Vidste du at ...

... antallet af aktive sygeplejersker i løbet af de sidste 14 år er steget fra godt 46.000 til godt 53.000?

Kilde: Dansk Sygeplejeråd. Medlemsstatistik – januar 2007.

Realityshowet, der rykkede

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST

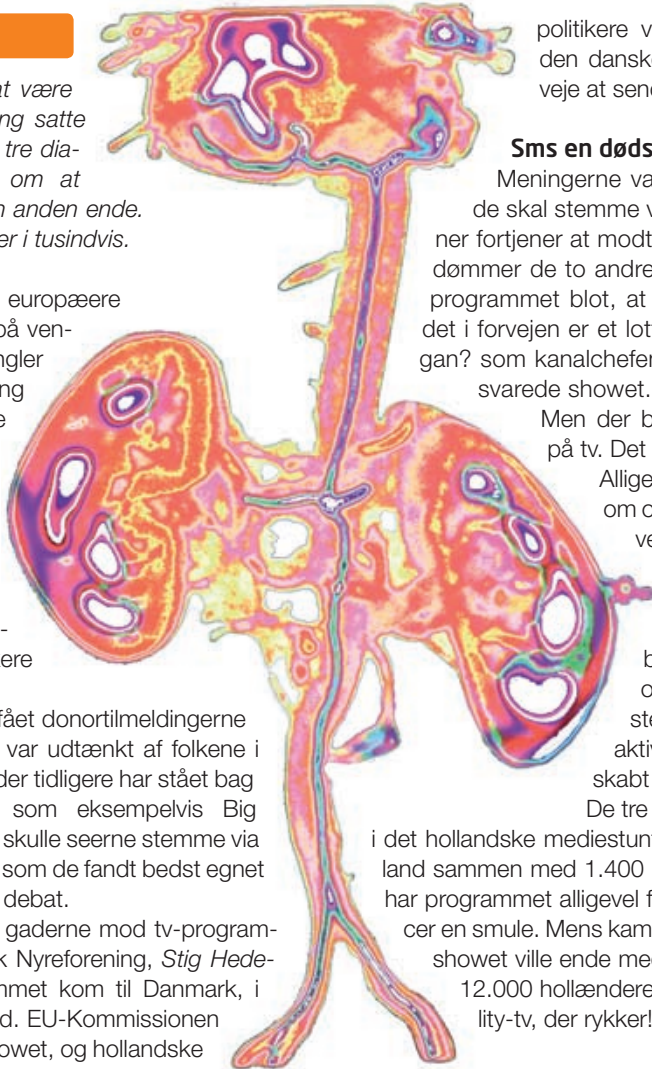
◀◀◀ TILBAGEBLIK

Donormangel. Det viste sig at være rent fup. Men inden den afsløring satte det hollandske realityshow, hvor tre dialysepatienter skulle konkurrere om at vinde en ny nyre, Europa på den anden ende. Og skaffede nye donortilmeldinger i tusindvis.

følge EU-Kommissionen dør 10 europæere hver eneste dag, mens de står på venteliste til et nyt organ. Der mangler donorer, og en ny meningsmåling viser, at europæerne faktisk gerne vil donere deres organer. Men alt for få melder sig. I løbet af årets første fem måneder havde blot 16 danskere meldt sig som mulige organdonorer. Men efter et bizart mediestunt i Holland satte fokus på donormanglen i Europa, meldte 1.476 danskere sig på bare én weekend.

Det hollandske show, der har fået donortilmeldingerne til at vælte ind overalt i Europa, var udtænkt af folkene i produktionsselskabet Endemol, der tidligere har stået bag kontroversielle reality-føljetoner som eksempelvis Big Brother. I "De Grote Donorshow" skulle seerne stemme via sms på én af tre dialysepatienter, som de fandt bedst egnet til at vinde rask nyre. Og det gav debat.

Hollænderne demonstrerede i gaderne mod tv-programmet, mens formanden for Dansk Nyreforening, Stig Hede-gaard, ønskede sig, at programmet kom til Danmark, i håbet om at få flere nyre i udbud. EU-Kommissionen udtalte sig harmdirrende mod showet, og hollandske



politikere ville have nedlagt forbud, mens den danske tv-station TV3 godt ville overveje at sende programmet.

Sms en dødsdom

Meningerne var delte. Leger seerne Gud, når de skal stemme via sms på den deltager, de mener fortjener at modtage den raske nyre, og dermed dømmer de to andre deltagere til døden? Eller viser programmet blot, at virkeligheden er smagløs, fordi det i forvejen er et lotteri at stå på venteliste til et organ? som kanalchefen for BNN, Laurens Drillich, forsvarede showet.

Men der blev aldrig nogen organdonation på tv. Det var fup.

Alligevel har showet skabt mere debat om organdonormanglen end samtlige velmenende, skattekronefinansierede oplysningskampagner tilsammen. I Danmark har politikerne allerede grebet problemstillingen og stillet forslag om, at man skal melde aktivt fra, i stedet for som i dag, at melde sig aktivt til. I skrivende stund er der ikke skabt flertal, men der er skabt debat.

De tre dialysepatienter, der medvirkede i det hollandske mediestunt, står stadig på venteliste i Holland sammen med 1.400 andre nyrepatienter. Men måske har programmet alligevel forbedret nyrepatienternes chancer en smule. Mens kameraerne rullede, og alle troede, at showet ville ende med en vinder og to tabere, meldte 12.000 hollændere sig som donorer. Det er da reality-tv, der rykker!

ARKIVFOTO: CORBIS

"Hvorfor er det lige, at åreknuder, hæmorider m.m. skal behandles inden for fire uger? Rent sundhedsfagligt er det jo ikke nødvendigt."

Bent Hansen (S), formand for Danske Regioner, Jyllands-Posten, 24. maj.



Mænd og kvinder på samme stue?

Normalt ligger mænd og kvinder ikke på samme stue, eller gør de?

Sygeplejersken vil gerne i kontakt med afdelinger, hvor man har valgt at placere mænd og kvinder på samme stue. Hvilke overvejelser ligger bag? Hvilke fordele og ulemper giver det? Kontakt journalist Christina Sommer på cso@dsr.dk eller tlf. 4695 4264.

Vidste du at ...

... de lande i EU, der har færrest overvægtige kvinder, er Italien, Holland, Sverige og Danmark? Her har godt 10 pct. af kvinderne et BMI på mere end 30, hvilket kategoriseres som overvægtige. Tjekkiet er det land i EU med størst andel overvægtige kvinder. I alt 26 pct. af kvinderne har her et BMI på mere end 30.

Kilde: International Association for the Study of Obesity, London, april 2007.

Har du taget stilling til, om du vil være organdonor?

Er det et spørgsmål om at hjælpe andre, der mangler et organ? Eller handler det om at skåne sine pårørende midt i sorgen? Er der en mening med, at livet har en bestemt længde? Fire sygeplejersker på Børneafdelingen på Viborg Sygehus har hver deres forskellige holdning til spørgsmålet, om de selv vil være organdonorer.

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST • FOTO: KISSEN MØLLER HANSEN

Anna Maria Holst, sygeplejerske på børneafdeling B06 på Viborg Sygehus.

"Jeg er ikke tilmeldt og har ikke noget donorkort, men vi har talt om det derhjemme, at hvis der sker noget, hvor man ikke er inden for behandlingsrækkevidde, så vil min mand og jeg give grønt lys for hinanden til, at organerne kan bruges."

Hvorfor er du så ikke tilmeldt?

"Det er bare ikke kommet dertil. Jeg kender ellers én, der har fået en hjertetransplantation, så det er vel bare noget med at få sat det sidste kryds, men det kræver nok også en snak med familien."



Tina Munch Bay, sygeplejerske og souschef på børneafdeling B06 på Viborg Sygehus.

"Jeg har været organdonor i 12-13 år med fuld tilladelse, og det er familien indforstået med. Da jeg var 14-15 år, fik min morfar en leversygdom, og han ventede på et organ, men det kom aldrig, og han døde. Kort tid efter havde vi en snak i familien om, at nu havde vi jo prøvet den situation, og derfor meldte hele familien sig som donorer."

Ville du føle, at du kunne sige ordentligt farvel til et familiemedlem, som kun var hjernedød og ikke hjertedød?

"Det tror jeg sagtens, at jeg kunne. Jeg ville tænke på, at det kunne være med til at hjælpe andre mennesker."



Ida Riisgaard, afdelingssygeplejerske på børneafdeling B06 på Viborg Sygehus.

"Jeg har været bloddonor i mange år, og jeg har overvejet flere gange, om jeg skulle være organdonor, men min holdning er, at jeg vil hel ned i graven. Jeg vil så heller ikke modtage organer fra andre, det må så være konsekvensen af det. Det handler også om den måde, man er nødt til at sige farvel til en organdonor på, hvor man ikke kan sidde ved den døende, til han dør. For mig er døden noget med ingen puls, og at man bliver kold. Som pårørende har jeg oplevet, at det har stor betydning for én selv, at man kan få lov at sige farvel. Men det er da et spørgsmål, jeg af og til vender med mig selv."



Vibeke Bergstrøm, sygeplejerske og vikar på Neonatalafdelingen på Viborg Sygehus.

"Nej, det er jeg ikke, fordi jeg synes, der er noget forkert i det. Jeg tror, at der er en mening med, at livet har en vis længde. Selvfølgelig, hvis mit barn blev sygt og havde brug for et organ, så ville jeg som mor ønske, at nogle ville give et organ, men det flytter ikke ved min grundholdning. Jeg mener, det er et skråplan, hvis man vil reparere sig ud af alting."

»» HVAD ER DIN HOLDNING? SKRIV EN KOMMENTAR PÅ:

WWW.SYGEPLEJERSKEN.DK

Velkomstbrev kan sikre patienterne information

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST

I fremtiden vil alle patienter måske modtage en brochure eller et velkomstbrev om deres rettigheder, når de bliver indlagt på et sygehus. Det foreslår formanden for Danske Regioners sundhedsudvalg, *Orla Hav* (S), i kølvandet på de seneste ugers debat om, at sygehuse ikke informerer patienterne godt nok om deres rettigheder.

En ny konsulentrapport fra Muusmann Research & Consulting har slået fast, at kun 28 pct. af de patienter, som ikke kan blive behandlet på deres eget sygehus til tiden, får besked om deres valgmuligheder.

Det fik bl.a. sundhedsminister *Lars Løkke Rasmussen* (V) til at komme med et vredt



ARKIVFOTO: SCANPIX

Formanden for Danske Regioners sundhedsudvalg, *Orla Hav* (S), peger også på, at det skal gøres til et særligt speciale at informere, evt. ved i højere grad at centralisere informationen hos sygehuse-nes patientvejledere.

udfald i Jyllands-Posten, hvor han gav regionerne frist frem til 15. juni 2007 til at komme med konkrete udspil til, hvordan informationen forbedres.

Og et konkret forslag er altså, at alle pa-

tienter i forbindelse med indlæggelse får informationerne i et brev eller en brochure, fortæller *Orla Hav*.

"På den måde opfylder vi i hvert fald vores pligt formelt, men jeg er i tvivl om, om formen er den bedste måde at informere patienterne på," siger *Orla Hav* og uddyber:

"Vi er på ingen måde uenige i, at patienterne skal have den information, de har ret til. Og det mener vi i høj grad, at de får allerede i dag. Men når en rapport peger på, at der er plads til forbedringer, skal vi selvfølgelig tage det alvorligt. Patienter er dog forskellige og får tit også meget alvorlige informationer om deres sygdom, som kan

Patientens bog samler støv

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST

Sikkerhed. *Patientens Bog, der er et redskab til patientsikkerhed, samler støv på Trygfondens lager. Plejepersonalet deler ikke bogen ud.*

"Et anvendeligt redskab til patientsikkerhed og en stor hjælp i behandlingsforløbet." Sådan lød lovordene, da "Patientens Bog" blev evalueret af patienter, pårørende og plejepersonale. Den udkom sidste år og skulle hjælpe patienterne til at være aktive i deres eget patientforløb og styrke patientsikkerheden. Men bogen bliver ikke delt ud. Kun 40.000 af de 110.000 bøger er uddelt til danske patienter.

"Det ville være at skyde gråspurve med kanoner at dele den ud til vores patienter,

som gennemsnitligt er indlagt 1,7 dag," siger ledende oversygeplejerske på Gynækologisk Obstetrisk afdeling på Hvidovre Hospital, *Annette Gyldengren*.

Bogen står fremme på afdelingen, men den bliver ikke delt ud, heller ikke til de få patienter, der har længere forløb.

"Det gør vi nok ikke, fordi vi glemmer det. Vi vil hellere bruge vores energi på en anden form for sikkerhedsarbejde," siger *Annette Gyldengren*.

Roskilde og Køge Sygehuse er nogle af de få sygehuse i landet, der deler relativt mange bøger ud. Her står Patientens Bog fremme i de to informationer. Derudover bliver bogen udleveret, når patienter kommer i ambulatoriet første gang henvist fra egen læge. Når den ikke bliver



DE 10 GODE RÅD TIL PATIENTER

1. Spørg hellere for meget end for lidt.
2. Fortæl os om dine vaner.
3. Skriv ned undervejs.
4. Flere ører hører bedre.
5. Lad eventuelt en anden tage samtalen.
6. Godkend dig selv.
7. Hør om operationen.
8. Sig til, hvis det gør ondt.
9. Spørg, hvordan behandlingen skal fortsætte.
10. Kend din medicin.

Kilde: Patientens Bog.

Britiske sygeplejersker segner under stress

70 pct. af de engelske sygeplejersker er så stressede, at de har problemer med søvnløshed, depression, nervøs mave mv., viser en aktuel undersøgelse. Baggrunden er store budgetunderskud og trusler om fyringer i det britiske National Health Service (NHS).

Halvdelen af de 2.000 udspurgte sygeplejersker er så påvirkede af situationen på deres arbejde, at deres sexliv lider under det. Mange fortæller, at de drikker og ryger mere end sædvanlig, og 70 pct. har haft flere sygedage end normalt på grund af stress.

(kb)

Kilde: Nursing Times, 29 May - 4 June 2007 (www.nursingtimes.net)

Mindre sex. En undersøgelse blandt 2.000 engelske sygeplejersker viser, at halvdelen af sygeplejerskerne er så påvirkede af situationen på deres arbejde, at deres sexliv lider under det. Mange fortæller, at de drikker og ryger mere end sædvanlig, og 70 pct. har haft flere sygedage end normalt på grund af stress.



ARKIVFOTO: SCANPIX



ARKIVFOTO: SCAMPIX

DSR Økonomiaftalerne små skridt i den rigtige retning

overskygge andre, mindre vigtige informationer. Og her er det så vigtigt, at informationerne om deres rettigheder ikke drukner. Som jeg ser det, er de informationer også en del af det, jeg vil kalde god faglighed, og det er mere end et velkomstbrev," siger Orla Hav.

Orla Hav siger, at de fem regioner vil forsøge at koordinere deres indsats på området, som bl.a. er til debat på først-kommende møde i Danske Regioner fredag den 8. juni 2007, dagen efter redaktionens deadline.

delt ud til alle patienter, mener risikomanager og sygeplejerske *Martin Bommersholdt*, at det skyldes plejepersonalets prioritering.

"Patienter kan være i krise og have svært ved at huske informationer, og personalet vurderer, at nødvendig information om f.eks. forholdsregler vedrørende patientens sygdom er vigtigere. Det kan være en barriere for, at patientens bog ikke udleveres," siger Martin Bommersholdt.

Han har dog erfaret, at mange patienter kender Patientens Bog og de 10 gode råd til patienter, selvom de ikke har fået bogen udleveret på hospitalet. Derfor overvejer man på Roskilde og Køge Sygehuse, om bogen skal deles ud på flere afdelinger.

Trygfonden vil i samarbejde med Dansk Selskab for Patientsikkerhed markedsføre bogen.

(sbk)

Vidste du at ...

... i Tyskland, England og Tjekkiet og på Cypern og Malta er mere end 20 pct. af mændene overvægtige?

Mændene har alle en BMI på mere end 30, hvilket i Danmark gælder for 12,5 pct. af befolkningens mandlige medlemmer.

Kilde: International Association for the Study of Obesity, London, april 2007.

Små skridt og uambitiøse. Sådan karakteriserer Dansk Sygeplejeråds formand, *Connie Kruckow*, de nye økonomiaftaler mellem Finansministeriet og henholdsvis Danske Regioner og kommunerne, der blev indgået den 10. juni 2007.

Aftalen med regionerne får kritik for at overse de medicinske afdelinger.

"Vi ved, at der er mange medicinske afdelinger, der er nødlidende. Situationen er mange steder så presset, at de medicinske patienter ikke engang får den basale sygepleje, og overbelægning og underbemanding er hverdag mange steder. Det er helt uacceptabelt, og det hænger slet ikke sammen med regeringens ambition om et sundhedsvæsen i verdensklasse," siger Connie Kruckow.

Aftalen med kommunerne er heller ikke til topkarakter. F.eks. er de kronisk syge ikke nævnt med et eneste ord – også ulighed i sundhed og de voksende problemer med overvægt mangler.

"To ud af fem voksne danskere lider af en kronisk sygdom. Vi ved, at de slet ikke får de sundhedstilbud, de har behov for. F.eks. halter den patientrettede forebyggelse til hjerte-, kræft- og diabetespatienter. Jeg synes, det er skuffende, at regeringen og kommunerne ikke prioriterer de kronisk syge patienter højere," siger Connie Kruckow.

De to nye aftaler kommer til at stille store krav til både Kvalitetsreformen og trepartsdrøftelserne, vurderer formanden, der bakker op om, at der i regionerne afsættes flere penge til stråleterapi, og at der tilføres penge til ny medicin og nye behandlingsformer.

(snp)

]]] KORT OM ØKONOMIAFTALERNE

Danske Regioner:

Et løft til sundhedsområdet i 2008 på ca. 2,3 mia. kr. 1,6 mia. kr. til sygehusområdet skal bruges til flere behandlinger, afkortning af ventetiderne og indførelse af ny medicin på sygehusene. Strålebehandlingspuljen forlænges + 100 mio. kr. ekstra til strålebehandlingen. Låneadgang på 900 mio. kr.

Kommunerne:

Løft i kommunernes serviceudgifter i 2008 på 1,6 mia. kr. Heraf 1,3 mia. kr. til ældre, børn, socialområdet samt demografi og 300 mio. kr. til genoptræning. Hertil kommer en lånepulje på 800 mio. kr. til nye investeringer.

Kilde: Finansministeriet.

Skæbnetime for sygehusene

Der skal helt anderledes økonomi til regionerne, hvis vi skal undgå, at de offentlige sygehuse tappes for penge og personale til fordel for private hospitaler. Konsekvensen kan blive et A- og B-sygehusvæsen.

Det fastslår de valgte repræsentanter for regionernes 120.000 ansatte i en fælles henvendelse til finansminister *Thor Pedersen* (V) og Danske Regioners formand *Bent Hansen* (S). En af medarbejderrepræsentanterne bag henvendelsen, næstformand i Region Sjællands MED-hovedudvalg, *Karen Buur*, betegner henvendelsen som bemærkelsesværdig, fordi det er første gang, de ansattes repræsentanter har taget et initiativ af denne art i fællesskab.

Hun understreger, at det ikke er nok at investere i nye bygninger og nyt apparatur. Der skal også investeres i sundhedsvæsenets vigtigste ressource: medarbejderne.

"På den ene side siger regeringen, at den

ønsker et dansk sundhedsvæsen i verdensklasse. På den anden side skævdeler man til fordel for de private hospitaler, som får bedre betaling for deres behandlinger end de offentlige sygehuse. De private hospitaler skummer fløden og slipper eksempelvis for forpligtelsen til at uddanne nyt sundhedspersonale," siger Karen Buur, der også er Dansk Sygeplejeråds amtskredsformand i Roskilde. Medarbejderrepræsentanterne fra de fem regioner mødtes med regionernes formand Bent Hansen tirsdag den 29. maj 2007 for at uddybe deres synspunkter.

De ansattes repræsentanter erklærer sig enige med Danske Regioner i, at der er behov for anlægsinvesteringer på 100 mia. kr. "på den lange bane," men tilføjer, at der allerede ved de aktuelle forhandlinger om regionernes økonomi i 2008 skal afsættes væsentlige midler til investering i medarbejderne.

(sp)

Opfordrer til parfumefrit sundhedspersonale

AF LOTTE HAVEMANN, JOURNALIST

Når en patient ligger i en hospitalsseng eller møder sundhedsvæsenet andre steder, er det formentlig ikke sagen at blive mødt med en kraftig duft af opium eller kokos-vanille.

Der er ikke lavet undersøgelser om problemets omfang, men man ved, at patienter med allergi, astma, KOL eller andre lungesygdomme generes af parfume. Også mennesker, som er duft- og kemikalieoverfølsomme, reagerer over for parfume, f.eks. med hoste, hovedpine eller influenzasymptomer.

I Norge kræver flere organisationer for funktionshæmmede nu et parfumeforbud på sygehusene. Det ønske støttes af det norske Astma- og Allergi-forbund, og det danske søsterforbund hilser initiativet velkomment. Dog mener Astma- og allergiforbundet i Danmark, at et lovgivningsmæssigt forbud mod at bruge parfume i sundhedsvæsenet er lige voldsomt nok.

"Men vi vil gerne opfordre til, at sundhedspersonalet ude på de enkelte arbejdspladser diskuterer, hvad der er hensigts-

mæssigt hos dem. Og så er vores håb selvfølgelig, at mange vil komme frem til, at det er bedst at undgå parfume i arbejdstiden," siger kommunikationschef i Astma- og Allergiforbundet, *Christina Schärfe Lambach*.

Parfume i sprayform er dog ikke den eneste slags parfume, der kan genere omgivelserne. Cremer, shampoo, vaskepulver og skyllemiddel er alle kilder med parfumestoffer, så det er ikke tilstrækkeligt, hvis sygeplejersker og andet sundhedspersonale blot undlader at sprøjte sig med parfume.

Sygeplejerske *Anne Marie Topp* arbejder på hudambulatoriet på Amtssygehuset i Gentofte og besvarer desuden henvendelser til Videncenter for duft- og kemikalieoverfølsomheds informations- og rådgivningslinje.

Hun fortæller, at man i mødet med duft- og kemikalieoverfølsomme personer (MCS-patienter) skal være helt duftneutral, dvs. have vasket sit tøj i parfumefrit vaskemiddel, have parfume- og duftfri håndcreme på



ARKIVFOTO: SCANPIX

og have vasket sit hår i en neutral shampoo.

"Nogle af de MCS-patienter, jeg har talt med, har beskrevet, at det har været et problem for dem at være indlagt på sygehuset. I et tilfælde måtte patienten bede en fra sundhedspersonalet om at gå ud af sengestuen. Men også en håndsprit på stuen udsendte en generende duft," fortæller *Anne Marie Topp*.

Hun medgiver, at sundhedspersonale ikke i nogen ond mening er med til at give pa-

tienterne unødige gener pga. parfumestoffer. Selv er hun først blevet 100 pct. duftneutral for 1½ år siden, da hun blev ansat på Videncenter for duft- og kemikalieoverfølsomhed. Først da blev hun bevidst om, hvor svært det er for disse mennesker at færdes i offentligt rum.

Hun mener, at det må være en politisk beslutning, om der skal være duftneutralitet på sygehuse, skoler og andre offentlige institutioner.

Ytringsfrihed. Torsdag den 31. maj klokken 13.15 Kvæsthuset, København.

I Dansk Sygeplejeråds lokaler overrakte tidligere formand for Dansk Sygeplejeråd Kirsten Stallknecht Sygeplejerskens ytringsfrihedspris af samme navn til sygeplejerskerne Bettina Kølle og Stine Kongsgart Reunert. De to sygeplejersker skabte gennem to kronikker i Politiken tidligere på året stor opmærksomhed om forholdene på de medicinske afdelinger. Interview med de to prisvindere kan læses i *Sygeplejersken* 11/2007.

(cso)



FOTO: HEINE PEDERSEN

Ny uddannelse giver udlændinge autorisation og job

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST

10 ud af 13 og yderligere to næsten i mål. Så mange sygeplejersker uddannet uden for Norden og EU har fået dansk autorisation og job efter at have fulgt en skræddersyet kvalificeringsuddannelse på Sygeplejerskeuddannelsen København. Det viser en ekstern evalueringsrapport af kvalificeringsuddannelsens første hold, som satte sig på skolebænken i september 2005.

Gennemførelsesprocenten på 90 glæder naturligvis sygeplejelæreren Ulla Gars Jensen, der er medinitiativtager til kvalificeringsuddannelsen.

"Det viser, at vores gisninger holdt stik. Sygeplejersker fra 3.-lande føler sig ofte meget alene og individualiserede, når de skal integreres på arbejdsmarkedet. De har brug for hinanden og den støtte, det giver at være samlet som gruppe," siger Ulla Gars Jensen.

Kvalificeringsuddannelsen består af både teoriundervisning og prøveansættelsesforløb, samt obligatorisk, målrettet danskundervisning og en mentorordning, hvor alle sygeplejerskerne er tilknyttet en danskuddannet sygeplejerske.

"Der er ingen tvivl om, at kursisternes tætte kontakt til os, deres mentorer, men især hinanden, også gennem prøveansættelsesforløbet, hvor der er sprogundervisning hver uge, er altafgørende for, at konceptet er lykkedes," siger Ulla Gars Jensen, der også takker afdelingerne, hvor sygeplejerskerne har været i prøveansættelse.

Kvalificeringsuddannelsen har modtaget støtte fra Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration. Andet hold er godt på vej, og onsdag den 6. juni var der informationsmøde for at vejlede interessen for et tredje hold, der tidligst starter i foråret 2008.

Her var der i hvert fald seks potentielle kursister, oplyser Ulla Gars Jensen.

Læs mere om uddannelsen og et interview med syv af kursisterne i Sygeplejersken 24/2006, s. 18-21. Evalueringsrapporten kan læses på

www.sygludd.cvuoeresund.dk

Forflytningsekspert går online

Vil du vide noget om flytteteknikker? Eller dele dine erfaringer om emnet med andre sygeplejersker? Så er hjemmesiden www.forflyt.dk et godt sted at klikke forbi. Hjemmesiden er netop blevet relanceret, og nu er der bl.a. mulighed for at stille spørgsmål til ekspert Mariann Storm, som også blogger på siden om seneste nyt inden for feltet.

Det er Branchemiljørådet for Social & Sundhed, der står bag hjemmesiden, der stadig rummer masser af gratis information, materiale og links om forflytning. (kbc)

Læs mere: www.forflyt.dk

Vidste du at ...

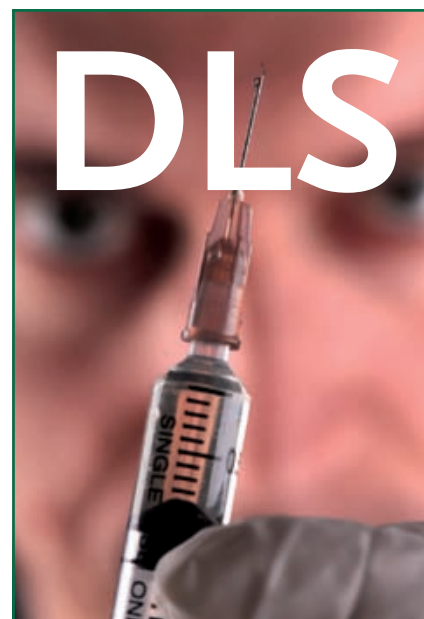
... to tredjedele af de 53.000 aktive sygeplejersker er ansat på hospitalerne (64,3 pct.)? 20,4 pct. arbejder i integrerede ordninger, hjemmesygepleje og plejehjem, 3 pct. i sundhedsplejen og 2,4 pct. i lægekonsultationer.

Kilde: Dansk Sygeplejeråd. Medlemsstatistik – januar 2007.

Vidste du at ...

... antallet af yngre danskere, der får løftet øjenlågene på det offentlige regning, næsten er fordoblet i de seneste seks år? I 2000 blev 647 patienter mellem 25 og 44 år fri for de tunge øjenlåg. I 2006 var antallet 1.178.

Kilde: Opgørelse, sygesikringen har lavet for nyhedsbureauet Ritzau.



Er du leder i sundhedssektoren?

Eller vil du gerne være det?

Så er DLS noget for dig

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

DLS udbydes i hele Danmark.

I august 2007 starter vi hold i:

Gentofte
Hillerød
Odense
Aalborg
Århus

Der er tilmeldingsfrist 15. juni 2007.

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

tlf. 54 888 224 • www.ceus.dk

HANDELSHØJSKOLE
CENTRET

CEUS
Handelshøjskoleafdeling





Mange ældre kan spares for en tur

på sygehuset

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST
FOTO: ANNE-LI ENGSTRÖM



Stort potentiale. Mange ældre kan undgå indlæggelse, hvis hjemmehjælpernes observationer og samarbejde med sygeplejerskerne bliver sat i system, fastslår forskeren Sidsel Vinge. Hjælperne kommer nemlig allerede hos de mest udsatte ældre. ►



”Det handler om at sætte opsporing og handling i system. Det er ikke noget stort projekt, men det skal nok gøres lidt firkantet.”

>>> FOREBYGGELIGE INDLÆGSELSE

Indlæggelsesdiagnoser:

- blærebetændelse
- konfusion
- dehydrering
- svimmelhed
- fald i hjemmet (observation for)
- lungebetændelse
- *causa socialis* (officielt afskaffet).

Kliniske indikatorer:

- konfusion
- manglende spændstighed i huden
- opkastning
- diarré
- feber
- uforklaret vægttab
- svimmelhed, træthed
- sveder meget, når det er varmt.

Hverdagsindikatorer:

- indkøbsvaner ændres, madlede
- hjemmets rengøringstilstand forværres, potteplanter bliver f.eks. ikke passet som tidligere
- personlig hygiejne forværres
- der er gammel mad i køleskabet
- øget passivitet, f.eks. at fjernsynsforbruget stiger, eller at vedkommende går mindre ud
- indadvendthed eller ændret mental adfærd
- klager over noget, der ikke plejer at være et problem
- forværring i gangfunktionen.

Mange ældre kan spares for en tur...

» Når potteplanterne hænger. Når den før så propre fru Nielsen har pletter ned ad den uldne trøje. Når maden står og bliver gammel i hendes køleskab.

DSI-forskeren Sidsel Vinge kalder det hverdagsindikatorer. De små tegn, som en opmærksom hjemmehjælper i forvejen lægger mærke til.

Hvis man kan få sat samarbejdet mellem hjemmehjælper og hjemmesygeplejersker i system, så hjemmehjælperens observationer bliver givet videre og fulgt op. Og hvis hjemmesygeplejersken har handlemuligheder, når hun har konstateret et akut problem.

Så kan man i mange tilfælde undgå, at fru Nielsen og andre svækkede gamle må en tur på sygehuset.

I 30 år har man talt om indlæggelser, der burde og kunne være undgået. Typisk ældre, der ligger i medicinske senge på grund af væskemangel og banale infektioner.

Kommunalreformen har både givet kommunerne et udvidet ansvar og en økonomisk tilskyndelse til at forebygge indlæggelser.

Og potentialet er der, fastslår Sidsel Vinge og Martin Sandberg Buch i rapporten ”Uhen-sigtsmæssige indlæggelser – kommunale muligheder og perspektiver.” Det kræver ikke nye specialfunktioner, men først og fremmest ændringer i den eksisterende struktur og kultur.

”Kommunerne skal simpelthen få øjnene op for, hvor stor en viden der ligger hos hjemmehjælperne,” siger Sidsel Vinge.

”Hjemmesygeplejerskerne har den klini-

ske kompetence til at handle. Det har hjemmehjælperne ikke. Men i modsætning til hjemmesygeplejerskerne kommer hjælperne flere gange om ugen hos de svageste ældre. Derfor handler det om at få udbygget samarbejdet mellem de to grupper.”

Små problemer vælter læsset

De indlæggelser, der kan forebygges, rammer typisk ældre borgere, der i forvejen er så svækkede, at de ikke kan klare hverdagen uden hjælp flere gange om ugen.

Mange har en eller flere kroniske baggrundssygdomme, men det er ikke disse sygdomme, der er årsag til indlæggelsen. De indlægges typisk med diagnoser som lungebetændelse, blærebetændelse, dehydrering og fald i hjemmet.

”Man kan tale om et prikken over i-æt-syndrom. Det er mindre problemer, der vælter læsset,” siger Sidsel Vinge.

Hun understreger, at de svækkede ældre faktisk har brug for indlæggelse, når det kommer så vidt. Derfor er løsningen ikke, at kommunerne opretter sengepladser, hvor disse borgere kan behandles uden for sygehuset.

”Men der vil typisk være en optaksperiode på to til fire uger, hvor det er muligt at gribe systematisk og forebyggende ind.”

Det er i denne periode, hjemmehjælperne ser de små tegn på, at noget ikke går, som det skal. Potteplanterne, der ikke bliver vandet. Uforklaret vægttab, klager over noget, som ikke tidligere var et problem.



”Der vil typisk være en optaksperiode på to til fire uger, hvor det er muligt at gribe ind.”

”Det handler om at sætte opsporing og handling i system. Det er ikke noget stort projekt, men det skal nok gøres lidt firkan- tet,” tilføjer Sidsel Vinge.

Hjælpere og sygeplejersker

Sidsel Vinge mener ikke, samtlige hjemme- hjælpere skal uddannes til at forebygge. Det vil være en uoverkommelig opgave og alt for dyrt.

Det afgørende er en struktur, som sikrer systematikken hele vejen igennem. I måden hjemmehjælperne observerer på, i måden de giver observationerne videre på til hjemme- sygeplejersken, og i måden hjemmesygeple- jersken følger op på.

Det kunne f.eks. foregå ved, at hjemme- hjælperne observerer og registrerer ud fra en liste over tidlige tegn på problemer, at hjem- mesygeplejersken går hjemmehjælpernes observationer igennem på en fast ugentlig konference, og at hjemmesygeplejersken har et antal timer hver uge, som hun frit kan bruge på tilsyn.

”Samtidig må man sikre, at hjemmesyge- plejerskerne har en palet af handlemulighe- der, som hun kan benytte, når hun står med et akut problem,” fortsætter Sidsel Vinge.

”Når hun har været på tilsyn torsdag for- middag og konstateret, at det her ligner en indlæggelse inden for én til to uger, så skal hun hurtigt kunne mobilisere andre dele af systemet.”

Hjemmesygeplejerskens repertoire af hand- lemuligheder kan spænde fra hendes eget til- syn til at inddrage den praktiserende læge, kommunens akutteam, den udgående geria- triske sygeplejerske fra sygehuset eller andre specialistfunktioner.

”Og det skal man allerførst sætte sig og få kortlagt sammen med samarbejdspartnerne fra almen praksis og sygehuset. Det er ikke noget, hjemmesygeplejerskerne i en kom- mune kan sidde og finde frem til på en tema- dag på kontoret.”

Sidsel Vinge taler både om struktur og kul- tur, når hun trækker fremtidsperspektivet op. De nye sundhedsopgaver i kommunerne kræver simpelthen en nyorientering. Fra en social til en mere systematisk sundhedsfaglig tankegang.

”Der er brug for en kulturændring, og den bliver svær,” siger hun.

Hjemmehjælpen hører under den sociale lovgivning, og i mange år har kommunerne netop understreget, at deres tilbud er socialt.

”Det er sket ud fra et velment ønske om ikke at sygeliggøre de ældre. Men hvis konse- kvensen er, at vi ikke udnytter åbenlyse mu- ligheder for at forebygge sygdom og indlæg- gelse, så gør vi de ældre en bjørnetjeneste ved at fokusere så ensidigt på social service. Det må være et både-og,” siger Sidsel Vinge.

I kommunerne er der f.eks. ikke tradition for at dokumentere sundhedsproblemer og effekter af nye tiltag. I stedet er der tradition for at spørge samarbejdspartnerne, brugere og borgere om deres tilfredshed.

Men når kommunerne går ind på sund- hedsområdet, er de nødt til at tage den sund- hedsfaglige tradition til sig, pointerer Sidsel Vinge, også den del, der handler om at doku- mentere økonomi og effekt.

”Vi bruger mange penge og ressourcer på ældreområdet. Vi synes selv, det går godt. Men det er ikke nok, at vi sjusser os frem.”

Inden for de sidste par år er der faktisk gennemført valide randomiserede undersø- gelser af to forebyggelsesprojekter, hvor gen- indlæggelser er forebygget ved hjælp af hen- holdsvis opfølgende besøg og en følge hjem- ordning. To klare eksempler til efterfølgelse, fremhæver Sidsel Vinge.

”For i de to projekter er der ikke tale om piller, men om bløde interventioner. Så det er en myte, at randomiserede forsøg kun er no- get for hjertelæger og kirurger og ikke for den kommunale ældrepleje, hvor det handler om mennesker og bløde værdier.”

kbj@dsr.dk

))) DE FORKERTE, DE FORLÆNGEDE, DE FOREBYGGELIGE

Forkerte indlæggelser	Har ikke brug for udredning og behandling, men indlægges, fordi kommunen ikke har et alternativt tilbud. F.eks. den demente mand, der indlægges sammen med sin kone, fordi alle kommunens aflastningspladser er optaget den aften, hvor konen bliver ramt af en apopleksi.
Forlængede indlæggelser	Færdigbehandlede ældre, der venter på plejehjemsplads. Borgere, der er akut udredt og sat i behandling i det akutte modtageafsnit, men som ikke kan komme hjem med det samme, fordi kommunen først kan arrangere den fornødne hjælp næste dag.
Forebyggelige indlæggelser	Svækkede ældre, der bliver indlagt på grund af problemer som dehydrering, urinvejsinfektioner, fald i hjemmet mv. Genindlæggelser.



Den ældre dame på disse billeder hedder Emilie Poulsen og bor i eget hjem.

Sidsel Vinges guide til forebyggelse af indlæggelser

- Sæt jer sammen med repræsentanter for almen praksis og sygehuset.
- Lav en registrering af akutte medicinske indlæggelsesårsager over en periode, f.eks. fire uger.
- Analysér de svækkede borgeres indlæggelsesdiagnoser og udvælg de diagnoser/problemer, som I mener hjemmeplejen bedst har muligheder for at forebygge.
- Kortlæg hjemmehjælpernes nuværende kontakt med hjemmesygeplejerskerne og hjemmesygeplejerskernes nuværende handlemuligheder, når der opstår akutte problemer:
 - Er opsporingen systematisk nok?
 - Er overleveringen af observationer fra hjælpere til hjemmesygeplejersker tilstrækkelig effektiv og systematisk?
 - Udnyttes nuværende handlemuligheder godt nok?
 - Er de tilstrækkelige?
 - Virker de i praksis godt nok?
 - Er hospital, kommune og almen praksis enige om arbejdsdelingen og arbejdsgangen ved forebyggelse af akutte indlæggelser? Osv.
- Beskriv hjemmesygeplejerskens handlemuligheder i forhold til akutte problemer.
- Udarbejd skemaer med hverdagsindikatorer til hjælperne, prøv dem af i små grupper og justér systemet, indtil det fungerer i praksis. Inddrag hjælperne i arbejdet og undervis dem i de tegn på svækkelse, de skal være opmærksomme på. Gerne ud fra lokale cases.
- Sørg for, at hjælpernes rapportering til hjemmesygeplejerskerne ligger i faste rammer, f.eks. med en ugentlig konference.
- Giv hjemmesygeplejerskerne et antal timer hver uge, som frit kan anvendes til forebyggelse. Herunder akutte tilsyn på baggrund af hjælpernes observationer, kontakt til det øvrige sundhedsvæsen og andre handlemuligheder.
- Husk klare mål og delmål for forebyggelsen. Start i det små og lad indsatsen vokse. (Brug f.eks. metoden, der er beskrevet på www.gennembrudsprojektet.dk)



Sidsel Vinge har tidligere forsket i medicinske afdelinger, hjemmesygepleje og kommunal forebyggelse.

Endnu kortere ophold på sygehuset

Opgaveglidning. Mere ambulantly udredning og behandling, også af ældre medicinske patienter, vil stille øgede krav til kommunerne.

”Hvis man tror, at udviklingen har nået en grænse, så tager man fejl.”

Det siger forskeren *Sidsel Vinge* om de sidste mange års udvikling: drastiske fald i liggetiden, mere ambulantly behandling og akutte modtageafsnit, hvor halvdelen bliver sendt hjem igen inden for 24 timer.

Det er muligt, at liggetiderne ikke kan komme ret meget længere ned. Men næste bølge bliver en omlægning af korte medicinske indlæggelser til akut eller subakut ambulantly udredning og behandling, forudsiger klinikere, som *Sidsel Vinge* har interviewet til rapporten om de uhenigtsmæssige indlæggelser.

”Det vil stille endnu større krav til kommunerne om at handle hurtigt og effektivt – på alle tider af døgnet,” understreger *Sidsel Vinge*.

”Og selv om hjemmeplejen somme tider oplever, at patienterne ikke er raske nok til at komme hjem, så er sygehusenes opgave altså den højt specialiserede udredning og behandling.

Hvis patienten ikke har brug for udredning og behandling, men for pleje, så er det en kommunal opgave.”

))) KOMMUNER, REGIONER OG ORGANISATIONER BAG RAPPORT

”Uhenigtsmæssige indlæggelser – muligheder og perspektiver for kommunerne” af *Sidsel Vinge* og *Martin Sandberg Buch* fra DSI Institut for Sundhedsvæsen er finansieret af FOKUS – et kvalitets- og udviklingssamarbejde, som bl.a. kommuner, regioner og organisationer står bag.

Rapporten kan hentes på www.fokus-net.dk eller bestilles på publ@fokus-net.dk

))) SEKS FOREBYGGELSESPROJEKTER

- Udgående sygeplejerske fra AMA
- Gero-team Skagen
- Kommunalt akutteam
- Kommunale sengepladser
- Opfølgende hjemmebesøg af hjemmesygeplejerske og praktiserende læge
- Følge hjem-ordning efter indlæggelse.

Projekterne er omtalt i rapporten om de uhenigtsmæssige indlæggelser (se boks ovenfor). Find mere information i netudgaven af denne artikel på www.sygeplejersken.dk

”Vi gør de ældre en bjørnetjeneste ved at fokusere så ensidigt på social service.”



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

"Det, jeg først tænker på, er en lille dreng, der skulle have venflon. Det var rigtig træls for ham, men det var nødvendigt at stikke ham tre gange. Bagefter var han bare glad. Det er sådan noget, der gør det til at holde ud at være på en børneafdeling. For nogle gange er man nødt til at gøre noget, der gør ondt på børnene, men de glemmer hurtigt og tilgiver én," siger Vicki Dyeremose.

En dreng på knap fire år er indlagt til observation på udvikling. I undersøgelsesrummet bruger Vicki Dyeremose computeren til en lille snak om Disney-figurer.



Papirløst. På Børneafdelingen på Viborg Sygehus har de fleste sygeplejersker aldrig brugt et plejekardex af papir. Og dem, der har, vil ikke bytte med den elektroniske patientjournal.

DOKUMENTATION OG DISNEY-FIGURER

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST • FOTO: KISSEN MØLLER HANSEN

Børneafdeling B06 på Viborg Sygehus tog allerede for 10 år siden, som den første afdeling på sygehuset, den elektroniske patientjournal (EPJ) i brug. Et par år senere blev plejedelen koblet på, og sygeplejerskerne besluttede at være papirløse fra dag 1.

"Det er tidsbesparende i forhold til, hvis jeg skulle finde papirer frem, hver gang jeg skulle notere noget ned," siger sygeplejerske Vicki Dyeremose, der har været uddannet siden 2005.

De unge sygeplejersker på afdelingen har aldrig prøvet andet. For de sygeplejersker, der er garvede i faget, var det en stor lettelse at gå over til at dokumentere elektronisk, fordi det giver bedre systematik at dokumentere ud fra sygeplejefænomener og nøgleord.

Når Vicki Dyeremose sætter sig ved en af afdelingens syv computere, får hun et hurtigt overblik over patienterne. Ud over notater og dokumentation i plejekardex kan hun også bruge EPJ til at tjekke, om medicinen er delt ud, og om der er kommet svar på en prøve.

"Det er nemmere end at skulle finde fem forskellige journaler frem, og der er ikke problemer med at læse hinandens håndskrift. Den

elektroniske dokumentation har også været med til at give os et fælles sprog, men faktisk har jeg ikke noget at sammenligne med, for jeg har aldrig prøvet at arbejde med andet end EPJ," siger Vicki Dyeremose.

Selvom afdelingen er papirløs, går hun altid rundt med et stykke papir i lommen med en oversigt over alle de små patienter, der er indlagt på Børneafdelingen. Oversigten har hun med på morgenmødet, og hun bruger den til at skrive notater ned over de ting, der skal huskes i løbet af dagen.

"Vi har desværre ikke bærbare computere, som vi kan tage med ind på stuerne, det ville ellers gøre det meget nemmere, hvis vi kunne slå op i journalerne og skrive direkte ind der, frem for at tage notater på papir."

Afdelingen var den første til at tage EPJ i brug, men den sidste til at blive koblet på sygehusets trådløse net. Planen er, at afdelingen skal have bærbare computere, men indtil videre må læger og sygeplejersker deles om computerne, der er placeret på kontoret, i undersøgelsesrummene, på gangen og i medicinrummet. Det kan



Vicki Dyeremose har en udskrivningssamtale med et forældrepar til en tre måneder gammel pige, som har været indlagt til observation.



Vækket midt i en god lur, men nu er det tid til at tage hjem fra hospitalet.



Der er to computere i medicinrummet, hvilket er praktisk, når sygeplejerskerne skal finde medicinen i skabet og siden blande f.eks. i.v.-medicin ved bordet.

godt være et problem, at computerne er optaget, når man skal bruge en.

Hvad gør I, hvis systemet går ned?

”Vi ved på forhånd, når systemet skal opdateres, og så sørger vi for at printe medicinlister ud. Vi kan også finde oplysningerne om medicin i lægernes journaler, som stadig er på papir,” siger Vicki Dyeremose. Ifølge afdelingssygeplejerske *Ida Riisgaard* kan det tælles på én hånd de gange, hvor systemet har været nede i de sidste syv år. Det er typisk sket efter en opdatering, hvor systemet har været nede en formiddag.

På Børneafdelingens kontor hænger der endnu papirmapper med patienternes journaler. Grunden er, at det tog lang tid, før alle afdelinger på sygehuset blev elektroniske, og derfor var det nødvendigt for lægerne at have patienternes journaler og prøvesvar på print. Nu er hele sygehuset gået over til EPJ, og alle læger er uddannet i at bruge systemet, så papirmapperne er under snarlig afvikling, forsikrer *Ida Riisgaard*.

sbk@dsr.dk



Der er stadig brug for at printe oversigter over patienterne ud på papir, som sygeplejerskerne Vicki Dyeremose og Heidi Bisgaard noterer på i løbet af dagen og løbende taster ind i journalen.

Må vi bruge din datters

Dyrebar gave. Færre end hver 10. dansker har taget stilling til organdonation, og beslutningen havner derfor oftest hos de chokerede pårørende, som knap fatter, at patienten er død. Det stiller store krav til sygeplejerskerne om bl.a. viden og tillidsvækkende og åben kommunikation.



AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST
FOTO: SIMON KNUDSEN

I Danmark er der i gennemsnit 68 organdonorer om året. Det gør os til indehaver af den kedelige rekord: "Det land i Norden med færrest donationer i forhold til befolkningens størrelse," ligesom vi også halter langt bagud i forhold til andre europæiske lande.

Ifølge udviklingssygeplejerske Lone Bøgh, Strategi- og Udviklingsafdelingen på Århus Universitetshospital, Skejby, kan det skyldes, at Danmark var det næstsidste land i Europa til at indføre hjernedøds-kriteriet. Det skete i 1990.

"Men den største årsag til, at vi ikke kan transplantere flere, er, at næsten halvdelen af de pårørende siger nej til organdonation, når de står på intensivafdelingen og skal træffe beslutningen på deres hjernedøde familie-medlems vegne. Og det gør sundhedspersonalets opgave med at tale med de pårørende meget vigtig," siger Lone Bøgh, der som en af de eneste i Danmark har kigget nærmere på, hvordan pårørende oplever at blive stillet over for spørgsmålet om organdonation på en intensivafdeling.

De pårørendes tre faser

Lone Bøghs masterprojekt "En meningsfuld belastning – interview om pårørendes oplevelse af beslutningsprocessen om organdonation" fra juni 2006 bygger på tre kvalitative

interviews a hvert halvanden times varighed med tre pårørende, der alle har stået i en donorsituation og endte med at sige ja.

"Jeg valgte aktivt nej-sigerne fra af etiske årsager, da udenlandske undersøgelser viser, at stort set ingen pårørende fortryder at have sagt ja, mens der omvendt er rigtig mange, der efterfølgende fortryder at have sagt nej til organdonation," fortæller Lone Bøgh.

Undersøgelsen viser, at pårørende til organdonorer skal gennem tre faser: 1) Erkendelse af, at patienten er død, 2) Beslutningen om organdonation, 3) Tiden efter beslutningen er truffet. Og faserne kompliceres af flere forhold, først og fremmest det faktum, at hovedparten af de pårørende er i dybt chok.

"Dødsfaldene sker ofte pludseligt og uventet. De pårørende har sagt farvel om morgenen i sikker forvisning om, at de ses igen senere," siger Lone Bøgh og henviser til, at 66 pct. af alle dem, der hjernedør, dør af aneurismer, mens 19 pct. skyldes traumer.

"Det giver et godt indblik i, hvilke pårørende det er, vi taler om. De mister, er i dybt chok og skal samtidig beslutte, om de vil give noget af det dyrebareste, de ejer, væk. Og her er spørgsmålet så, hvordan vi som sygeplejersker kan gøre beslutningsprocessen så værdig og god som muligt."

Manglende viden om hjernedød

I forbindelse med beslutningsprocessen fremhæver Lone Bøgh to essentielle egenskaber, nemlig tillid og åbenhed. Det er altafgørende, at de pårørende har tillid til perso-

nalet, samt at personalet fortæller åbent om, hvad der sker gennem hele forløbet.

"Det forudsætter igen, at man ved, hvad man taler om. I forbindelse med en tidligere undersøgelse fra Skejby spurgte vi sundhedspersonalet, om de mente, de havde tilstrækkelig viden til at forklare de pårørende, hvad hjernedød er. Det mente kun 50 pct. af sygeplejerskerne, og det overraskede mig, da det jo er et af de første led i processen. Man skal kunne se, om der er tale om en mulig donor, og dernæst skal man tale med de pårørende. Kan personalet ikke forklare, hvad hjernedød er, kan jeg godt forstå, at de pårørende siger nej til organdonation. Det kan i hvert fald være en af årsagerne," siger Lone Bøgh.

Varm og død

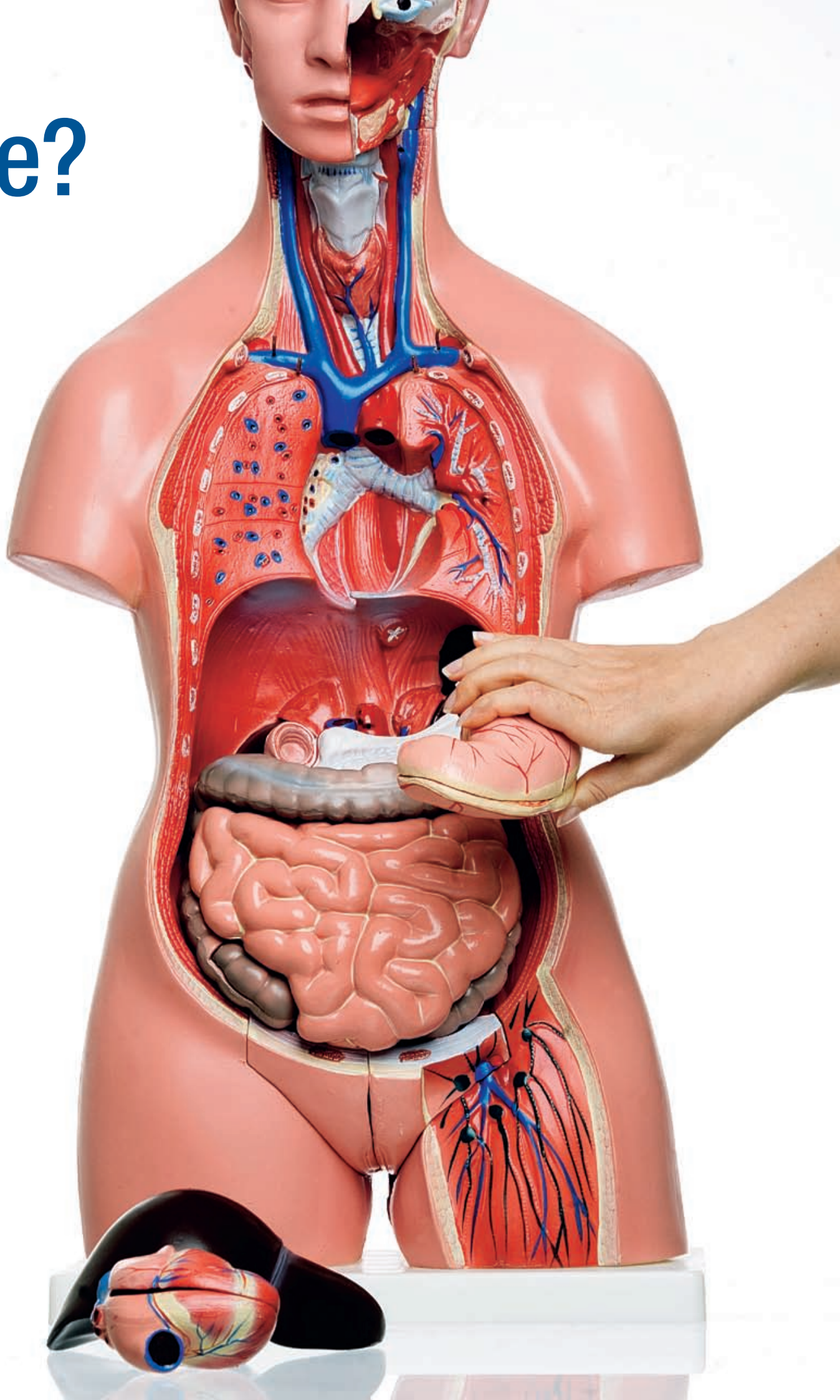
Dermed berører Lone Bøgh den første af de i alt tre faser, nemlig erkendelsen af, at patienten er død.

"Kan de pårørende ikke erkende, at patienten er død, er det vanskeligt at sige ja til organdonation. Og den beslutning kompliceres igen af, at patienten er varm og "trækker vejret." De kan se, der er hjerteaktion og urinproduktion, han får medicin for at bevare organerne, der bliver taget blodprøver og røntgenbilleder, der er ingen vanlige dødstegn. De pårørende havner i det, jeg kalder en associationsforvirring, og det er derfor altafgørende, at de har tillid til personalet og tror på, at patienten er død, når personalet siger det," siger Lone Bøgh.

Og de fleste gange skal beskeden gentages ►

"De pårørende mister, er i dybt chok og skal samtidig beslutte, om de vil give noget af det dyrebareste, de ejer, væk."

nyre?



Sygeplejerske Lone Bøgh lægger ikke skjul på, at hun gerne så endnu flere organdonorer, men understreger samtidig, at alle pårørende, uanset om de siger ja eller nej, har samme behov og ret til og krav på samme værdige behandling.



» fra det øjeblik, læger og sygeplejersker kan se, at patienten er uafvendeligt døende.

”De pårørende sidder ofte inde på stuen gennem hele forløbet. Og her er det vigtigt, at sygeplejersken hele tiden er åben og fortæller om, hvad hun gør. Hvorfor hænger hun væske op, hvorfor giver hun medicin. For en halv time siden hostede patienten, da hun sugede ham i lungerne, det gør han ikke nu, og det er tegn på, at reflexen er ved af falde bort etc. De pårørende følger processen tæt, og sygeplejerskerne skal hele tiden være opmærksomme på at forklare, hvad det er, der sker, og hvilke tegn der er,” siger Lone Bøgh, der også mener, at personalet allerede her skal komme ind på organdonation.

”Af hensyn til organerne er vi nødt til at tale organdonation tidligt i processen, det vil sige når hjernedødstegnene begynder at indtræde. De fleste steder går man ind og taler om det, før patienten er erklæret klinisk hjernedød, og mange steder begynder de pårørende faktisk selv at spørge. De er ganske godt informeret i dag,” siger Lone Bøgh.

Voldsomt, men nødvendigt

Patienten bliver først erklæret hjernedød efter to undersøgelser, hvorefter lægen kan underskrive dødsattesten og også formelt rejse spørgsmålet om organdonation over for de pårørende. De pårørende er ofte ikke med til undersøgelserne, som kan virke ret barske, men det burde de måske være, mener Lone Bøgh.

”Som sygeplejerske finder jeg det meget rituelt, når patienten bliver erklæret hjernedød: ”Nu er klokken 14.02, og dødsattesten underskrives.” Der markeres det tydeligt, at patienten er hjernedød, han reagerer f.eks.

ikke, når der bliver sprøjtet isvand ind i øret. Og selvom det er voldsomt, mener jeg, at man med fordel kan invitere de pårørende med ind, forudsat de er godt informeret, og der er en med, der kan forklare, hvad der sker,” siger Lone Bøgh og henviser til en far til en hjernedød søn, der var med til sin søns undersøgelser:

”Han sagde, det var en voldsom oplevelse, men også at det var det, der gjorde ham i stand til at sige ja til organdonation. For havde han ikke været med, ville han stadig være i tvivl om, om sønnen var død. Det var voldsomt, men peanuts i forhold til at miste en søn, sagde han.”

Konsensus i familien

Når de pårørende har erkendt, at familied medlemmet er hjernedød, skal de hjælpes gennem næste fase, nemlig beslutningen for eller imod organdonation.

”I 75 pct. af tilfældene kender familien ikke den afdødes holdning og skal derfor træffe beslutningen selv. I praksis sker det ved, at de pårørende sætter sig ned og overvejer for og imod, både på stuen ved siden af den hjernedøde og mere privat i et rum for sig selv. De forsøger ofte at skabe sig et indtryk af, hvad den afdøde ville have ønsket. Og det er ofte meget vigtigt, at de ikke tager beslutningen alene, der skal være konsensus i familien, så man ikke har nogen imod sig, når det hele er overstået,” siger Lone Bøgh og understreger, at personalet på ingen måde må presse dem eller forsøge at manipulere dem.

”Selvom vi ikke har oceaner af tid, hvis organerne skal anvendes til donation, er det vigtigt, at vi giver familierne rum og god tid til at træffe beslutningen.”

Et tomrum

Når beslutningen er taget med et ja som resultat, kan der igen gå rigtig mange timer, før donorprocessen er helt overstået. Og her går de pårørende gennem det, Lone Bøgh kalder fase tre. Transplantationskoordinatorerne går i gang og finder recipienter og kontakter de relevante operationshold, som ofte hentes ind fra andre hospitaler.

”I de timer sidder de pårørende ofte ved den hjernedøde, og den ventetid er meget svær. De beskriver det som et tomrum, hvor de har svært ved at finde ud af, hvad der er passende adfærd. Der hersker en form for tvetydighed: ”Min søn er død, men han er stadig varm. Må jeg gerne lægge mig op til ham?” har en mor forklaret mig,” siger Lone Bøgh.

Nogle familier vælger at synge en salme eller holde en lille højtidelighed, før donoroperationen går i gang, og det skal der også være plads til. Hun opfordrer også sygeplejerskerne til at være opmærksomme på, at en mulighed for de pårørende på det her tidspunkt er at tage hjem.

”De pårørende, jeg talte med, havde faktisk alle mest lyst til at tage hjem og komme tilbage, når det hele var overstået. Men de havde alle fået en fornemmelse af, at det syntes personalet ikke var passende – en havde spurgt direkte, og her havde lægens svar været: ”Jeg synes, I skal blive.” Når jeg tænker tilbage på min egen tid på intensiv, er der intet mere trist end en afdød uden pårørende omkring sig. Jeg tror, det er personalets egne behov, der skinner lidt igennem her, og det siger mig, der er behov for at undersøge, hvordan sygeplejersker har det med at passe hjernedøde patienter. Det er meget specielt at pleje en død gennem

”I 75 pct. af tilfældene kender familien ikke den afdødes holdning og skal derfor træffe beslutningen selv.”

mange timer, og så er det selvfølgelig rart, at de pårørende er der, men de skal jo ikke blive for personalets skyld,” siger Lone Bøgh.

Hold kontakten

Selvom de pårørende kører hjem, mens donoroperationen foregår, er der dog ingen tvivl om, at det er vigtigt, de ser afdøde igen.

”Når organerne er opereret ud og slangerne fjernet, er de vanlige dødstejn også indtrådt, og så kan de pårørende få sagt ordentligt farvel på samme måde som alle andre pårørende til patienter, der dør på sygehuset.”

Men dermed er det ikke tid for sygehuset til at tage helt afsked. Masterprojektet peger på, at pårørende til organdonorer ofte har brug for at høre, hvordan det er gået med transplantationerne. Det er derfor en god idé og kutyme mange steder at ringe til de pårørende en måneds tid efter.

”Det er et meget intenst og kort forløb, som er godt at vende med de pårørende en gang til, og samtidig kan man jo så her for-

tælle, hvem der har modtaget organerne, naturligtvis anonymt. Det er så vigtigt at få fokus på selve formålet med donationen. Det giver de pårørende en trøst i sorgen og oplevelsen af, at selvom beslutningsprocessen er kompleks og tvetydig, er det alligevel en meningsfuld belastning,” siger Lone Bøgh.

Endelig sender Skejby efter norsk forbillede et kort, men meget gennemarbejdet takkebrev ud til de pårørende efter tre uger.

”En norsk afhandling viste, at pårørende til organdonorer ofte følte en tomhed, når de tog af sted fra sygehuset. Der var ingen, der sagde tak for, at man havde givet den største gave, man overhovedet kunne. Som afsender står hospitalsledelsen, da personalet på intensivafdelingen ikke følte, de kunne sige tak. De stod på donorsiden. Med takkebrevet ønsker vi at anerkende det, de pårørende har gjort, men uden at gøre det for personligt, og vores erfaring er, at de synes, det er rart,” siger Lone Bøgh.

cso@dsr.dk

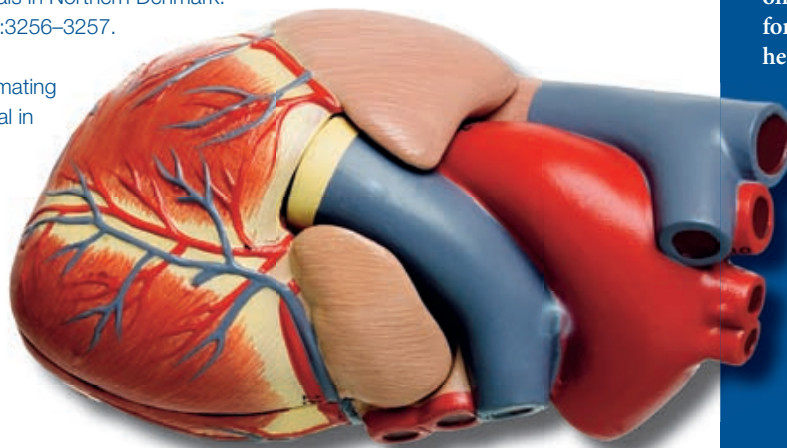
))) MERE VIDEN

Lone Bøghs masterprojekt kan fås via www.sygeplejevid.au.dk > Afdelingen > Publikationer > Masterprojekter.

Læs også:

Bøgh L, Maden M. Attitudes, Knowledge, and Proficiency in Relation to Organ Donation: A Questionnaire-Based Analysis in Donor Hospitals in Northern Denmark. *Transplant Proc* 2005;37:3256–3257.

Madsen M, Bøgh L. Estimating the Organ Donor Potential in Denmark: A Prospective Analysis of Deaths in Intensive Care Units in Northern Denmark. *Transplant Proc* 2005;37:3258–3259.



Muligheder for vejledning og uddannelse

Tager man specialuddannelsen som intensivsygeplejerske, får man ifølge Lone Bøgh kun to timers undervisning i organdonationsprocessen.

”Det er slet ikke nok, og det kræver derfor, at man på intensivafdelinger prioriterer undervisning højt,” siger Lone Bøgh, der dog set i lyset af, at organdonationer forekommer ganske sjældent, forstående må se til, at afdelingerne ofte prioriterer anden undervisning højere.

På alle intensivafdelinger findes et såkaldt nøglepersonkorps. Det består af minimum en læge og en sygeplejerske, der skal rådgive og vejlede intensivpersonalet omkring hjernedøde og organdonation.

”Derudover tilbyder transplantationscentrene også at tage ud og undervise, men det er desværre ikke så systematiseret og primært baseret på, at der er nogle mennesker, der brænder for sagen og gør det gratis i fritiden,” siger Lone Bøgh.

Derudover findes et meget eftertragtet kursusforløb, de såkaldte EDHEP-kurser, som Sundhedsstyrelsen har været med til at udvikle efter hollandsk koncept. Endelig besluttede Folketinget så sent som i maj måned i år, at der skal etableres et nationalt organdonationscenter på Skejby, som bl.a. får til formål at optimere uddannelsesmulighederne og støtte personalet i det komplicerede arbejde med organdonation.

”Det er jeg meget glad for. I Danmark har vi nogle super gode transplantationsresultater, vi har bare ikke ressourcemæssigt haft fokus på donorsiden, og det håber jeg, centeret kan hjælpe på,” siger Lone Bøgh.

cso@dsr.dk

Intensivsygeplejerske Dorthe Jensen er også nøgleperson på Århus Sygehus og underviser derfor både gamle og nye kolleger i organdonation og omgang med pårørende.



Erfaring hjælper. Vær konkret, kend dine egne begrænsninger og hent hjælp, hvis du ikke føler dig i stand til at svare på de pårørendes spørgsmål. Sådan lyder rådene fra en erfaren intensivsygeplejerske.

Den grimme følelse bliver god med årene

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • FOTO: SØREN HOLM

Som intensivsygeplejerske har *Dorthe Jensen* stået over for pårørende til potentielle organdonorer flere gange i sin karriere. Det er et følsomt emne, men øvelse gør som bekendt mester, mener Dorthe Jensen.

”I begyndelsen var det rigtig grimt at skulle ind og spørge. Det var så svært at få over læberne, nok især fordi jeg tænkte: ”Hvad nu hvis det var mig, der stod i den situation.”

Hun har de seneste 14 år arbejdet på Neurointensivt Afsnit 1 på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Her har man et år været oppe på 18 organdonationer, mens tallet i 2006 var 12. Og den grimme følelse er blevet god med årene.

”Det hænger i høj grad sammen med de oplevelser, jeg har haft. Jeg har aldrig oplevet, at nogen er blevet vrede over at blive spurgt. Det kan godt være, at de siger nej med det samme, fordi de kender afdødes holdning, eller fordi de ikke kan forholde sig til det. Men der er ingen, der bliver sure,” siger Dorthe Jensen.

En trøst i sorgen

Dorthe Jensen ser derimod mange pårørende reagere positivt på spørgsmålet om organdonation. Hun oplever desuden, at flere og flere af de pårørende, der siger ja, kan se et formål med det.

”Selvom de måske ikke har taget stilling,

er de ikke i tvivl, når vi spørger. Den holdning giver mig fornemmelsen af, at det ikke er så slemt, det jeg skal ind og spørge om. Jeg synes faktisk, det er uetisk ikke at spørge og derved fratage de pårørende denne mulighed for at finde trøst.”

Hun husker en kvinde med to små børn, som hun mødte for over 12 år siden.

”Hun havde planlagt, hvordan børnene skulle tage afsked med deres far, og var positivt stemt over for organdonation. Her kom der en ny læge ind sent i forløbet, og det blev hans lod at spørge – kvinden sagde straks nej. Jeg talte med hende senere, hvor hun fortalte, det var helt forkert, hun ikke havde sagt ja, men det, at hun var blevet spurgt så sent og af en helt ny læge, gjorde, at hun sagde nej,” siger Dorthe Jensen, der straks tænkte på de seks mennesker, der gik glip af et organ og ikke mindst den pårørende, der ikke fik den afsked, hun egentlig ønskede sig.

Ingen manual

Alle donorforløb og pårørende er forskellige, og den nemmeste samtale er selvfølgelig, hvis de pårørende allerede har talt om det.

”Men det er langt fra normalt. Og her skal sygeplejersken ikke være så bange for at åbne snakken. Selvom det er lægen, der tager sig af den formelle del, er vi ofte i længere tid på stuen med de pårørende. Her er det vigtigt, at vi er konkrete og undgår forvirring. Der findes ingen ”samtalemanual,” man kan gå ud fra. Det kræver føling og fornemmelse for, hvornår de pårørende er klar, og det kræver igen viden og erfaring,” siger Dorthe Jensen og påpeger, at sygeplejerskernes rolle er at være neutral og hjælpende i den svære beslutningsproces, som hun dog ikke ser som den sværeste samtale:

”Den værste samtale er den, hvor vi må gå ind og sige til pårørende, at vi ikke kan gøre mere for deres kære. Der, hvor vi river tæppet væk under dem. Vi kan ikke fortælle noget, der er værre. Og den besked er der jo mange læger og sygeplejersker, der må give hver dag.”

cso@dsr.dk

”Den værste samtale er den, hvor vi må gå ind og sige til pårørende, at vi ikke kan gøre mere for deres kære.”

Topjob. I 1985 rejste en ung intensivsygeplejerske til Etiopien for at arbejde et halvt år med hungersramte mennesker. Det blev begyndelsen på en usædvanlig karriere med topjob i Afrikas brændpunkter.

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST
FOTO: ANNE-LI ENGSTRÖM



Landcruiseren med de tre danske sygeplejersker og en dansk nødhjælpskoordinator ved rattet kører ad hullede grusveje. Det er mørkt og svært at skelne landskabet i lyset fra lygterne. Så fanger lyskeglen en menneskemængde. ”Der er mennesker overalt. Deres ansigter er brune, og deres tøj er brunt, fordi det er vasket i floden. Jeg tænker ”hold da op, er det her, jeg skal arbejde,”” siger sygeplejerske *Marianne Hallberg* om et af sine allerførste indtryk i Afrika fra sin første udsendelse til Etiopien for Folkekirkens Nødhjælp. Menneskemængden viser sig at være beboere fra nærliggende landsbyer. Et hold britiske nødhjælpsarbejdere har skabt kaos ved at dele mad ud fra nødhjælpscentret, og det har fået en masse mennesker til at strømme til. Nu vil de ikke gå igen. De er tynde, men først næste dag ser Marianne Hallberg de virkelig hungersramte, som ikke er i stand til at gå.

Solgt til nødhjælpsarbejde

De udhungrede mennesker er et barsk syn, men hun er bare ivrig efter at komme i gang med at screene børnene og udvælge dem, der kunne få mad. Hun er solgt til nødhjælpsarbejdet på stedet. Det er regntid, og hun skal bo i et lille spejdertelt, men på det tidspunkt betyder det ikke noget. ”Arbejdet var så spændende, og jeg var helt ovenpå. Jeg kan bedst lide at være der, hvor der sker noget, tidligere havde jeg jo også været ansat på en skadestue,” siger hun. Året er 1985. Hun er 28 år, uddannet intensivsygeplejerske og

har fire års erfaring fra operationsafdeling, skadestue og intensivafdeling på Kommunehospitalet i København.

”Tiderne har heldigvis ændret sig. Dengang kom vi først, da katastrofen var trådt ind, i dag vil en langsom hungersnød blive opdaget inden, fordi vi arbejder tæt sammen med lokale organisationer og i et internationalt netværk, som betyder, at vi får informationer langt tidligere. Regnfaldet bliver monitoreret, ligesom dyrkingen af markerne, og om der er såsæd og redskaber,” siger Marianne Hallberg.

Dengang i 1985 vidste hun endnu ikke, at hendes liv fremover ville blive delt mellem Danmark og Afrika, i særdeleshed Etiopien. I alt blev det til 12 år, som sluttede med et job som sundhedskoordinator for Det Lutherske Verdenssamfund, der er Folkekirkens Nødhjælps samarbejdspartner. Med til historien hører, at hun mødte sin etiopiske mand i 1987 og siden fik en datter.

I de flygtendes fodspor

Efter Etiopien var hun to år i Danmark, hvor hun tog en masteruddannelse i international sundhed, MIH. Med den i bagagen tog hun i 2000 straks af sted igen. Denne gang til Kenya som repræsentant for Folkekirkens Nødhjælp, hvor en af hendes opgaver var at skaffe dokumentation for de internt fordrevne flygtninge i nabolandet Sudan, der i over 20 år var ramt af borgerkrig.

Der var omkring fire millioner internt fordrevne i landet, og Folkekirkens Nødhjælp

Karrierekvinde med ekspertise

>>> ADRESSER PÅ NØDHJÆLPSORGANISATIONER

Her kan du læse om mulighederne for at blive sendt ud:

Røde Kors: www.redcross.dk Folkekirkens nødhjælp: www.noedhjaelp.dk

Læger uden grænser: www.msf.dk Red barnet: www.redbarnet.dk



i nødhjælp



I dag bliver danske og andre internationale sygeplejersker ikke brugt til at yde basal sygepleje, det klarer de lokale organisationer. De udsendte sygeplejersker bliver derimod brugt til at organisere og lede.

» ville forsøge at nå frem til nogle af dem, som FN ikke havde nået. Det er bl.a. for sin indsats og sit mod i de fire år fra 2000 til 2004, at Marianne Hallberg modtog Røde Kors' internationale Florence Nightingale-medalje.

Kompas og kodesprog

På en af turene til det sydlige Sudan fløj Marianne Hallberg sammen med sudanesiske og internationale kolleger fra Kenya ind i Sudan, hvor de landede på en mark. Herefter var det om hurtigst muligt at gribe taskerne med kompas, lommelygte, vandfilter og andet basalt overlevelsesudstyr og skynde sig væk fra flyet, som straks fik nyt brændstof på og lettede. Mødestedet blev aftalt over radio i kodesprog med de lokale samarbejdspartnere, som de skulle mødes med for at foretage den videre færd i sporet på de fordrevne sudanese. I dag er kompas og radioer afløst af moderne GPS-udstyr og satellittelefoner. »Hvis Etiopien har dårlig infrastruktur, så var der slet ingen her. Vejene var oversvømmet pga. regntid, og der var bareåbne landskaber og floder. Nogle steder kørte vi i bil, men vi gik også med rygsæk i 40 graders varme igennem skove, sumpe og svømmede gennem floder.

Vi fandt flygtningene, som gemte sig, og vores opgave var at finde ud af, hvad der var sket, og hvornår det var sket, for at kunne dokumentere flygtningenes skæbne over for resten af verden,» fortæller Marianne Hallberg, som rapporterede oplysningerne videre.

Langt de fleste flygtninge var civile, som

var blevet angrebet fra helikoptere eller fra soldater til hest. Dokumentationen blev brugt til at skaffe penge til nødhjælp, som den sudanesiske partnerorganisation hurtigt fik sat i gang. Dernæst gik opgaven ud på at hjælpe de nødstedte med at så jorden og skaffe medicin. I de fire år rejste Marianne Hallberg fra basen i Kenya på mange ekspeditioner ind i Sudan. Bestemt ikke ufarligt, og et meget udsædvanligt job for en mor til et barn på fem år. »Vi boede i et rækkehus i et trygt kvarter i Nairobi. Jeg havde en rigtig god husholderske og gode naboer. Det var meningen, at min mand skulle være flyttet med til Nairobi, men det kunne ikke hænge sammen med hans arbejde. Set i bakspejlet ved jeg ikke, om jeg ville have foretaget alle turene ind i Sudan,» siger hun.

Styrke de lokale

Den måde, hvorpå Marianne Hallberg blev sendt til Etiopien i 1985, er helt passé i moderne nødhjælpsorganisationer. I dag bliver danske og andre internationale sygeplejersker ikke brugt til at yde basal sygepleje, det klarer de lokale organisationer. De udsendte sygeplejersker bliver derimod brugt til at organisere og lede. »Det handler i højere grad om at træne, planlægge og undervise i forebyggelse og i, hvordan man f.eks. foretager ernæringsundersøgelser. Hensigten er at styrke nationale kolleger i deres arbejde. I dag er der mange kvalificerede og kompetente nationale organisationer i mange lande,» siger hun. »Som dansk sygeplejerske er

man del af et stort system, hvor man med sin professionelle viden og demokratiske værdier kan være med til at styrke arbejdet i humanitære katastrofer og forebyggende sundhedsarbejde. Vores primære opgave er at styrke det lokale arbejde og videreformidle den humanitære situation,» siger hun.

Analysen og logistik er der også behov for. »Skal man planlægge et vaccinationsprogram, skal man læse statistikker og standarder. Skal man organisere nødhjælp, skal man regne ud, hvor meget mad der kan være i en lastbil, og hvor længe maden opholder sig i havnen, før den bliver transporteret videre. Det er egentlig meget simpelt og logisk tænkning, der er brug for oven i uddannelse og viden. Men først og fremmest er det vigtigt at kunne samarbejde og være med i et team,» siger Marianne Hallberg. Når Marianne Hallberg er rejst fra en stilling for en partnerorganisation, har hun haft en lokal kollega, som skulle overtage lederstillingen. Hun har sammen med Folkekirkens Nødhjælp støttet kollegaen i at få en videreuddannelse.

Omkostninger ved at rejse

Efter fredsftalen i Sudan i 2004 flyttede hun tilbage til Etiopien med sin datter til et job som ansvarlig for Folkekirkens Nødhjælps hiv- og aids-program. I august 2006 flyttede de hjem til Danmark, hvor Marianne Hallberg i dag arbejder som landekoordinator for Sudan. Planen er at blive i Danmark i nogle år. »Det har nogle omkostninger at rejse ud. En af dem er, at man mister det tætte fællesskab med sine venner, selv om man bevarer kontakten,» siger hun. Det stod bestemt ikke skrevet i stjernerne, at Marianne Hallberg skulle tilbringe en stor del af sin karriere som sygeplejerske i nogle af de mest uvejsomme og katastrofeprægede områder af Afrika. Som barn hjemme i Strib på Fyn led hun af astma. På Sygeplejeskolen i Svendborg blev hun efter et halvt år indlagt pga. astma og var til samtale, fordi lærerne var i tvivl, om hun kunne klare uddannelsen. »Det er lidt sjovt at tænke på, for jeg har klarret en hel del siden,» siger hun.

sbk@dsr.dk

»»» GODE RÅD TIL SYGPLEJERSKER, DER GERNE VIL ARBEJDE MED HUMANITÆRT ARBEJDE

- Mindst tre-fire års erfaring. Er det et krigsområde, hvor man skal lappe folk sammen, skal man have den relevante viden f.eks. fra en skadestue, operations- eller intensivafdeling.
- Skal man organisere nødhjælp, er en uddannelse som Master of International Health en fordel. Lederuddannelse er også god at have, fordi man altid kommer til at lede nogle opgaver.
- Åbenhed over for at indgå i et team, for man kommer til at arbejde sammen med mange dygtige kolleger fra mange forskellige faggrupper.
- Respekt for den viden, som ens nationale kolleger har. Det er dem, der inviterer os til deres land for at støtte og hjælpe, og uden dem kan vi ikke gøre noget.

Kilde: Marianne Hallberg.

Et vigtigt anliggende

Påstand: De økonomiforhandlinger, der i øjeblikket er i gang mellem regeringen, Danske Regioner og KL, er et bureaukratisk forehavende, som sygeplejerskerne ikke behøver at interessere sig for.

Forkert!

Forhandlingerne fastlægger regionernes og kommunernes økonomiske råderum næste år. Dermed får de direkte betydning for, hvordan sundhedsvæsenet kan udvikle sig, både for patienter og medarbejdere. Det handler snævert set om kroner og øre, men i et bredere perspektiv handler det også om sundhedspolitik, velfærd og attraktive arbejdspladser. Derfor er der rigtig meget, forhandlerne skal tage fat på.

For det første: Tag alvorligt fat på de nødlidende områder i sundhedsvæsenet. Ikke mindst de medicinske afdelinger og psykiatrien. Der er behov for en

samlet, national indsats, som sikrer flere penge og flere sundhedsprofessionelle, og som sætter ind over for overbelægning, underbemanding, kvalitet, arbejdsvilkår, rekruttering, sygefravær osv.

For det andet: Gør noget markant ved folkesundheden. Danskerne lever ikke længe nok, alt for mange lider af en kronisk sygdom, og der er stor social ulighed i sundhed. Derfor er der behov for en folkesundhedsreform, som forpligter regioner og kommuner til at opruste på sundhedsfremme og forebyggelse, og som tilfører en markant økonomisk saltvandsindsprøjtning.

For det tredje: Sæt alvor bag festtalerne om attraktive arbejdspladser. Efter mange års pres fra Dansk Sygeplejeråd har regeringen besluttet, at der skal optages 270 flere studerende på sygeplejeskolerne om året. Det er et godt skridt i den rigtige retning, og det kan på sigt hjælpe med til at mindske arbejdspresset. Men der skal skrues på mange flere håndtag:

Fagligheden skal styrkes, bl.a. via flere penge til efter-, videre- og specialuddannelse. De sundhedsprofessionelle ledere skal styrkes. Normeringerne skal afspejle patienternes behov for sygepleje. Der skal flere kvalitative krav ind i den måde, sundhedsvæsenet styres på. Og så er der brug for en lønsreform, så sygeplejerskerne og de andre grupper i Sundhedskartellet får en løn, der modsvarer vores store værdi for samfundet.

Resultaterne af økonomiforhandlingerne kendes ikke i skrivende stund.

Men sygeplejerskernes forventninger er klare. Dem bruger jeg selv enhver lejlighed til at fremføre. Der er også flere og flere sygeplejersker, der blander sig i den offentlige debat og stiller krav til politikerne om et bedre sundhedsvæsen. Det er den helt rigtige vej at gå. Når landets 75.000 sygeplejersker taler med én stemme, er vi vanskelige at sidde overhørig.

"Når landets 75.000 sygeplejersker taler med én stemme, er vi vanskelige at sidde overhørig."



Connie Kruckow, formand

Kompetent eller opdateret

Af Merete Zesach Hansen,
sygeplejelærer, cand.cur., adjunkt

Kommentar til Fem faglige minutter "Find patienten" i Sygeplejersken i nr. 7/2007.

I *Sygeplejersken* nr. 7/2007 skriver Jette Bagh, at sygeplejeskolerne har lukket sig om sig selv, og at det er mellem 10 og 20 år siden, de undervisende sidst har rørt ved en patient. En kritik, der handler om forskellige og modsatrettede holdninger til, hvilken funktion sygeplejelæreren skal have i klinisk praksis. Anne Døssing (1) har på baggrund af undersøgelse og kvalitativ analyse af 15 forskningsartikler fundet frem til tre temaer, der siger noget om forventninger til sygeplejelærerens rolle i klinisk praksis.

Temaerne kalder hun henholdsvis: "klinisk troværdighed," der betyder, at forudsætningen for, at sygeplejelæreren kan skabe sammenhæng mellem uddannelsens teoretiske og kliniske elementer, er, at hun fremstår som klinisk troværdig. Klinisk troværdighed dækker over temaerne at

være "klinisk kompetent" og "at være opdateret."

Klinisk kompetence betegner evnen til at fungere som sygeplejerske. At være opdateret betyder, at sygeplejelæreren må have en opdateret viden om klinisk praksis via eksempelvis kurser, konferencer, forskning og de studerendes oplevelser og beretninger.

Skal sygeplejelæreren være klinisk kompetent, kræver det, at hun kontinuerligt er til stede i klinisk praksis, hvilket umuliggøres af såvel hendes stillingsstruktur som af det forhold, at hun ofte er tilknyttet flere forskellige afdelinger og dermed specialer. Sygeplejelæreren har derfor ikke en chance for at tilegne sig specialekundskab.

I 2001 udkom Bekendtgørelse om uddannelse til professionsbachelor. Heri beskrives det bl.a., at sygeplejelæreren har en forpligtelse til at give de sygeplejestuderende akademiske kompetencer i forhold til såvel erhvervskompetence som forudsætninger for en kandidatuddannelse. Indholdet i bachelorbekendtgørelsen lægger derfor op til, at sygeplejelæreren holder sig opdateret vedrørende klinisk praksis via såvel eget som andres forsknings- og udviklingsarbejde.

Så hvis vi skal diskutere, hvad der skal kendetegne sygeplejelærerens rolle i klinisk praksis, kunne udgangspunktet være, om sygeplejelæreren skal være klinisk kompetent eller være opdateret.

1. Døssing, Anne. Sygeplejelærerens rolle i relation til klinisk praksis. Tidsskriftet Klinisk Sygepleje 2007. 21. årgang (1):44-53.

Merete Zesach Hansen er ansat ved Sundheds CVU Nordjylland.

Svar

Af Jette Bagh, fagredaktør

Jeg vil gerne henvise til mit svar i *Sygeplejersken* nr. 11/2007. Dit afsluttende spørgsmål kan ikke besvares med et enten-eller, synes jeg. Der kan ganske givet findes nye former for undervisning, hvor underviseren ikke bliver opdateret på anden hånd gennem sygeplejestuderende, men selv færdes på en afdeling uden at konkurrere med den kliniske vejleder.

TØR SART HUD



Creme er ikke bare creme
Basis-Creme er en langvarig fugtighedsbevarende fedtcreme, som gør huden blød, smidig og mindre sårbar

- Basis-Creme anvendes til tør og ru problemhud hos både børn og voksne.
- Basis-Creme indeholder mineralolie, hvid bivoks, blødgørere og vand.
- Basis-Creme er helt uden parabener, pH regulatorer, farvestoffer og parfume og har derfor en minimal risiko for at give hudreaktioner.

Fås på apoteket.
Tube med 225 ml.

Varenr. 207981

DOKUMENTERET VIRKNING



farmisan

Yderligere information på tlf. 39 65 00 75 eller www.skin-care.dk



Reception

Dansk Sygeplejeråds 1.næstformand Grete Christensen fylder 50 år. I den anledning inviteres medlemmer, kolleger og samarbejdspartnere til reception.

Den foregår fredag den 22. juni 2007 kl. 10.00-12.00 i Dansk Sygeplejeråd, Sankt Annæ Plads 30, 1250 København K.



Bryd den onde cirkel

Af Karina Haugsted, sygeplejerske

Kommentar til temaet om vikarmangel i Sygeplejersken nr. 9/2007.

I Jeg forstår ikke, hvorfor politikerne ikke kan se, hvad det er, der gør os sygeplejersker mere syge, stressede og udbrændte, og måske endda søger tilflugt i en helt anden profession. For mig er det helt indlysende. Da jeg søgte arbejde, overvejede jeg kraftigt at tage den bedre løn som vikar, vel vidende at jeg måske ville føle mig utilstrækkelig, fordi det selvfølgelig også kan være fagligt svært at skulle omstille sig til nye specialer hele tiden. Det var fristende, idet man kan gå ind i et vikarbureau og tjene det dobbelte af, hvad man gør på sin faste arbejdsplads, og tilmed kan man selv vælge sine vagter, så man forhåbentligt kan undgå at blive stresset. Man kan i hvert fald bruge de ekstra penge, man har tjent, til at holde en uges "betalt" fri – fri, man ikke ville have haft som fastansat. Og det virker jo helt absurd.

For mig at se vil en bedre normering på afdelingerne gøre, at den enkelte ikke ville blive pålagt så mange ekstra vagter, og der ville være flere hænder til at sørge for, at patienterne får den behandling, de har krav

på. Og når der er sygdom i personalegruppen, vil travlheden ikke være så ødelæggende nu, som den er i visse afdelinger. Dette ville udmunde i, at sygeplejerskerne ikke ville blive så udbrændte, syge og stressede – og måske søge helt væk fra afdelingen eller faget.

En bedre løn ville kunne fastholde mere personale, for bliver sygeplejersken belønnet, vil vedkommende måske bedre kunne overskue at tage en ekstravagt i ny og næ eller at blive pålagt en vagt, og det ville sammen med en bedre normering nedsætte flugten fra den enkelte afdeling. Det er helt misforstået makroøkonomi at skære de faste udgifter så langt ned, at de variable omkostninger, der skal dække den tabte arbejdskraft, bliver større end det, man sparer.

Jeg vil godt slå min pointe fast. Det er ikke bedre løn alene, jeg argumenterer for. Det er absolut også bedre normeringer, men hvis de blev tildelt, ville de desværre ikke kunne fyldes, fordi lønnen ikke er attraktiv nok, og så har vi den onde cirkel, vi står midt i lige nu. En ond cirkel, som burde være indlysende at bryde ved at give sygeplejerskerne bedre arbejdsvilkår ved en højere løn og en bedre normering.

Karina Vegeberg Haugsted er ansat på Rigshospitalets Traumecenter.

Brug for anstændig behandling

Af Jytte Molbech, psykiatrisk sygeplejerske

I Ifølge dagspressen vil man til demente i Danmark forsøgsvis afprøve bløde sælrobotter. Et specialudviklet tøjdyr, som kan afgive lyde.

Dette tænkes at være et supplement til omsorgen samt en styrkelse af den demensramtes sanser.

Jeg synes, vi bør huske, at bag demensen gemmer der sig en brud, en forælder, en tidligere erhvervsaktiv. Et menneske, der har levet et helt liv med de udfordringer og krav, det indebærer.

Så selvom den demensramte måske både har brug for blød kost og bleer, er det ikke en baby, men et voksent menneske, der skal behandles som sådant.

Alle mennesker har brug for menneskelig varme og omsorg samt en anstændig og respektfuld behandling, ikke et tøjdyr, der afgiver lyde.

Jytte Molbech er ansat på Ungdomspsykiatrisk afdeling P2, Odense Universitets Hospital.

Fleksible uddannelser



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

www.ucnord.dk
 center for fjernundervisning

Første Danske SYGEPLEJEHISTORISKE KONFERENCE

28.-29. september 2007



Tilmeldingsfrist 20. august
www.dsr.dk/dshs

Ændringer skal foregå i arbejdstiden

Af Janne Seidelin Bøgh, sygeplejerske

Kommentar til artiklen "Mistede fridage giver sygeplejersker mere stress" i Sygeplejersken nr. 11/2007.

I Lolland Kommune, ældreområdet, hvor jeg er ansat, var det indtil for nylig et stort problem for os deltidsansatte. Vi (jeg) blev ringet op rigtig mange gange, tilmed blev der lagt beskeder på min telefonsvarer, så jeg følte også, at jeg aldrig havde rigtig fri.

Mine kollegaer og jeg har haft et møde med repræsentanter fra Storstrøms amtskreds og ledelsen, og her kom der en pointe, som jeg synes er rigtig vigtig, og som jeg tror, at mange sygeplejersker ikke kender.

I vores overenskomst Kapitel 3, Ændring af mødeplan, paragraf 6, står:

"Ændringer i den planlagte tjenestes placering kan kun ske efter drøftelse med den ansatte og kun i ganske særlige tilfælde, og orientering om ændringer i den planlagte tjeneste skal foregå i arbejdstiden."

Så du kan roligt tage din telefon fremover, da du ikke kan pålægges noget som helst, når du har fri, og så slipper du tilmed for alle undskyldningerne, hvis du ikke har lyst til at tage en vagt.

Desuden er du ikke pligtig til at have telefon eller oplyse dit telefonnummer til din arbejdsgiver, medmindre de vil betale dit abonnement.

Janne Seidelin Bøgh er teamleder i Nakskov Kommune.

Svar 1

Af Helle Warming, forhandlingschef

Kære Janne Seidelin Bøgh!

Artiklen i *Sygeplejersken* nr. 11/2007 har givet korrekte oplysninger om vilkårene, herunder arbejdsgiverens mulighed for at pålægge tjeneste, når arbejdsgiveren kalder en sygeplejerske til tjeneste på sin fridag.

For det er ikke korrekt, at bestemmelsen i kapitel 3, § 6 i kommunernes arbejdstidsaftale og § 6, stk. 2 i regionernes arbejdstidsaftale skal fortolkes, som du skriver.

Ændringer i den planlagte tjenestes placering omfatter ikke inddragelse af fridøgn, arbejdsfrie dage eller afspadsering.

Ændringer i den planlagte tjeneste omfatter, at nogle eller alle arbejdstimerne i en planlagt tjeneste skifter placering fra f.eks.

aftenvagt til dagvagt eller nattevagt. Ændringen skal finde sted inden for en 24-timers periode forud for den oprindelige planlagte vagts sluttidspunkt eller efter dens planlagte starttidspunkt.

Disse ændringer:

- skal drøftes med sygeplejersken
- kan kun ske i ganske særlige tilfælde
- skal varsles i arbejdstiden
- skal varsles med fire døgns varsel i kommunerne og med et døgns varsel i regionerne.

Hvis varslet på et eller fire døgn ikke overholdes, ydes et tillæg for de omlagte timer.

Når det drejer sig om inddragelse af frihed – det være sig fridøgn, arbejdsfrie dage eller afspadseringsdage – er vilkårene herfor reguleret af andre bestemmelser i arbejdstidsaftalen.

Helle Warming er forhandlingschef i Dansk Sygeplejeråd.

Svar 2

Af Leila Rasmussen, faglig sekretær

Vi skal beklage, at drøftelsen om ændring af mødeplan er opfattet, således som det er beskrevet i artiklen. På mødet blev den omtalte overenskomsttekst oplæst som understregning af, at "ændringer i den planlagte tjenestes placering kan kun ske efter drøftelse med den ansatte og kun i ganske særlige tilfælde. Orienteringen om ændringer i den planlagte tjeneste skal foregå i arbejdstiden."

I forbindelse med en drøftelse af, om en sygeplejerske kunne "pålægges tjeneste," blev forskellen mellem "ændring af planlagt tjeneste" og "pålagt tjeneste" præciseret.

Det skal understreges, at der på dialogmødet ikke er talt om pligten til at have telefon eller pligten til at oplyse telefonnummer til sin arbejdsgiver.

Amtskredsen tilbyder at mødes med sygeplejerskerne igen, da det er vigtigt for os, at vores medlemmer er helt orienterede om gældende regler.

Leila Rasmussen er faglig sekretær i Dansk Sygeplejeråd, Storstrøms amtskreds.

Essentielt med et bredere teoretisk afsæt

Af Renata Carlsen, sundhedsplejerske

Kommentar til artiklen "Børn er aldrig eneansvarlige for deres overvægt" i Sygeplejersken nr. 6/2007.

Indimellem kan man føle sig helt opløftet, når man får kigget i sit fagtidsskrift. Sådan havde jeg det bl.a. med nr. 6/2007, hvor der var hele to interessante artikler omhandlende sundhedspleje. Her vil jeg nøjes med at fremhæve *Maria Dues* artikel om børns overvægt.

For ikke længe siden skabte overskriften: "Sundhedsplejersker overser de overvægtige børn" i *Sygeplejersken* debat og frustration i sundhedsplejerskekredse. Som jeg husker det, blev artiklen endda refereret i dagspressen. Der var mange, der som jeg tænkte, at selvfølgelig overser vi ikke de overvægtige børn. Til gengæld mangler der på dette område – som på så mange andre, der handler om livsstilssygdomme – sundhedspædagogiske metoder til at gøre noget effektivt ved problemet.

Vi ved alle, hvad det er, man bliver tyk af. Men selvom også barnet og barnets familie ved det, flytter denne viden i sig selv ingenting.

Derfor er det opløftende at læse *Maria Dues* artikel, hvor barnets overvægt ses i sammenhæng med barnets liv i øvrigt. Artiklen angiver også veje, man kan gå, hvis man vil ind og snakke om barnets overvægt set fra barnets perspektiv. Endvidere peges der på metoder til at øge barnets handlekompetence i forhold til at få gjort noget ved overvægten.

Men ud over at se problemstillingen vedrørende børns overvægt fra en ny synsvinkel, er artiklen også et bidrag til en helt anden diskussion, nemlig diskussionen om akademiseringen af sygeplejeuddannelsen, som med jævne mellemrum popper op. *Maria Due* tager afsæt i *Pierre Bourdieus* begreb "habitus," når hun skal give en årsagsforklaring på børns overvægt. Uden den sociologiske og filosofiske indfaldsvinkel og forståelse var hun efter min mening ikke nået så langt i sin forståelse af fænomenet overvægt.

Efter min mening er det helt essentielt, at hele sundhedssektoren tager et bredere teoretisk afsæt, hvis man skal forstå og formå at forebygge de store livsstilssygdomme.

Viden om risikofaktorer er simpelthen ikke nok!

Renata Carlsen er sundhedsplejerske i Juelsminde Kommune.

At lære af udlandet

Det er på tide, at det danske sundhedsvæsen lærer af udlandet, skriver *Connie Kruc-kow* (side 36 i *Sygeplejersken* nr. 11/2007) og argumenterer på Dansk Sygeplejeråds vegne for indførelsen af kliniske ekspertsygeplejersker – på engelsk kendt som *nurse practitioners*.

Kliniske ekspertsygeplejersker er muligvis en god idé også i Danmark. Men en nøgtern stillingtagen hos *Sygeplejerskens* læsere kræver måske et bredere grundlag end et interview med den engelske *nurse practitioner* *Mike Smith* og en tilfredshedsundersøgelse fra hans arbejdsplads syd for London (side 34-35).

Hvis jeg var sundhedspolitiker og skulle tage stilling til indførelsen af kliniske ekspertsygeplejersker i Danmark, ville jeg gerne vide noget om fordele og ulemper. Ifølge *Sygeplejerskens* dækning har ordningen kun fordele. Hvis det er rigtigt, vil indførelsen af kliniske ekspertsygeplejersker være en af de få ændringer i denne verden, der kun medfører fordele.

Også temaartiklerne i nr. 11 om patientturisme (side 6-7 og 18-25) rejser spørgsmålet om, hvad vi kan lære af udlandet. Man skulle tro, at det er DSRs opfattelse, at vi især skal lære af udlandet, når det kan gavne DSRs medlemmer. F.eks. ved at øge deres kompetence, ansvar og løn, hvis der indføres kliniske ekspertsygeplejersker. Men hvad med de patienter, der unddrager sig danske sygeplejerskers

omsorg ved at søge fedme- og skønhedsoperationer i udlandet? Måske stiller *Sygeplejersken* sig mere kritisk an over for dem?

Lad os kigge på, hvordan *Sygeplejersken* griber den sag an: Kommentaren "Sundhed uden sikkerhedsnet" og vinklingen på et par af artiklerne er ganske forudsigeligt, men sagligt velunderbygget, kritisk over for konsekvenserne af patientturismen – især usikkerheden om ansvar og erstatning, når der begås fejl, og manglen på opfølgende behandling.

Der er tale om solidt journalistisk arbejde, hvor også de kilder, der tjener penge på patientturismen, er hørt. Jeg kontaktede et par af dem for at høre, om de var tilfredse med den behandling, de havde fået af *Sygeplejerskens* journalister. En mente, at et citat burde have været medtaget i en mere udførlig form. Men ingen af dem er kommet med indvendinger, der har rystet min tillid til redaktionens professionalisme.

Det er forfriskende og spændende, at *Sygeplejersken* viderebringer positive historier om patientturisme. Der er en medrivende reportage om *Christina Larssons* tur til det sydslesvigske Tönning, hvor patienterne modtages af en dansktalende sekretær, og hvor overlægens "pligtopyldenhed er nærmest legendarisk."

Vi kan læse om sygeplejerske *Susanne Marker*, der ganske vist har fået fjernet sit mavebånd efter 11 måneder, men som intet fortryder – heller ikke de knap 100.000 kr., hun har betalt. Tværtimod afventer hun et nyt tilbud om en fedmeoperation fra klinikken i Tönning.

Og så er der historien om *Connie Julskov*, for hvem patientforsikringen var underordnet. Fedmen truede tilsyneladende hendes liv og førlighed, og da de danske læger nægtede at operere hende med henvisning til risikoen for blodpropper, betalte hun 70.000 kr. for at få en operation i Belgien, hvilket hun ifølge artiklen er "lykkelig" for.

Som læser har man tillid til, at gode og dårlige sider er undersøgt, og at relevante kilder kommer til orde. Så trænger de kritiske budskaber om erstatningsansvar og opfølgende behandling bedre ind. *Sygeplejersken* laver solid journalistik i stedet for blot at søge efter argumenter for Dansk Sygeplejeråds synspunkter.



Niels Rohleder

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

"Ifølge *Sygeplejerskens* dækning har ordningen kun fordele. Hvis det er rigtigt, vil indførelsen af kliniske ekspertsygeplejersker være en af de få ændringer i denne verden, der kun medfører fordele."

RING ELLER SKRIV TIL LÆSERNES REDAKTØR:

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



Tidsbanken kan give åndehuller i hverdagen

Af Ole Sohn, MF, SF

Kommentar til artiklen "Skrud op og ned for arbejdstiden i tidsbanken" i Sygeplejersken nr. 10/2007.

Først SF og siden Socialdemokraterne og nu Arbejdslivskommissionen har foreslået en tidsbank. 2.-næstformand Dorte Steenberg har i Sygeplejersken udtrykt frygt for, at den kan medføre forringelser for sygeplejerskerne. Med et par uddybende bemærkninger om SFs konkrete forslag håber jeg, at bekymringen kan overvindes.

Grundprincippet i SFs forslag til tidsbank er, at lønmodtagere skal kunne "sætte optjent løn og frihed i banken og senere hæve både tid og penge igen." Tidsbanken skal således fungere som en udvidet afspadseringskonto, hvor medarbejdere kan tage afspadsering med til nye ansættelsesforhold. Samtidig skal tidsbanken sikre, at medarbejderen har nogle minimumsrettigheder, hvad angår ret til at få afspadseret, dvs. få udbetalt opsparet frihed og løn fra tidsbanken.

Sådan som jeg kender sygeplejerskerne overenskomst, vil det først og fremmest betyde to ting. For det første får en sygeplejerske ret til at tage opsparet frihed med sig, hvis man skifter job i stedet for at være tvunget til udbetaling ved fratreden. For det andet får sygeplejerskerne nogle nye rettigheder, hvad angår ret til at afvikle opsparet frihed.

SF foreslår som udgangspunkt, at man får ret til frihed på enkelt dage eller dele heraf med en uges varsel og ret til at få udbetalt op til 20 dage i sammenhæng eller op til seks måneder på nedsat tid uden lønnedgang med en gennemsnitlig ugentlig timereduktion på op til syv timer. Men det skal selvfølgelig diskuteres nærmere og kobles til overenskomsterne.

Disse to nye rettigheder til sygeplejersken vil ikke slække på den nødvendige efter- og videreuddannelsesindsats i de kommende år, og det vil heller ikke gå ud over ligestillingen og kvindernes pension, som Dorte Steenberg frygter. Tværtimod. I dag vælger flere kvinder end mænd at gå på deltid og dermed lavere pension for at få arbejde og familieliv til at hænge sammen. Med en tidsbank og bedre muligheder for at holde fri eller gå ned i tid i perioder, hvor familielivet kræver det, vil kvinder stadig få deres fulde løn og pensionsindbetaling. Naturligvis løser

tidsbanken ikke de store problemer, der er med stress og nedslidning i den offentlige sektor. Den helt afgørende udfordring er at få uddannet flere sygeplejersker.

Ole Sohn er arbejdsmarkedsordfører for SF.

►►► HVAD MENER DU

www.sygeplejersken.dk

Nyt spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:

Når en hjernedød tidligere selv har meldt sig som donor, er det så rimeligt at respektere de pårørendes nej til organ donation?

Læs artiklerne om organ donation.

Svar på spørgsmål stillet i Sygeplejersken nr. 10/2007:

Har du nogensinde talt med en kollega om en fejl/utillsigtet hændelse, du har lavet?

Svar	antal	pct.
Ja	212	89,1
Nej	20	8,4
Ved ikke	6	2,5
I alt	238	100,0



Sygeplejeetisk Råds årsberetning 2006 er udkommet.

Årsberetningen kan downloades på www.dsr.dk/ser eller købes via www.dsr.dk. (udgivelser)

Årsberetningen giver et indblik i årets indsatsområder og nogle af Sygeplejeetisk Råds holdninger i den aktuelle debat om sundhedsvæsenet.

Læs bl.a. om

- Indsatsen for at få indført klinisk etiske komiteer på de danske sygehuse og
- Det nordiske sygeplejeetiske samarbejde

Sygeplejeetisk Råd håber, at årsberetningen kan bidrage til debatten om etik i sygeplejen.

Pris

Medlemmer 40,00 kr.
Studerende 34,00 kr.
Øvrige 54,50 kr.



Fatalt problem for fremtidens sygepleje

Af Nadia Dahl, sygeplejerske

Efter den seneste tids diskussion om mangel på sygeplejersker og nedslidning vil jeg gerne komme med min egen version af, hvordan det er at være ny i faget.

Jeg blev færdiguddannet som sygeplejerske i januar 2006 og fik straks derefter arbejde på en sengeafdeling i blandede vagter.

Specielt de første 3-4 måneder var ekstremt hårde. Jeg overvejede at sige op, og jeg var meget i tvivl, om jeg havde valgt den rigtige uddannelse. Jeg havde overarbejde, nåede sjældent at få frokost og havde for det meste dårlig samvittighed, når jeg gik hjem. Oven i det kom lændesmerter pga. dårlige arbejdsstillinger. Endelig var det en stor forandring at gå fra at være studerende til at have fast arbejde.

Jeg taler stadig med fem af mine tidligere studiekammerater. Ud af os seks nyuddannede sygeplejersker er kun en enkelt fuldt ud tilfreds med sit arbejde. En er i gang med en anden uddannelse, og flere af os overvejer at læse videre. Det er ikke kun spild af tid og penge at uddanne sig for så at finde ud af, at det ikke var noget alligevel. Det er også et fatalt problem for fremtidens sygepleje.

Det har hele tiden været min plan at læse videre, og denne beslutning er jeg kun blevet bestyrket i, nu hvor jeg har prøvet at arbejde som sygeplejerske. Jeg kan ærlig talt ikke forestille mig at skulle bruge 40 år af mit liv i et job med så megen travlhed, stress og dårlig samvittighed.

Nadia Dahl er ansat på Medicinsk Center, Frederiksberg Hospital.

Ud med ensidigheden

Af Dorthe Boe Danbjørg,
sygeplejerske, cand.cur.

Kommentar til Agenda-artiklen "Ud med sygeplejeforskningen" i Sygeplejersken nr. 10/2007.

I *Sygeplejersken* nr. 10/2007 kan i Agenda læses, at resultater af sygeplejeforskning ikke skal være forbeholdt dem, der læser videnskabelige artikler. Det fremhæves, at "det vil være en nyttig krølle at slå på et færdigt projekt," at resultaterne formidles ud til offentligheden gennem eksempelvis kronikker.

Umiddelbart forekommer det rimeligt at sætte formidling af forskningsresultater på dagsordenen, men er det så ligetil, som det fremstilles i *Sygeplejersken*? Ikke efter min opfattelse, og i *Weekendavisen* nr. 18 kunne læses, at der er forskellige forhold, som medvirker til, at forskningsresultater ikke lige lader sig formidle i nyhedsmediernes.

Det kan bl.a. fremhæves, at forskningsresultater ikke altid lever op til de kriterier, som gør sig gældende for, om et emne har nyhedsværdi, og opfattelsen af, hvad der er væsentligt, er også forskellig set ud fra nyheds- og forskningskriterier.

Nok så relevant skal fremhæves, at hovedparten af forskningsformidling foregår gennem helt andre kanaler end medierne, og formidling af forskningsresultater handler om mere og andet end formidling gennem videnskabelige artikler og kronikker. Foredrag, undervisning, konferencer og netværk kan vel også betegnes som steder, hvor forskningsformidling foregår?!

Ydermere vil jeg pointere, hvad der nok så væsentligt også fremhæves i *Weekendavisen*, nemlig at forskningsformidling i dag ikke foregår lineært fra forsker til publikum, men snarere som en proces mellem forskning og praksis, eksemplificeret ved når en ph.d.'er har sin gang både på sygehus og universitet.

Jeg synes godt om, at *Sygeplejersken* sætter sager på dagsordenen, men det ville have været forfriskende at læse en nuanceret behandling af emnet – så ud med ensidigheden og ind med nuanceringen!

*Dorthe Boe Danbjørg er ansat på
Juliane Marie Centret, Rigshospitalet,
samt amtsbestyrelsesmedlem i Dansk
Sygeplejeråd, Hovedstadens amtskreds.*

Svar

Af Jette Bagh, fagredaktør

Meningen med Agenda er at sætte et emne på dagsordenen i en kort og kontant form.

Læserne er velkomne til at fortsætte diskussionen om formidling i *Sygeplejersken* eller på www.sygeplejersken.dk

Fejl i artikel

Af Lene Kragsskov Andersen,
afdelingssygeplejerske

Kommentar til artiklen "Ingen akut mangel på anæstesisygeplejersker" i Sygeplejersken nr. 10/2007.

Jeg har lige læst artiklen om anæstesisygeplejerskerne i *Sygeplejersken* og kan konstatere, at den er behæftet med fejl. Det kan jo ske, men det er kedeligt, at det forekommer, specielt i vores fagblad. Det kan jo få konsekvenser for planlægningen af uddannelsen i negativ retning. Der står bl.a., at der uddannes en anæstesisygeplejerske/år på Bornholm, og at vi har gjort det i 10 år. Det er ikke korrekt. Den sidste, der blev uddannet hos os, var i 1998, vi har altså ikke uddannet nogen i de sidste 10 år. Der er også ukorrekte oplysninger omkring afgang af personale. Så er det jo, at man kan blive i tvivl, om man i det hele taget kan stole på oplysningerne i artiklen.

*Lene Kragsskov Andersen er ansat på
Anæstesiaafdelingen, Bornholms Hospital.*

Svar

Af Anne Svendsen, intensivsygeplejerske

Kære Lene Kragsskov Andersen

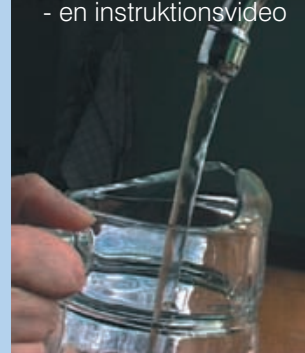
Det er beklageligt, hvis der har indsneget sig en fejl i undersøgelsen. Oplysningerne om den ene uddannelsesplads er dog kommet fra Anæstesiaafdelingen på Bornholm. I tabel 1, som er en prognose, bliver denne ene uddannelsesplads fremskrevet til 10 over 10 år. Vedr. afgang af personale er det et skøn over, hvor mange der vil forsvinde på grund af alder de næste 10 år, baseret på deres nuværende alder. Der er tale om en prognose, men der er mange andre faktorer, som spiller ind, hvilket jeg også redegør for i artiklen.

Jeg mener godt, du kan stole på artiklens resultater.

*Anne Svendsen er forfatter af omtalte
artikel og ansat på Kirurgisk Center,
Anæstesiologisk Afdeling,
Regionshospitalet Holstebro.*

Rene rutiner

- en instruktionsvideo



Instruktionsvideoen Rene rutiner viser på et enkelt, men højt fagligt niveau, hvilke krav der stilles til principperne for sårbehandling.

I videoen vises sårbehandling fra A til Z hjemme hos patienten. Rene rutiner sætter fokus på:

- Håndhygiejnens store betydning
- Rengøring og varmedesinfektion af instrumenter
- Vigtigheden af samme omhu ved sårbehandling som ved sterile principper.

Videoen er produceret i forbindelse med forfatterens, Benedikte Selmer Pio, deltagelse i efteruddannelse inden for sårheling:

Længerevarende efteruddannelse for sygeplejersker, der beskæftiger sig med mennesker med sår. Efteruddannelsen er etableret af Dansk Sygeplejeråd og Videncenter for Sårheling.

Findes også på CD til samme

KUPON
UDFYLDLES MED
BLOKBØGSTAVER

Dansk Sygeplejeråd
Søkt Anne Plads 30
Postboks 1084
1008 København K



DSR medlemsnr.:
Sygeplejestud.
medlemsnr.:

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____ By: _____


stk. instruktionsvideo Rene Rutiner
DSR 2001. Salgspris kr. 100,00. Medlemspris kr. 75,00.
Priserne er incl. moms.

Modtagere af Annalise Gregersens legat 2007

 Vejle amtskreds' første formand, *Annalise Gregersen*, uddelte 11. maj 2007 det legat, der er opkaldt efter hende – Annalise Gregersens legat. Legatet blev uddelt for sidste gang, fordi amtskredsene bliver nedlagt med udgangen af 2007. Modtagerne fik i år tilsammen 100.000 kr. Pengene gik til sygeplejersker, der har været involveret i fem forskellige udviklingsprojekter. Modtagerne var: *Hanne Irene Jensen*, Anæstesiologisk afdeling på Vejle Sygehus, der har fået 20.000 kr. til information til pårørende via pc, *Lene Jørgensen* og *Winnie Günther Morotzke* fra det Palliative team i Vejle, der har fået 5.000 kr. til at præsentere forskning på et internationalt seminar, *Betina Eskesen* fra Kolding Sygehus, der både modtog 15.000 kr. til et projekt med nærende drikke til småtspisende patienter og 20.000 kr. til et projekt om værdier som styrende for patientforløb, *Anna Thomsen*, *Anna Marie Andersen*, *Lena Kjærgaard Berg*, *Pernille Schmidt* og *Lone Duus Feddersen* fra Kolding Sygehus, der har fået 40.000 kr. til et projekt om virtuel formidling til sygeplejestuderende.

(sbk)

Næstformand fylder 50 år

 "Det er i høj grad næstformændene, der sætter fingeraftryk på det, der foregår."

Sådan sagde Dansk Sygeplejeråds 1.-næstformand *Grete Christensen* uden tøven, da hun i et interview i *Sygeplejersken* redegjorde for sine mærkesager forud for det seneste valg af næstformænd i 2006. *Grete Christensen* er valgt tre gange til posten som Dansk Sygeplejeråds 1.-næstformand, og den 22. juni fejres hun af organisationen med en reception i Kvæsthuset i anledning af, at hun fem dage senere fylder 50 år.

Grete Christensen er en klar bekræftelse af, at næstformændene ikke lever et upåagtet arbejdsliv i formandens skygge. Selv har hun i en årrække haft ansvar for bl.a. arbejdsmiljø, Dansk Sygeplejeråds organisatoriske udvikling og Dansk Sygeplejeråds internationale arbejde og samarbejde.

Før valget til 1.-næstformand i 1998 var *Grete Christensen* amtskredsformand i Vestsjællands Amt. Hun har siden 2002 været medlem af Sundhedskartelletts for-handlingsudvalg og siden 2000 beklædt formandsposten i Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse (DSA).

(sp)

Jens Graubæk

 *Jens Graubæk*, født *Augustsen*, døde den 6. maj 2007 i en alder af 55 år efter lang tids svært sygeleje på Hæmatologisk afd. X1 på Odense Universitetshospital.

Jens valgte at uddanne sig til sygeplejerske ved Skt. Joseph Sygeplejeskole i København. Arbejdslivet blev på Fyn, hvor han arbejdede på forskellige medicinske afdelinger på OUH, som sygeplejelærer på Sygehjælperkolen, i hjemmeplejen i Odense, som afdelingssygeplejerske på Sanderum Plejehjem og som hjemmeplejeleder i Vissenbjerg.

En hel del år arbejdede *Jens* som nattevagt, og de seneste år på Intensiv coronarafdeling B2. Her nød både patienter og personale godt af hans overblik og omfattende medicinske viden.

Jens fattede stor kærlighed til spillemandsmusikken og blev en dygtig og velanset spillemand på violin og nøgleharpe. Musikinteressen har han videregivet til sønnerne *Michael* og *Tim*, som begge er professionelt engagerede inden for folkemusik og rytmisk musik.

I 1996 blev *Jens* alvorligt syg og måtte ophøre med at arbejde. De sidste år af hans liv har været præget af et smertefuldt forløb, men på trods af dette formåede *Jens* til det sidste at bevare livsmod, værdighed og humor.

På vegne af *Anne-Mette Graubæk*, lektor ved CVU-Lillebælt.

Lars Peder Bjerling

 *Lars Peder Bjerling* (1952-2007).

Lars var sygeplejerske fra Bispebjerg Sygeplejeskole. Han var fra forstanderinde *Birthe Kofoed-Hansens* sidste hold, en sygeplejerske, som sygeplejefagligt står for mange af de samme værdier som *Lars*, og som han de senere år var så privilegeret at have personlig kontakt til, hvilket betød meget for ham.

Efter et par år på Neuromedicinsk afdeling på Bispebjerg Hospital skiftede *Lars* til plejehjemsområdet. Broparken, Hoffmanns Minde og LI. Birkholm er plejehjem, som alle har nydt godt af *Lars'* rummelige menneskesyn i forhold til beboere og kolleger.

Senere var *Lars* i en årrække ansat ved Kastaniehuset i Ballerup, et botilbud for unge psykisk syge, hvis livskvalitet lå ham meget på sinde.

I 2002 blev *Lars* førtidspensioneret, da han af helbredsmæssige årsager måtte stoppe med at arbejde som sygeplejerske – en situation, han havde vanskeligt ved at forlige sig med.

Efter længere tids tiltagende forværring af hans helbred døde *Lars* den 20. marts.

På familiens vegne – *Helle* og *Kasper*.

Mette Søtang Salomonsen

 Vi må med stor sorg konstatere, at vores dejlige, altid glade og engagerede kollega *Mette Søtang Salomonsen*, født *Lauridsen*, er død den 9. maj, kun 35 år gammel.

Mette var nordjyde og blev uddannet på Aalborg Sygeplejeskole november 1996. I de første tre år arbejdede hun på en Abdominalkirurgisk afdeling i Aalborg. I 1999 fulgte hun med *Lars* til det Sønderjyske, hvor hun blev ansat på børneafdelingen, afsnit B70, i Sønderborg.

Mette var en glad, engageret, handlekraftig sygeplejerske, som havde visioner for sygeplejen. Hun stillede spørgsmål og argumenterede kontant og velovervejet for sine valg af handlinger, såvel over for sine kollegaer som over for sine samarbejdspartnere. *Mette* stillede ikke alene krav til sygeplejen, hun stillede også store krav til sig selv og til sine samarbejdspartnere, så hun har sat sine spor i B70.

Mette var i besiddelse af et positivt livssyn. Hun var et socialt menneske og havde derfor en stor omgangskreds.

Savnet af *Mette* som kollega er stort, men vi glæder os over det samvær, vi har haft med hende, og den faglige udvikling, hun var med til at fremme. *Mette* var til det sidste engageret i, hvad der foregik på afd. B70.

For 1½ år siden blev *Mette* ramt af kræft under sin graviditet. Hun havde konstant mange smerter, men hun ville livet og kæmpede for det og håbede lige til det sidste.

Vore tanker går til hendes mand *Lars*, hendes små drenge *Jakob* og *Mads*, til hendes forældre og svigerforældre.

Æret være *Mettes* minde.

På Afsnit B70's vegne, *Gurli Sørensen*, afdelingssygeplejerske.

SYGEPLEJERSKEN

>>> FAG

Fagtanker >>>	42
Faglig information >>>	42
Testen >>>	55
Agenda >>>	59
Anmeldelser >>>	61
Fem faglige minutter >>>	64

Implementering af kliniske vejledninger ved nefrektomi >>> 56

KLINISK SYGEPLEJE

Hudpleje efter strålebehandling

Evidens frem for tradition >>> 44

>>> FAGTANKER

Aloe Vera eller hydrokortison?

Vi ved ikke, om kamille- og kogtvandsklude, diverse cremer, levertransalver, pudder m.m. kan forebygge eller afhjælpe strålebetingede hudgener. Det, vi ved, er, at vask med vand og sæbe ikke forværrer hudreaktionen, hvorimod ingen vask af det strålebehandlede område kan forværre den. Deprimerende mangel på viden i en tid, hvor mere end 90 pct. af patienter, der modtager kurativ strålebehandling, får en hudreaktion: Eksem, blødninger, ødemdannelse, blæner, kløe, ømhed, smerter og i værste fald nekrose kan plage patienterne.

Anbefalingen i topartiklen i dette nummer af *Sygeplejersken* side 44 er derfor særdeles berettiget: Hæv niveauet over det nuværende lokale, hvor en skøn sammenblanding af tro, erfaringer og traditioner styrer plejen og behandlingen af strålebetingede gener. Det må helt ærligt da også være muligt – i et lille land som Danmark med kun seks stråleterapiafdelinger – at iværksætte en ensartet registrering og dokumentation af dette område. Redskabet er der – artiklen viser vej. Det er bare at tage det i brug.

Evy Ravn

Evy Ravn,
sygeplejerske,
fagredaktør.



Rehabilitering over sektorgrænser til patienter med apopleksi

AF LONE LUNDBAK MATHIESEN, SYGEPLEJERSKE, SD

Artiklen henvender sig til sygeplejersker med interesse for patienter med apopleksi. Opfølgning på genoptræning af disse patienter er overgået til kommunalt regi, hvorfor der er behov for at sikre kontinuitet på tværs af sektorgrænser.

I artiklen præsenteres et kvalitetssikringsprojekt fra Afd. for Neurorehabilitering, Hvidovre Hospital, i samarbejde med Københavns Kommune.

Afdeling for Neurorehabilitering, Hvidovre Hospital, har siden september 2004 udskrevet en del af patienterne til videre rehabilitering i hjemmet, også kaldet "Udgående Hospital." Patienterne har fået træning af ergo- og fysioterapeuter samt af sygeplejersker og har haft mulighed for fortsat kontakt til afdelingens speciallæger og neuropsykologer.

Overdraget til kommunalt regi

I evalueringen af "Udgående Hospital," udarbejdet af det daværende Hovedstadens Sygehusfællesskab juni 2006 var konklusionen bl.a., at Udgående Hospital helt overvejende er blevet positivt modtaget af de involverede patienter – det er især tryghed i forbindelse med udskrivelse fra hospitalet og den individuelle, målrettede behandling, pleje og rehabilitering, som patienterne har været glade for.

Der er ifølge evalueringen dog fortsat behov for at styrke samarbejdet mellem personalegrupperne i de to sektorer – f.eks. ved at styrke rutiner for samarbejdet om visitation, tilrettelæggelse og gennemførelse af genoptræningsforløb. Evalueringen anbefaler også, at der udarbejdes kliniske retningslinjer for apopleksipleje og -behandling i den tværfaglige indsats i Udgående Hospital.

Et styrket samarbejde og kliniske retningslinjer vil kunne understøtte overdragelsen af Udgående Hospital fra hospitalsregi til kommunalt regi. Ordningen er gældende fra den 1. januar 2007 i forbindelse med den nye kommunal- og strukturreform (1). Herefter skal den specialiserede genoptræning af patienter med apopleksi (samt andre patientgrupper) foregå i kommunalt regi.

Balance og muskelstyrke testes

For at sikre kontinuiteten og kvaliteten i rehabiliteringen af patienter med apopleksi, der kan udskrives tidligt til eget hjem, og som har brug for yderligere træning, har afdelingen søgt og fået bevilget midler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets Udviklings- og Analysepulje 2006 til projektet "Rehabilitering over sektorgrænser til patienter med apopleksi." Projektet forløber fra den 1. september 2006 til den 31. januar 2008.

Med henblik på at evaluere den ændrede opgavevaretagelse fra hospitalsregi til kommune måles på forbedring af patienternes funktionsniveau ved daglige færdsigheder og måling af genindlæggelser. Som funktionscoretest anvendes Barthel Indeks og en Rejse-Sætte sig-test, der tester patientens balance og muskelstyrke.

Med henblik på at evaluere og vurdere kommunikation og samarbejde mellem primær og sekundær sektor er valgt et interview af patienterne efter SF 36, en helbredsrelateret livskvalitetsundersøgelse og SASC-19, et spørgeskema til vurdering af patienternes tilfredshed med pleje og behandling i rehabiliteringsforløbet.

Der er nedsat en følgegruppe bestående af repræsentanter fra hospital, kommune og praksis. Der er ligeledes indgået samarbejdsaftale med en bachelorstuderende i sygepleje, der vil foretage interview af patienter.

Forskningspsygeplejerske Ingrid Poulsen, Afd. for Neurorehabilitering, Hvidovre Hospital er vejleder på projektet.

Lone Lundbak Mathiesen er ansat som afdelingssygeplejerske og projektleder på Afdeling for Neurorehabilitering på Hvidovre Hospital og kan kontaktes for yderligere oplysninger om projektet, lone.lundbak.mathiesen@hvh.region.dk

Litteraturhenvisninger

1. Evaluering af Udgående Hospital, H:S, juni 2006. Rapporten kan rekvireres hos forfatteren.

Akutte indlæggelser forhindret

AF HELLE PETERSEN, BODIL SEJTVED OG REGITZE MELTON, SYGEPLEJERSKER

Almindelig aldersforandring kan i forbindelse med akut sygdom føre til unødvendige akutte indlæggelser. En akut indlæggelse kan have store konsekvenser for den ældre, bl.a. fald i den ældre borgers fysiske og psykiske funktionsniveau, som det efterfølgende kan være svært at rette op på. En koordineret tværfaglig og tværsektoriel indsats over for borgere, hvor indlæggelse ellers var eneste mulighed, vil i nogle tilfælde kunne forhindre indlæggelse og i andre tilfælde betyde, at en akut indlæggelse kan ændres til en elektiv indlæggelse direkte på en geriatrisk afdeling.

Projekt "Tværsektorielt Team"

Sundhedscentret i Lyngby-Taarbæk Kommune har derfor etableret et projekt for borgere over 65 år, der går ud på at undgå unødige akutte indlæggelser. Projektet kaldes "Tværsektorielt Team" og består af en geriater fra Gentofte Hospital samt visitatorer fra Lyngby-Taarbæk Kommune. Borgere, der er over 65 år og bosat i Lyngby-Taarbæk Kommune, kan deltage i projektet. Det er den ældres praktiserende læge, der henviser til projektet efter henvendelse fra hjemmeplejen, pårørende eller andre. Inden for to hverdagsdøgn efter henvendelsen aflægges teamet et besøg hos borgeren. Ved besøget deltager geriateren, visitator, borgeren og evt. pårørende og/eller hjemmeplejen. Under besøget bliver det vurderet, om der kan iværksættes behandlings- eller plejemæssige tiltag for at optimere den hjemlige situation, således at borgeren kan forblive i eget hjem og evt. afvente en planlagt indlæggelse. Hjælpeforanstaltningerne kan eksempelvis være øget hjemmehjælp, hjemmesygepleje, hjælpemidler, træningsophold, aktivitetscenter eller levering af mad. Lægen undersøger og regulerer medicinen og kan henvise til yderligere udredning.

Professionel vurdering i egne omgivelser

Borgere, der henvises til projektet, har mange fordele. De kan forblive i egne omgivelser og samtidig blive vurderet lægeligt af en geriater og sygeplejefagligt af visitationssygeplejersken, der har stor viden om de kommu-

nale tilbud. Sammen med borgeren gennemgås borgers fysiske, psykiske og sociale situation, og teamet kan iværksætte pleje og behandling hurtigt.

Hvis borgeren alligevel – eller senere – indlægges på Geriatrisk afdeling, kender geriateren både borgeren og de hjemlige forhold, hvilket har betydning for et relevant behandlingsforløb. Udskrivelsen kan planlægges under hensyntagen til de specielle forhold, der gør sig gældende for netop denne borger, hvorved indlæggelsestiden kan afkortes.

Ved at undgå akutte hospitalsindlæggelser opnås endvidere en bedre økonomi i Lyngby-Taarbæk Kommune, der i henhold til kommunalreformen skal medfinansiere alle hospitalsindlæggelser. Derudover kan der ofte spares hjemmebesøg med hospitalets ergoterapeuter, fordi borgerens hjemlige forhold allerede er gennemgået og justeret i forhold til behovene.

Tilfredshed med ordningen

I det halve år projektet har eksisteret, har 20 borgere deltaget. Tre af disse er blevet planlagt indlagt på geriatrisk afdeling, 11 er blevet ambulante udredt, 10 har i en periode fået udvidet hjemmehjælpen, syv har fået et kommunalt genoptræningstilbud, og fem har fået bevilliget hjælpemidler, der har optimeret forholdene i hjemmet. Ingen af de henviste klienter er blevet indlagt akut.

Borgerne og deres pårørende har generelt udtalt tilfredshed med ordningen. De har været trykke ved at forblive i eget hjem med øget kommunal foranstaltning i kombination med, at de er blevet lægeligt vurderet og undersøgt og evt. afventer yderligere ambulante undersøgelser eller planlagt indlæggelse.

Helle Petersen, Bodil Sejtved og Regitze Melton er alle ansat som visitatorer i Lyngby-Taarbæk Kommune. For yderligere information om projektet kan der rettes henvendelse til projektleder Helle Petersen, hp@ltk.dk

Artiklen henvender

sig til hjemme- sygeplejersker og visitatorer med interesse for forebyggelse af akutte indlæggelser. Hovedbudskabet er, at en tværfaglig og tværsektoriel indsats har minimeret antallet af unødige akutte indlæggelser. Artiklen udspringer af projekt "Tværsektorielt Team" i Lyngby-Taarbæk Kommune.

Hudpleje efter strålebehandling

Evidens frem for

MÅL MED ARTIKLEN

Artiklen henvender sig til sygeplejersker i den primære og sekundære sundhedssektor, som yder sygepleje til patienter i strålebehandling. Den handler om årsager til og pleje af akutte hudreaktioner hos patienter, der modtager ekstern strålebehandling. Artiklen indeholder en kortlægning af de hudplejemidler, der anvendes ved strålereaktioner på de seks danske stråleterapifdelinger.

Målet med artiklen er, at læseren

- får viden om, hvorfor der opstår hudreaktioner i forbindelse med ekstern strålebehandling
- får en forståelse for de strålebiologiske og stråletekniske årsager til hudreaktionerne
- får kendskab til en metode til gradinddeling og rapportering af stråleskader
- kan definere og gøre rede for akutte hudreaktioner i forbindelse med strålebehandling
- kan gøre rede for langtidsbivirkninger efter strålebehandling
- bliver i stand til at informere patienter om, hvorfor hudreaktionerne opstår.

AF ANNETTE BØJEN, SYGEPLEJERSKE, SD • FOTO: SØREN HOLM

Ca. halvdelen af patienter med en diagnosticeret kræftsygdom vil på et tidspunkt modtage strålebehandling, enten som:

- en del af deres primære behandling
- ved tilbagefald af sygdommen eller
- som led i palliativ behandling (1).

Omkring 85 pct. af de patienter, der modtager strålebehandling, bliver behandlet ambulant. Derfor er det ofte stråleterapipersonalet, der rådgiver og vejleder patienterne. Ifølge Cancerregisteret blev der i 2003 regi-

streret 34.090 tilfælde af cancer, heraf udgør ca. 6.600 tilfælde "Anden hudkræft" (f.eks. basocellulært karcinom). En del af disse modtager strålebehandling med et overfladeapparat (70 eller 100 kilovolt) og vil som følge deraf få en hudreaktion. Denne patientgruppe vil ikke blive omtalt i artiklen (2).

"De sidste gange, jeg fik stråler, havde jeg åbne sår, så personalet på acceleratoren henviste mig til hjemmeplejen i min hjemkommune. Som lovet toppede efterbehandling efter 14 dage, og herefter gik det meget hurtigt med helingen."

Citatet stammer fra en patient, der har fået strålebehandling og efterfølgende skrev til afdelingen om sit forløb. Hun er en af de mange patienter, der har fået en hudreaktion i forbindelse med ekstern strålebehandling på en tumor, der har været beliggende inde i kroppen. Plejepersonalet har indtil for kort tid siden ikke haft tradition for systematisk dokumentation af hudreaktionerne, og der findes derfor ingen nøjagtig opgørelse af disse i sygeplejeturnalerne. Tidligere undersøgelser har vist, at 4-8 pct. af patienterne ved afslutning af strålebehandling for brystkræft ikke vil have nogen hudreaktion, og færre end 10 pct. vil have en fugtig reaktion ifølge Radiation Oncology Groups (RTOG) scoringsystem (3).

Den normale hud

For at forstå, hvad der sker med huden i forbindelse med strålebehandling, er det nødvendigt at have kendskab til det normale hudvæv.

Hudens funktion er at beskytte mod mekaniske traumer, ultraviolet bestråling, vandtab, væskeopsugning og at regulere legemstemperaturen. Den er et sanseor-

>>> BLÅ BOG: ANNETTE BØJEN

Annette Bøjen er uddannet ved Sygeplejeskolen ved Århus Amtssygehus i 1977. SD med speciale i ledelse 1988. Godkendt som sygeplejefaglig vejleder 2002.

Ansæt i stråleterapifdelingen, Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus, i 1989 og siden år 2000 uddannelsesleder for Stråleterapiuddannelsen i Vestdanmark (se www.straaleudd.dk). Var i perioden 1994-99 medlem af SIG (Speciel Interesse Gruppe) for stråleterapsygeplejersker under Faglig Sammenslutning af Kræftsygeplejersker.

SIG-gruppen udarbejdede forslag til en etårig uddannelse for stråleterapsygeplejersker/stråleterapiradiografer.

Medvirkede ved udarbejdelsen af Second Review of the European Core Curriculum for Radiation Technologist's (se www.estroweb.org/ESTRO/upload/GUIDELINES/CC-RTT.pdf) i European Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ESTRO).

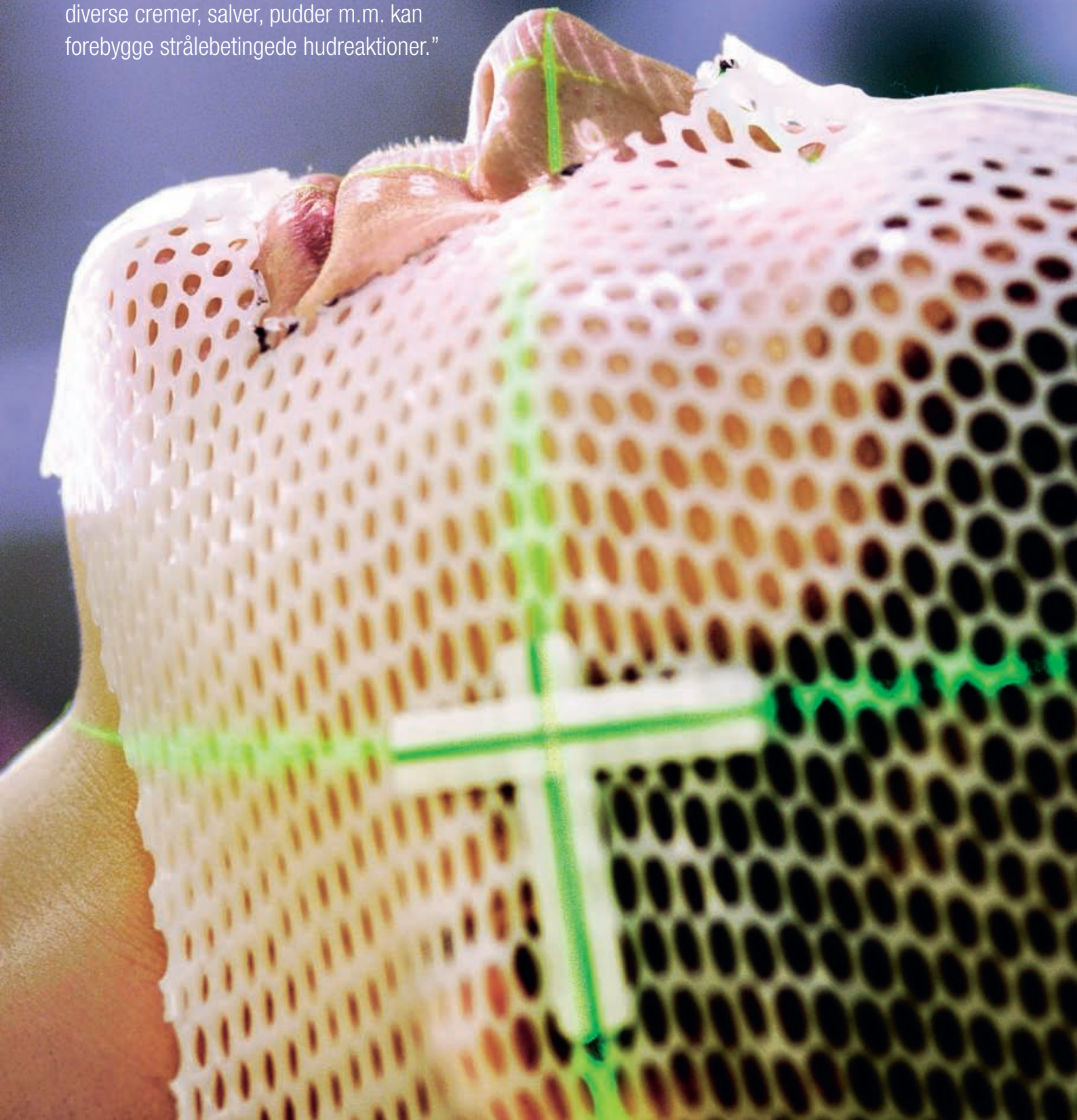
Indgår i et fælles dansk-svensk e-learningprojekt om udarbejdelse af et billedmodul til stråleterapipersonale i Danmark og Sverige.

Annette Bøjen har siden september 2006 haft orlov fra stillingen som uddannelsesleder i Vestdanmark. Er på nuværende tidspunkt ansat som projektleder ved Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus, for at udvikle et virtuelt læringscenter og udføre et pilotprojekt med uddannelse af otte stråleterapsygeplejersker, hvor de teknologiske og pædagogiske muligheder og begrænsninger i Læringscentret afprøves.



tradition

”Antallet af kliniske, evidensbaserede undersøgelser er sparsomme, og der findes reelt ingen undersøgelser, der påviser, at brug af diverse cremer, salver, pudder m.m. kan forebygge strålebetingede hudreaktioner.”





Denne patient har fået 34 strålebehandlinger og skal have i alt 36 behandlinger.

FOTO: KIM ENLINGTON DARLING

» gan og kan føle varme, kulde, smerte og tryk. Den har stor betydning for bevægelsesfriheden, og den danner barriere mod mikroorganismer og skadelige produkter (se figur 1 side 47).

Huden er opbygget af tre lag:

1. Epidermis (overhuden), der dækker hele kroppens overflade. Cellerne afstødes kontinuerligt fra hudens overflade og erstattes af nye celler, der dannes i det basale lag af epidermis. Epidermis indeholder ikke blodkar, men modtager sin næring fra vævsvæsken. Ved manglende epidermis er der risiko for infektioner, vandtab og udtørring. Epidermis består af tre lag:

- stratum corneum, der består af 10-15 cellelag og er hudens yderste lag. Stratum corneum er dannet af døde, skællignende celler. Cellerne indeholder store mængder keratin og bliver konstant afstødt og erstattet af andre celler fra det suprabasale lag. Denne cyklus, fra cellerne dannes på basalmembranen, til de afstødes som døde celler, vil normalt tage ca. fire uger.
- det suprabasale lag består af afladigede celler. Når disse celler bliver ældre og langsomt bevæger sig mod overfladen, produceres keratin. Keratin er et proteinstof, der gør huden vandtæt og modstandsdygtig.
- det basale lag består af et enkelt lag aktivt, delende celler, basalceller, der danner basalmembranen. Basalmembranen adskiller epidermis fra dermis. Når nye celler dannes, bevæger de sig fra det basale cellelag op mod overfladen. Basalcellerne har i starten en kubisk form, der efterhånden ændrer sig til en mere afladiget form, når de bevæger sig op igennem epidermis. Cellerne formerer sig hurtigt, så membranen er meget følsom for strålebehandling. Mange af cellerne i det basale lag indeholder det mørkebrune farvekorngigment, som sammen med pigmentholdige celler i dermis beskytter mod solens ultraviolette lys. Pigmentindholdet i epidermis er konstant og er bestemmende for den egentlige hudfarve, mens pigmentindholdet i dermis veksler efter behov og først viser sig efter nogen tids udsættelse for sollys. Cellerne bevæger sig kontinuerligt fra det ene lag til det næste og gennemgår her en modningsproces.

”Strålebehandling giver beskadigelse af cellernes arvemateriale, dvs. dna-molekylerne i cellekernen. En celle, hvis dna-molekyle er blevet beskadiget, kan reagere forskelligt, afhængigt af hvilken celletype det drejer sig om, og hvor stor stråledosis har været.”

2. Dermis (corium) består hovedsagelig af bindevæv, elastiske fibre og vand. Det indeholder svedkirtler, talgkirtler, hårfollikler, blodkar, nerveender og bindevæv. De kollagene og elastiske fibre giver i forbindelse med det normale vandindhold huden dens karakteristiske elasticitet og spænding. De mange kapillærer og arterioler i dermis medvirker ved varmeregulationen.

Dermis er det understøttende væv, der sørger for, at epidermis kan forny sig. Gendannelse af intakt epidermis varer ca. fire uger, selv om processen kan være kortere i forbindelse med helingsprocessen.

3. Det subkutane fedtlag (subcutis) er opbygget af løst bindevæv. Det indeholder normalt store fedtdepoter og er desuden depot for vand. Ved ødem er der øget vandindhold i det subkutane fedtlag (4,5).

Hudskader som følge af strålebehandling opstår pga. midlertidig reduktion af den cellevækst, som sørger for stadig fornyelse og vedligeholdelse af epidermis. Antallet af sved- og talgkirtler og hårsække formindskes, og huden bliver lettere gennembrængelig for sollys og infektioner. Hvor store hudskaderne bliver, er afhængigt af flere forskellige faktorer og kan ikke forudsiges, da reaktionsmønsteret er forskelligt fra patient til patient.

Stråling skader cellernes dna

Strålebehandling giver beskadigelse af cellernes arvemateriale, dvs. dna-molekylerne i cellekernen. En celle, hvis dna-molekyle er blevet beskadiget, kan reagere forskelligt, afhængigt af hvilken celletype det drejer sig om, og hvor stor stråledosis har været:

- den kan dø hurtigt
- den kan dø, næste gang den forsøger at dele sig
- den kan overleve, men er ude af stand til at dele sig
- den kan dele sig, men efter nogle celledelinger uddør alle eller nogle af dattercellerne
- den kan undergå mindre ændringer i arvemassen (mutationer) og langt senere kan der f.eks. fremkomme en kræftsvulst udgået fra muteret væv.

Selv om de normale, friske celler tæt på svulsten også får stråler, har de en bedre evne til at reparere stråleskaderne, end kræftcellerne har (6).

Formålet med enhver strålebehandling er at beskadige tumorcellerne så meget, at de uddør. Jo større dosis, der gives, jo flere celler dør. Dette kan rent stråleteknisk ikke lade sig gøre, uden at en del raske celler samtidig ødelægges. I tilrettelæggelsen af strålebehandling tages der hensyn til, at det raske væv bliver beskadiget mindst muligt, så patienten får så få bivirkninger som muligt, først og fremmest langtidsbivirkninger.

Ved f.eks. strålebehandling af patienter med hoved-/

»» FIGUR 1. HUDENS OPBYGNING

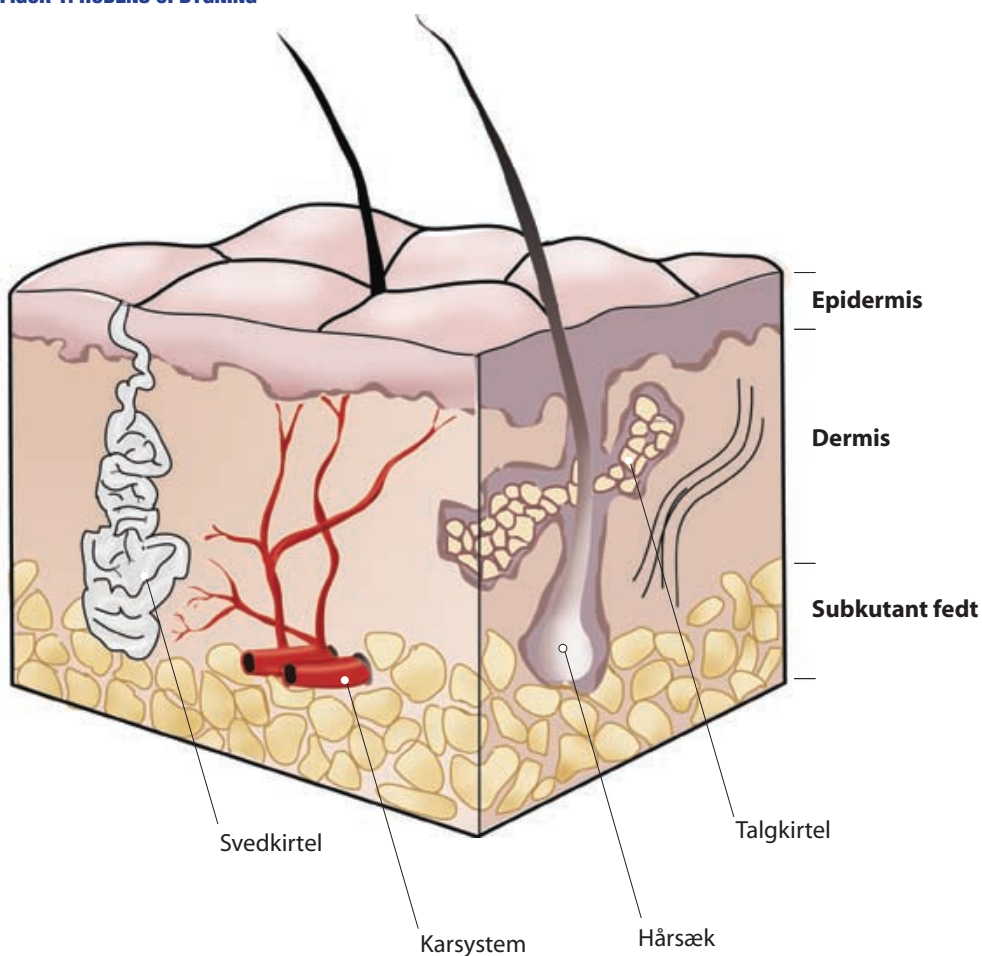


ILLUSTRATION: KRISTOF BIEN

Huden er opbygget af tre lag: epidermis (overhuden), der dækker hele kroppens overflade, dermis (corium), som hovedsageligt består af bindevæv, elastiske fibre og vand samt det subkutane fedtlag (subcutis), der er opbygget af løst bindevæv. Hudskader som følge af strålebehandling opstår pga. midlertidig reduktion af den cellevækst, som sørger for stadig fornyelse og vedligeholdelse af epidermis.

halscancer har det vist sig, at ændringer i behandlingen fra fem til seks behandlinger pr. uge (hvilket øger overlevelsen) giver flere akutte hudreaktioner. Dette vil vise sig ved en øgning af antallet af patienter, der får enten en tør deskvamation (afskalning) eller en våd deskvamation i forbindelse med strålebehandlingen. Reaktionen toppe efter 5-6 uger, og ved afslutningen af behandlingen eller kort tid efter (ca. syv en halv uge) vil graden af akutte hudreaktioner være ens, uanset behandlingsmetode, for helt at forsvinde inden for tre måneder (7,8).

Da patienten får øget mulighed for overlevelse og ikke flere langtidsgener, end når der gives fem behandlinger pr. uge, må både patient og personale acceptere, at der behandles på en kraftigere, akut hudreaktion end ved fem behandlinger om ugen.

Graden af bivirkninger afhænger stort set af, hvilken bestrålingsteknik der benyttes, feltets størrelse, energien, der anvendes, dosis pr. behandling, den samlede dosis og behandlingstid (flere behandlinger pr. dag), så hvis dosis er høj og behandlingstiden komprimeres, har patienten større risiko for at få akutte bivirkninger (6).

Hudreaktionerne begynder oftest ved en behandling på 20-25 Gray (Gy). Gy er den dosis, som strålebehandling udregnes i. En Gy svarer til en joule/kilogram og er således en meget lille energi, men nok til at have vævs-

ødelæggende virkning. Ved den typiske behandling gives der en dosis på ca. 2 Gy pr. dag (9). Hudreaktionerne starter typisk fra 2. behandlingsuge, og de toppe ved afslutningen eller en uge efter afslutning af strålebehandlingen.

De palliative strålebehandlinger gives sædvanligvis med en dosering på 8-30 Gy og med en fordeling på 1-10 behandlinger. Da den samlede dosering ikke bliver så høj som ved kurativ strålebehandling, vil der ikke ses tilsvarende voldsomme hudreaktioner.

Hudreaktionerne bliver kraftigere, hvis der bestråles på et fugtigt og varmt område, og hvor der er hudfolder. De mest sensitive områder er perinealregionen, lår, bryst, armhuler og ører.

Bærer patienten tætsiddende tøj, så der ikke kommer luft til området, kan reaktionen forværres. Patientens ernæringstilstand påvirker helingen, da proteiner og vitaminer er nødvendige for cellereparationen. Ligeledes har gensammensætning, hormonstatus og alder indflydelse (10).

Der forekommer oftere hudskader, hvis der samtidig med bestrålingen gives cytostatika (11).

Stråletyper

Der findes flere forskellige former for strålebehandling. Den type stråling, der primært benyttes ved strålebe-

»»» BOKS 1. FAKTORER, DER HAR INDFLYDELSE PÅ HUDREAKTIONERNES UDVIKLING**Strålebetingede hudreaktioner**

- Rødmen
- Kløe
- Tør afskalning
- Våd afskalning
- Nekrose
- Smerter

+

Strålemæssig årsag

- Total dosis
- Volumen
- Fraktion
- Radiosensitizers
- Feltstørrelse
- Energi

+

Genetisk påvirkning

- Køn
- Samtidig strålefølsomheds-sygdom
- Familier, der ofte rammes af kræft
- Arveligt betinget kræft
- Historie af hud- og andre cancere

+

Patientbetinget

- Alder
- Tumorætiologi
- Sygdomsstadie
- Andre sygdomme
- Medicinsk behandling
- Kemoterapi
- Ernæringstilstand
- Rygning
- Vægt
- Infektioner

Frit oversat efter *Mary Wells et al. Supportive Care (4)***»»» BOKS 2. RTOG/EORTC'S GRADINDELINGER**

Gradsangivelse	Hudens udseende	Beskrivelse af skaden
Grad 0	Ingen ændringer ud over det normale.	
Grad 1	Follikler, svag og dunkel erytem, tør deskvamation, formindsket svedproduktion.	Tør varm hud, som er følsom og spændt. Rødmen kan nogle gange ses inden for de første dage. Det skyldes kapillær påvirkning. En øget blodgennemstrømning kan medføre ødemdannelse af vævet. En strålebiologisk påvirkning ses efter 2-3 ugers behandling.
Grad 2	Spændt blank eksem, spredt, fugtig afskalning begrænset til hudfolder, moderat ødem.	Repopulationen af celler kan ikke følge med destruktionen af basalceller i overhuden. Kan medføre hudkløe og ømhed. Hårfolliklerne ødelægges. De melaminproducerende celler stimuleres af strålebehandlingen.
Grad 3	Sammenflydende våd deskvamation ikke begrænset til hudfolder, ødemgruber.	Stor destruktion af basalcellerne, så genopbygningen ikke kan følge med. Patienten får blæner, der springer og blotlægger overhuden. Smerter.
Grad 4	Ulceration (sår), blødning og hudnekrose.	Ses sjældent i forbindelse med strålebehandling.

» handling, er røntgenstråling. Det er den samme type stråling, som anvendes ved røntgenoptagelser. Dog er røntgenstråling til terapiformål langt mere intens og gennemtrængende. Røntgenstråling dannes i en accelerator. Acceleratoren kan også lave elektronstråling, der i modsætning til røntgenstråling ikke kan trænge særligt langt ind i væv.

Da røntgenstrålerne er meget intense, bliver der ikke afsat så meget energi, lige når de rammer hudoverfladen, hvilket betyder, at vævsskaderne først begynder lidt længere inde i vævet. Til gengæld har røntgenstrålerne en længere rækkevidde end elektronstrålerne.

Elektronstrålerne, der har en begrænset rækkevidde, begynder at afsætte energi, straks de rammer hudoverfladen (9). Det medfører, at flere af de yderste celler får vævsskade, og derved vil der ved denne type behandling kunne ses en kraftigere hudreaktion. Grunden til,

at der bliver valgt forskellige typer stråler, er, at man vil skåne de underliggende organer mest muligt.

Når røntgenstrålerne passerer gennem væv, svækkes de, men da de samtidig er meget intense, vil deres energi ikke altid være nedbrudt ved stråleudgangen. Derfor vil der også kunne ses hudreaktioner i form af rødme og hårtab, hvor stråleudgangen er. Det kan f.eks. ses hos en patient, der behandles med et strålefelt bagfra på medulla, hvor der kan komme en reaktion på brystet, eller hos en patient, der behandles for en hjernetumor, han vil tabe håret både ved stråleindgangen og stråleudgangen.

Fiksering af patienten

I forbindelse med strålebehandlingen er det vigtigt at sikre, at strålebehandlingen gives præcis det samme sted hver gang, og samtidig sikre, at patienten bevæger

”Der findes flere forskellige former for strålebehandling. Den type stråling, der primært benyttes ved strålebehandling, er røntgenstråling.”

sig mindst muligt. Derfor vil patienterne ved nogle behandlinger være fikseret med forskellige typer behandlingsskaller (se foto herunder).

Behandlingsskallen kan rent stråleteknisk betragtes som et net, der lægges oven på patienten. Derved rammer røntgenstrålerne behandlingsskallen nogle få millimeter over hudoverfladen, og processen mellem røntgenstråler og væv startes, så vævsskaderne bliver størst på det område, der svarer til den normale hud. Det betyder, at patienter, der behandles i en behandlingsskal, kan få kraftigere hudreaktion end patienter, der behandles uden.

I andre situationer ønsker fysikeren i sin tilrettelæggelse af strålebehandlingen at korrigere for manglende væv, hvis hudoverfladen er skæv. Det kan gøres ved at lægge f.eks. et stykke voks eller plast på patienten, så niveauet bliver ens (det kaldes bolus). Det vil medføre samme hudreaktion, som hvis der benyttes en behandlingsskal. Brugen af bolus vil formodentlig blive redu-

ceret eller eventuelt helt afskaffet i de kommende år. Ny avanceret apparatur gør, at behandlinger tilrettelægges anderledes end tidligere, felterne tilpasses i højere grad tumors udformning, og strålebehandlingerne vil blive givet fra forskellige retninger som intensitetsmoduleret stråleterapi (IMRT). Det medfører, at et større område af huden bliver bestrålet, men med en mindre dosis inden for det enkelte område. Ingen kender på nuværende tidspunkt konsekvenserne og langtidsbivirkningerne af de nye behandlingsteknikker i forhold til hudreaktionerne, men ud fra et radiobiologisk synspunkt må man formode, at der bliver færre bivirkninger i den akutte fase.

Mht. faktorer, der har indflydelse på, hvordan hudreaktioner udvikler sig, se boks 1 side 48.

Bivirkninger

Bivirkninger inddeles i akutte og sene. De akutte bivirkninger opstår fra strålebehandlingens start og er oftest



Et eksempel på en patient, der er fikseret til behandling i hoved-/halsområdet.

”Bivirkninger inddeles i akutte og sene. De akutte bivirkninger opstår fra strålebehandlingens start og er oftest helet op inden for seks måneder efter afsluttet behandling.”

►► helet op inden for seks måneder efter afsluttet behandling. Ved sene hudreaktioner forstås bivirkninger, der fremkommer efter det første halve år. De kan udvikles langsomt, op til måneder og år efter afsluttet behandling. Graden afhænger af, i hvilket omfang det subkutane væv og basalcellerne i overhuden (epidemis) har taget skade af strålebehandling. Rødme og ødem af huden viser, at der er en inflammation. Skader på basalceller i epidermis kan resultere i tør eller fugtig, afskaldet hud, hvilket ofte giver kløe og smerter. Når området heles, er huden tynd og rosafarvet. Antallet af sved- og talgkirtler og hårfollikler mindskes, og huden bliver derved mere gennemtrængelig for eksempelvis sollys og infektioner.

Behov for systematisk dokumentation

Hvis en ensartet sygeplejefaglig vurdering af hudreaktioner skal finde sted, så der senere kan udarbejdes landsdækkende og europæiske opfølgninger, er det vigtigt, at dokumentationen og systematiseringen af data er ensartet. En måde at gøre dette på kan være at anvende The Radiation Oncology Group/European Organisation for Research and Treatment of Cancer's (RTOG/EORTCs) gradinddeling til rapportering. Systemet er indført i enkelte afdelinger her i landet, og det anvendes på nogle afdelinger i Europa.

RTOG/EORTCs system består af fem grader (se boks 2 side 48).

Nogle udenlandske artikler indeholder en underopdeling af grad 2 så den deles i 2a. spændt blank eksem og 2b. spredt fugtig deskvamation, (afskalning.)

Som omtalt i artiklens indledning er grad 1 og 2 de hyppigst forekommende reaktioner, da mere end 90 pct. af de patienter, der modtager kurativ strålebehandling, får en reaktion. Færre end 10 pct. vil opleve en grad 3-reaktion.

De sene reaktioner vil være:

- pigmentforandringer, som enten kan dreje sig om hypopigmentering hvor melanocyterne, der danner pigmentet, er ødelagt, eller om hyperpigmentering, som er en stimulation af melanocyterne
- fibrose, der skyldes en kronisk forandring, hvor der bliver dannet bindevæv i underhuden
- atrofi, som betyder, at huden er blevet tynd. Dette kan bedres noget med tiden, men huden opnår aldrig den oprindelige tilstand
- teleangiektasier, som viser sig ved, at kapillærene udvider sig, og der kommer små blodudtrækninger i huden

- ulcerationer og nekrose kan også udvikles under eller efter afsluttet forløb.

Diskussion

Kan vi gøre noget for, at patienternes gener fra huden mindskes?

Hvad råder vi patienterne til mht. hudpleje, forebyggelse og strålebehandling? Hvad gør vi, fordi det er tradition og kultur på pågældende sted?

Hvad gør vi på baggrund af evidensbaserede undersøgelser og kliniske retningslinjer?

For at hjælpe patienterne igennem behandlingsforløbet med færrest mulige gener lægger personalet i stråleterapiafdelingerne generelt stor vægt på patienternes velbefindende. Information om hudpleje er en del af den generelle modtagelsessamtale, hvor personalet ved behandlingens start taler med patienterne om, hvad de selv kan gøre for at skåne huden. Formålet er, at huden bliver ved med at være blød og smidig, undgår at tørre ud, blive kløende og smertende og at forebygge sene reaktioner.

Patienterne bliver generelt rådet til at vaske huden med lunkent vand og uparfumeret sæbe, de skal undlade karbad og klorbad på grund af udtørring. Huden skal duppes tør med et rent og blødt håndklæde. Plaster må ikke bruges inden for det bestrålede område. Mænd tilrådes at bruge elektrisk barbermaskine og frarådes brug af barbersprit. Der tilrådes brug af tøj, der er lavet af bomuld eller silke. Samtidig tilrådes de enkelte stråleterapiafdelinger brug af uparfumeret creme eller pudder i forbindelse med behandlingsforløbet. Ud fra almen viden om parfume skønnes det, at parfumerede produkter kan være med til at irritere huden yderligere. Direkte ophold i solen frarådes det første år efter afsluttet strålebehandling.

Disse råd og vejledninger, der er beskrevet i flere både danske og udenlandske lærebøger, bygger på klinisk erfaring og tradition for brug af produkter i de enkelte afdelinger.

En søgning i PubMed december 2005 – med søgeordene radiation therapy, skin care og acute skin reaction kombineret med en gennemgang af artiklen og litteraturlisten, der anvendes i Supportive Care in Radiotherapy (4), afsnittet om Radiation Skin Reaction – viser, at der er skrevet flere artikler om strålebehandling og hudpleje. Langt de fleste artikler beskriver dog udelukkende, hvad der bliver gjort de enkelte steder, og ikke hvorfor disse løsninger er valgt.

Undersøgelsesresultaterne er svære at sammenligne, da det ofte ikke fremgår, hvilken behandlingsteknik og

energi der er anvendt ved strålebehandlingen. Ligeledes er der ofte usikkerhed om, hvorvidt det er de samme personer, der har observeret hudreaktionerne, og hvordan den efterfølgende registrering er foregået. Ved søgning af artikler er det derfor vanskeligt at udarbejde sammenlignelige eksklusions- og inklusionskriterier.

Vand og uparfumeret sæbe

Vask med vand og uparfumeret sæbe er det område, hvor der findes flest undersøgelser. Her følger nogle eksempler: En undersøgelse fra 1992 viste, at der ikke var nogen statistisk forskel på patienter, der vaskede sig med vand eller med vand og uparfumeret sæbe. Men den viste til gengæld, at hudreaktionerne blev forværret hos dem, der slet ikke fik lov at vaske sig (12).

En canadisk undersøgelse fra 2001 har vist samme resultat (13). Ligeledes har en enkelt undersøgelse påvist, at hårvask med uparfumeret sæbe i forbindelse med bestråling på kraniet ikke har betydning (14).

Ud fra disse undersøgelser er det rimeligt at konkludere, at vask med vand og sæbe ikke forværrer hudreaktionen, hvorimod ingen vask af det strålebehandlede område kan forværre hudreaktionen.

En norsk undersøgelse fra 1996, hvor patienter, der fik strålebehandling for strubekræft, blev bedt om at smøre sig med dexpanthenol cream (Bepanthen) på den ene side af halsen og ikke smøre den anden side, viste, at der ikke kunne konstateres nogen effekt af cremen (15).

Creme

En engelsk undersøgelse fra 2004, hvor patienterne blev randomiseret til enten at bruge en vandbaseret creme, Sucralfat creme, eller ingen creme, viste, at creme ikke forebyggede hudreaktionerne. Undersøgelsen viste dog, at patienter, der fik samtidig kemoterapi, patienter med højt body mass index og rygere er særlig udsatte for hudreaktioner (16).

Aloe Vera

Det er ofte blevet diskuteret, om Aloe Vera kan have en forebyggende virkning. I et australsk Fase III-studie (hvor man sammenligner stoffet med den hidtil mest effektive behandling) fra 2002 med 225 patienter med brystkræft, der blev randomiseret til enten Aloe Vera gel eller vandbaseret creme, var målet at undersøge, om Aloe Vera gel sammenlignet med vandbaseret creme ville reducere strålerelaterede bivirkninger som erytem, smerter, kløe, tør og våd deskvamation. Undersøgelsen viste, at den vandbaserede creme reducerede den tørre

deskvamation og hud smerter relateret til strålebehandling mere end Aloe Vera (17).

Pudder

Pudder bruges i flere afdelinger. Der findes kun et enkelt studie, hvor dette blev vurderet i forhold til creme hos en gruppe patienter på 12 personer. Studiet viste, at der ikke var nogen forskel på brug af pudder og creme (18).

Hydrokortisonsalve tilbydes flere steder for at afhjælpe patientens kløe, men også her mangler der kliniske undersøgelser til at påvise effekt eller mangel på samme.

Levertransalve

Levertransalve 25 pct. anvendes i flere sammenhænge i plastikkirurgiske afdelinger, hvor der er god klinisk erfaring med den i forbindelse med sårheling. Konsistensmæssigt giver patienterne udtryk for, at den er

LÆSERTEST

- Hudreaktioner i forbindelse med strålebehandling forårsages primært af, at:
 - nerverne ødelægges
 - hårsækkene formindskes
 - patienten har vasket sig med vand og uparfumeret sæbe
 - cellevæsken i epidermis reduceres.
- Den strålebiologiske årsag til hudreaktionerne skyldes, at
 - blodforsyningen ødelægges
 - cellernes dna-molekyler ødelægges
 - nerverne ødelægges
 - patienten er gammel.
- Nævn to typer stråler, der primært anvendes ved strålebehandling:
 - elektronstråle
 - jordstråler
 - røntgenstråler
 - protonstråler.
- De akutte hudreaktioner i forbindelse med strålebehandling er kraftigst:
 - umiddelbart efter start på strålebehandling
 - ca. en måned efter afsluttet behandling
 - en uge efter behandlingsstart
 - 5-6 uger efter påbegyndt behandling.
- Nævn, hvordan huden ser ud ved grad 2 ud fra RTOG/EORTCs gradinddeling.
- Nævn mindst tre akutte hudreaktioner i forbindelse med strålebehandling.
- Nævn mindst tre senkomplikationer i huden efter strålebehandling.

Svar på læsertesten findes på side 53.

»»» BOKS 3. HUDPLEJEMIDLER VED STRÅLEREAKTIONER

Sted	Odense	Århus	Aalborg	Herlev	Vejle	Rigshospitalet
Hudens udseende						
Let rødme	Pudder uden metal	Derma ved opstart	Decubal x 2-3 daglig	Pudder uden metaller Danatekt Bepanthol	Overkrop: Kamillepudder Bækkenområde: Comfeel Barrier Lotion x 2 fra 1. behandling	Pudder uden metaller Uparfumeret fugtighedscreme
Kraftig rødme	Pudder uden metal Bepanthol Creme/salve	Pantothenol Dag: creme Nat: salve Levertransalve 25 pct. x 2-3 daglig Evt. Aloe Vera gel	Decubal x 2-3 daglig	Pudder uden metaller Danatekt Bepanthol	Overkrop: Kamillepudder Panthotenol creme/salve x 2 på særligt udsatte/belastede områder. Bækkenområde: Comfeel Barrier Lotion x 2 daglig	Pudder uden metaller
Våd reaktion/ defekt	Jelonet x 3-4 daglig Mepitel	Kogtvandsklude x 2-3 daglig Kamilleklude	Kogtvandsklude x 2 daglig Mepilex	Kamilleklude Mepitel Evt. Colifoam	Kogtvands-/kamilleklude x 3 daglig Mepitel Comfeel Barrier Lotion x 2 daglig	Mepitel Locoid
Ved kløe	Hydrocortison 1 pct. x 2-3 daglig	Locoid	Aloe Vera gel Kogtvandsklude x 2 daglig	Pudder uden metaller	Kamillepudder Antihistaminer	Locoid Pudder uden metaller
Afskalnings- tørhed	Azulon Bepanthol Creme/salve	Pantothenol	Decubal	Uparfumeret fugtighedscreme	Panthotenol creme/salve Decubal	Uparfumeret fugtighedscreme
Særlige bemærkninger	Må gerne bruge creme før strålebehandling	Der må ikke bruges creme/salve 6 timer før strålebehandling	Gerne vask med uparfumeret sæbe. Ved smerter i huden: Mepilex	Patienten skal selv købe creme. Der må ikke bruges creme 3 timer før strålebehandling. Mepitel fjernes ikke før strålebehandling	Der må ikke bruges creme/salve 4 timer før strålebehandling. Mepitel fjernes ikke før strålebehandling. Gerne vente til afslutning af strålebeh. med brug af creme/salve. Efter grad af hudreaktion vælges Decubal/Panthotenol til behandlingsområde på overkrop, arme, ben. Ved bækkenområde fortsættes med Comfeel Barrier Lotion evt. skift til Conveen Critic Barrier med indhold af zink	Patienten skal selv købe creme. Der må ikke bruges creme 3 timer før strålebehandling. Mepitel fjernes ikke før strålebehandling

”Konklusionen på de nuværende foreliggende undersøgelser bliver, at vi kan tilråde patienterne at vaske sig med vand og uparfumeret sæbe.”

» behagelig, da den er meget fed (100 pct. fedtindhold) og rar at få på den tynde og tørre hud. Problemet er, at den har en kraftig, gennemtrængende lugt af levertran, og der findes ingen strålerelaterede undersøgelser om midlet.

Silikoneforbindinger

De senere år er der kommet flere forskellige silikoneforbindinger på markedet, (f.eks. Mepilex). Forbindingerne er åndbare og selvklæbende ved hjælp af silikone. Der er forskellige typer, afhængigt af hvor på kroppen de skal placeres, og hvor meget sekret de skal kunne absorbere. Forbindingerne bruges, når epidermis er ødelagt, svarende til grad 2 i RTOG/EORTC-registreringsskema, og patienterne rapporterer, at de virker smertestillende, og giver udtryk for, at de er meget glade for at bruge dem, da forbindingen gør, at de kan holde ud at have tøj på. Selv om nogle af forbindingerne er meget tynde, er det tilrådeligt at tage dem af under strålebehandlingen, da de kan have en boluseffekt, afhængigt af forbindings tykkelse og energien, der behandles med. En undersøgelse har vist, at hvis der behandles med elektronstråler, øges huddosis så lidt, at det næppe har betydning, om patienten behandles med forbindingen på, hvorimod det tilrådes at fjerne forbindingen, hvis der behandles med fotonstråler, da huddosis kan øges med en faktor på ca. 1.39 (19). Da silikoneforbindingerne har den egenskab, at de ikke ødelægger nydannede hudceller, når de tages af, vil det ikke have betydning for gendannelsen af nye celler, og patienten vil kunne genbruge sin forbindelse (20).

Omfattende undersøgelse

I 2003 udførte Radiotherapy Technologist (stråleterapist) Evelyn O’Shea fra Irland i forbindelse med et masterprojekt en omfattende undersøgelse. Hun foretog en spørgeskemaundersøgelse blandt 37 europæiske stråleterapifafdelinger. Det viste sig, at der i disse afdelinger blev brugt 57 forskellige hudplejeprodukter. En undersøgelse på alle 57 produkter i PubMed (juli 2004) kombineret med søgeordene Clinical Trials, Human studies og engelsksprogede artikler viste, at der kun var publiceret 13 artikler omhandlende seks af produkterne. Flere af artiklerne var af sparsom kvalitet på grund af antallet af deltagere, eller måden data var indsamlet på, f.eks. om hvordan huden blev observeret, og hvilke metoder der var anvendt til registreringer af observationerne (21). Undersøgelsen bekræftede, at der ikke findes kliniske, evidensbaserede retningslinjer i de europæiske strålebehandlingsafdelinger.

Cremer og salver dulmer, men forebygger ikke

Tidligere har personalet i stråleterapifafdelingerne troet, at det vil være muligt at forebygge hudproblemerne med brug af diverse cremer og salver. På grund af den strålebiologiske effekt vil det ikke være muligt at forebygge hudreaktioner forårsaget af, at cellernes dna-streng ødelægges ved at smøre creme på hudens overflade. Men hvis patienten synes, det er behageligt, og det øger velbefindendet under behandlingsforløbet, kan det betragtes som god omsorg.

Plejen har både i Danmark og i udlandet været baseret på erfaringer og traditioner i de enkelte afsnit. Boks 3 side 52 viser en oversigt fra de seks danske stråleterapifafdelinger. Som det ses af oversigten, er det også meget forskelligt, hvad de seks danske stråleterapifafdelinger råder patienterne til.

Antallet af kliniske, evidensbaserede undersøgelser er sparsomme, og der findes reelt ingen undersøgelser, der påviser, at brug af diverse cremer, salver, pudder m.m. kan forebygge strålebetings hudreaktioner. De undersøgelser, der hidtil er udført, viser en tendens til, at brug af en vandbaseret creme kan udsætte starttidspunktet for indtræden af en tør deskvamation, men ved strålebehandlings afslutning er reaktionen den samme. I forhold til patienternes velbefindende under strålebehandlingen kan udsættelse af tør hud med kløe være en fordel, men der er ikke påvist et bestemt middel, der er specielt velegnet til denne opgave.

Anbefaling

Konklusionen på de nuværende foreliggende undersøgelser bliver, at vi kan tilråde patienterne at vaske sig med vand og uparfumeret sæbe. Samtidig kan brug af en uparfumeret, vandbaseret creme udsætte indtrædelsestidspunktet af den tørre deskvamation. Dette ændrer dog ikke ved graden af hudreaktionen senere i behandlingsforløbet.

» SVAR PÅ LÆSERTEST SIDE 51

1. Rigtigt svar: d.
2. Rigtigt svar: b.
3. Rigtige svar: a og c.
4. Rigtigt svar: d.
5. Rigtigt svar: Spændt blank eksem, spredt, fugtig afskalning begrænset til hudfolder, moderat ødem og kløe.
6. Rigtigt svar: Follikler, erythem, tør og våd deskvamation, formindsket svedproduktion, spændt blank eksem, ødem, ulcerationer, blødning og hudnekrose.
7. Rigtigt svar: Pigmentforandringer, fibrose, atrofi, teleangiektasier, ulcerationer og nekrose.

►►► OPGAVER

1. Hvordan vil du forklare en patient, at der opstår hudreaktioner i forbindelse med strålebehandling?
2. Hvilken sygepleje vil du yde til en patient, der har en grad 3-reaktion ifølge RTOG/EORTCs gradinddeling?
3. Diskutér med dine kollegaer, hvorfor I har valgt at anvende de hudplejemidler, som I bruger i forbindelse med strålebehandling.
4. Har I undersøgt, hvilken evidens der er for de produkter, I anvender?
5. Hvordan vil du og dine kollegaer fremover dokumentere og registrere hudreaktioner?

►► I de senere år er plejepersonale både i ind- og udland blevet opmærksomme på, at der mangler dokumenteret viden inden for området. Nogle afdelinger er begyndt at udarbejde en formaliseret registrering af hudproblemerne ifølge internationale standarder, andre har gjort tiltag til at starte et projekt for at påvise, om der er effekt af nogle af de anbefalede råd og vejledninger.

Det vil være en oplagt opgave for sygeplejersker i de kommende år at arbejde for, at de danske stråleterapifdelinger gør ensartede observationer og registreringer baseret på europæiske standarder, og at der iværksættes formaliserede undersøgelser af midler til afhjælpning af patienternes gener. Da der kun findes seks stråleterapifdelinger i landet, vil det bedste være, at afdelingerne vælger at standardisere data efter samme registreringssystem. Derved vil der finde en dokumentation sted, som senere kan anvendes til udarbejdelse af evidensbaserede, kliniske retningslinjer, der kan sammenlignes på europæisk plan.

Annette Bøjen har orlov fra stillingen som uddannelsesleder for Stråleterapiuddannelsen i Vestdanmark og ansat på Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus, aboje@as.aaa.dk

Litteratur

1. Thwaites D, Scalliet P, Leer JW, Overgaard J. Quality assurance in radiotherapy. *Radiotherapy and Oncology* 1995; 35: 61-73.
2. http://www.sst.dk/publ/tidsskrifter/nyetal/pdf/2005/09_05.pdf
3. Porock D, Kristjanson L., Skin reactions during radiotherapy for breast cancer: the use and impact of topical agents and dressings. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 1999 Sep;8(3):143-3.
4. Faithfull S. et Wells M, Supportive Care in Radiotherapy. Elsevier Health Sciences. Churchill Livingstone. 2003.
5. Von der Lieth V, Looft M. *Anatomi og fysiologi*, 3. udgave. København: Munksgaard Danmark; 2005.

►►► ENGLISH ABSTRACT

Bøjen A. Skin care after radiation therapy: evidence contra tradition. *Sygeplejersken* 2007;(12):44-54.

The article contains a description of the structure of the skin and of the reasons for skin reactions resulting from radiation therapy.

The validity of the results of studies into the best possible care of these skin reactions is scant. The skin care products currently available for the alleviation of patients' discomfort are applied mainly on the basis of tradition rather than evidence. Nursing staff are urged to enter uniform records and documentation on the basis of a European standard with a view to collecting data and initiating studies which can lead to the preparation and implementation of clinical guidelines.

Key words: cancer, nursing, skin reactions, radiation therapy.

6. Ankersen L et al. *Behandling og pleje af patienter med kræftsygdomme*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2000.
7. Overgaard J et al. Five compared with six fractions per week of conventional radiotherapy of squamous-cell carcinoma of head and neck: DAHANCA 6 & 7 randomised controlled trial. *The Lancet*, Vol 362, september 20, 2003.
8. Andreassen CN et al. Forebyggelse og behandling af bivirkninger ved strålebehandling af hoved-hals-cancer. *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*. In press.
9. Thomsen MS. Sådan foregår strålebehandling, *Sygeplejersken* 1998;(30).
10. Sitton E. Early and late radiation – induced skin alterations. Part 2: nursing care of irradiated skin. *Oncology Nursing Forum* 1992; 19:907-12.
11. Bentzen SM, Overgaard M, Thames HD, Christensen JJ, Overgaard J. Early and late normal-tissue injury after post-mastectomy radiotherapy alone or combined with chemotherapy. *Int J Radiat Biol*. 1989 Nov;56(5):711-5. No abstract available. PMID: 2573667 [PubMed - indexed for MEDLINE].
12. Campbell I R, Can patients wash during radiotherapy to the breast or chest wall? *Clinical oncology* '92.
13. Roy I, Fortin A, Larochelle M. The impact of skin washing with water and soap during breast irradiation: a randomised study. *Radiotherapy and Oncology*. 2001;58: 333-39.
14. Westbury C, et al. Advice on hair and scalp care during cranial radiotherapy: a prospective randomized trial. *Radiother Oncol*. 2000 Feb;54(2):109-16.
15. Lokkevik E, et al. Skin treatment with bepanthen cream versus no cream during radiotherapy – a randomized controlled trial. *Acta Oncol*. 1996;35(8):1021-6.
16. Wells M. m.fl., Does aqueous or sucralfate cream affect the severity of erythematous radiation skin reactions? A randomised controlled trial. *Radiother Oncol*. 2004 Nov;73(2):153-62.
17. Heggie S, et al. A Phase III study on the efficacy of topical aloe vera gel on irradiated breast tissue. *Cancer Nurs*. 2002 Dec;25(6):442-51.
18. Schreck U. Intraindividual comparison of two different skin care conceptions in patients undergoing radiotherapy of the head-and-neck region. *Creme or powder? Strahlenther Oncol*. 2002 Jun;178(6):321-9.
19. Thilmann C et al. Increase of surface dose using wound dressings during percutaneous radiotherapy with photons and electrons. *Radiother Oncol*. 1996 Aug;40(2):181-4.
20. Mölnlycke Health Care A/S Gydevang 33, 3450 Allerød.
21. O'Shea E et al. St. Luke's Hospital, Dublin. Initiating Evidence-based Skin Care in Radiotherapy: survey of acute skin care practice in European RT Departments. ESTRO Pre-meeting Teaching Course. *Managing patients during radiotherapy*.

>>> TESTEN



Temaet er kronisk obstruktiv lungesygdom, KOL

- 1** Skal patienter over 35 år, der ryger og har et eller flere lunge-symptomer, tilbydes lungefunktionsundersøgelse (spirometri)?
a. Nej, spirometri vil ikke fange KOL-patienter. Sygdommen optræder først senere i livet.
b. Ja, det skal de.
- 2** Hvilke symptomer har en patient med KOL?
a. Hoste, åndenød, hvæsen, opspyt og hyppige luftvejsinfektioner.
b. Pibende vejrtrækning og rødlig ansigtsskolor.
- 3** Skal patienter med KOL tilbydes hjælp til rygeafvænnning i offentligt regi?
a. Nej, der er evidens for, at motion og medicin er den mest effektive behandling.
b. Ja, patienterne skal tilbydes en motiverende samtale, hjælp til rygeafvænnning og information om skaderne ved at fortsætte med at ryge. Målet er rygestop.
- 4** Hvad karakteriserer en KOL-patient?
a. Hun går langsommere end jævnaldrende og er nødt til at stoppe op for at få vejret ved almindelig gang.
b. Hun har en slæbende gangart, der skyldes forkalkning.
- 5** Hvem bør være tovholder i KOL-patientens forløb?
a. Patienten selv. Hun ved bedst, hvornår hun har brug for hjælp.
b. Det anbefales, at den praktiserende læge koordinerer og sikrer kontinuiteten gennem hele patientforløbet.
- 6** Hvad er årsagen til KOL?
a. Aflejring af nikotin og tobakspartikler i bronkierne.
b. En kronisk betændelsestilstand i luftveje og lungevæv, som medfører tiltagende luftvejsobstruktion og gradvis reduktion af lungefunktionen, hyppigst pga. tobakkens skadelige stoffer.

Se svarene på TESTEN side 59.

MASTERUDDANNELSE I SOCIALT ENTREPRENØRSKAB

Til dig der har brug for kompetence i social forandring

- kompetence og organisationsudvikling
- forandringsprocesser og analyse
- netværksarbejde og partnerskaber

Informationsmøde 26. september 2007 kl. 15.30
P10, Roskilde Universitetscenter.

Ansøgningsfrist 1. november 2007

Studiestart 1. februar 2008.

Uddannelsen er projektor organiseret og giver deltagerne mulighed for at arbejde med egne cases.



Læs mere på www.socialt-entreprenorskab.dk
Kontakt os på cese@ruc.dk tlf. 4674 2729

HELOSAN® Body

– ny bodycreme til hele familien

naturlige fedtstoffer
dokumenteret fugtgivende
absorberes hurtigt

allergitestet
uden farvestoffer
uden parfume



Implementering af kliniske vejledninger ved nefrektomi

AF KIRSTEN RUD OG DORTHE HJORT JAKOBSEN, SYGEPLEJERSKER, INGRID EGEROD, SYGEPLEJERSKE, PH.D., OG HENRIK KEHLET, PROFESSOR, DR.MED.

Artiklen henvender sig primært til sygeplejersker, der arbejder med patienter, som får foretaget nefrektomi, men kan med fordel læses af alle, der interesserer sig for kliniske vejledninger. Hovedbudskabet er, at de kliniske vejledninger ved nefrektomi er underrepræsenterede på mange afdelinger. Artiklen bygger på en undersøgelse fra 2006.

Det overordnede mål med pleje og behandling er at gøre det rigtige, på den rigtige måde og på det rigtige tidspunkt for den rette patient. Kliniske vejledninger, som bygger på anvendelsen af den bedste tilgængelige viden, herunder integration af ekstern evidens, klinisk ekspertise og patientpræferencer, er et redskab til at nå dette mål (1,2). Kvaliteten af pleje og behandling optimeres ved at bruge den bedste tilgængelige viden inden for området. Undersøgelser viser, at kliniske vejledninger kan være en effektiv metode til at ændre praksis og forbedre pleje- og behandlingsresultaterne (3).

Anvendes den bedste viden?

Den aktuelle undersøgelse foretaget af Enhed for Perioperativ Sygepleje (se boks 1 side 58) beskriver forekomsten og indholdet af kliniske vejledninger til pleje og behandling af patienter, der gennemgår nefrektomi. Den overordnede referenceramme i analysen er principperne for accelererede operationsforløb, der forudsætter en særlig indsats i forbindelse med præoperativ information, stressreduktion, smertebehandling, ernæring og mobilisering (4,5,6).

Formålet med undersøgelsen er at belyse, hvorvidt den eksisterende evidens implementeres på de afdelinger, der foretager nefrektomi i Danmark.

Metode

De 17 afdelinger i Danmark, som i 2006 udførte nefrektomi, fik tilsendt et spørgeskema, hvor de bl.a. skulle tilkendegive, om de arbejdede ud fra skriftlige kliniske vejledninger. 10 afdelinger anvendte kliniske vejledninger, og disse vejledninger danner grundlaget for analysen i denne undersøgelse.

I undersøgelsen belyses, i hvilken udstrækning udvalgte indikatorer er repræsenteret i de kliniske vejledninger for nefrektomi (6). Indikatorerne, som tager afsæt i principperne for accelererede operationsforløb, er:

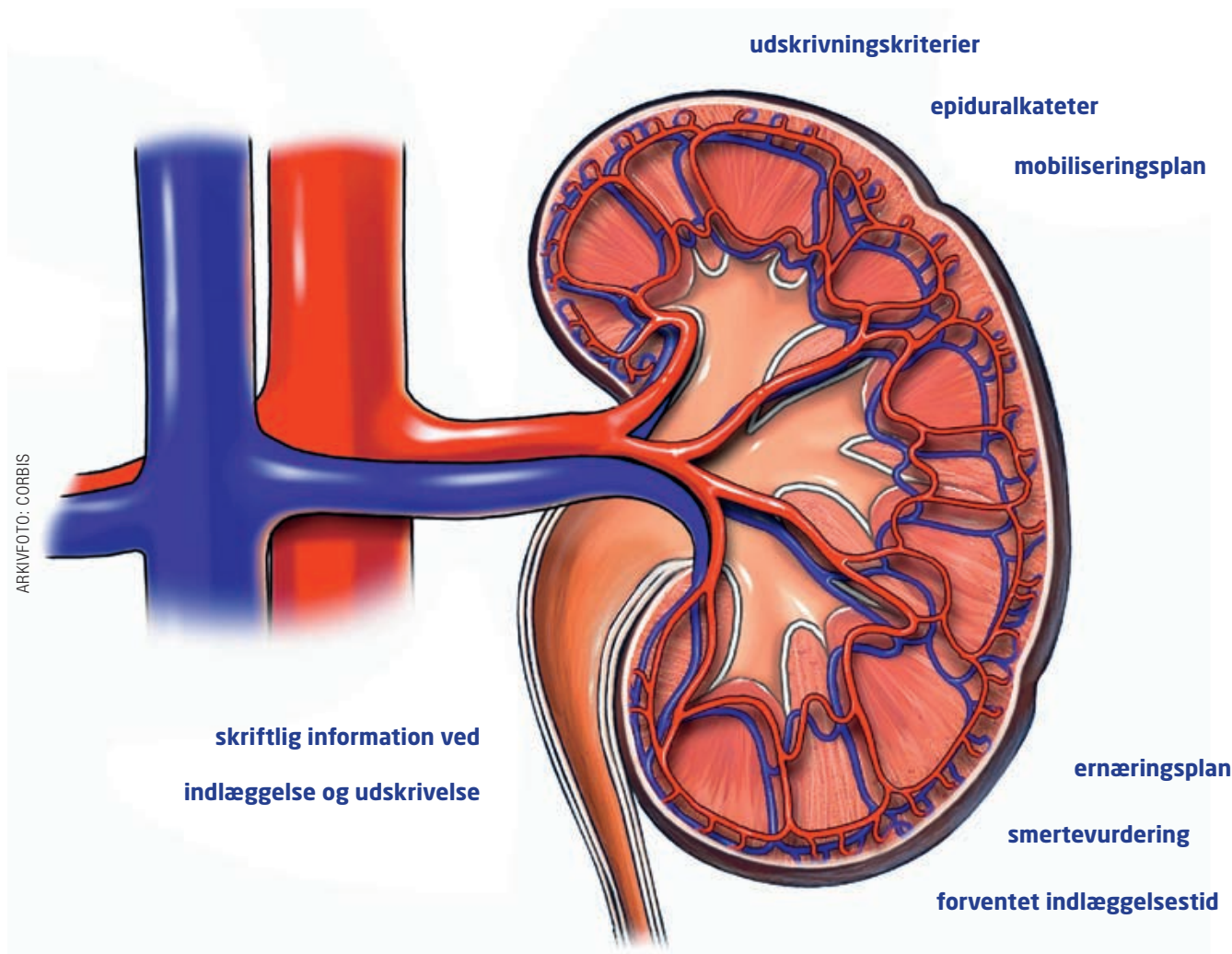
- skriftlig information ved indlæggelse og udskrivelse
- forventet indlæggelsestid
- mobiliseringsplan
- ernæringsplan
- smertevurdering
- epiduralkateter
- udskrivningskriterier.

Undersøgelsen bygger på det skriftlige materiale alene og giver naturligvis ikke et udtømmende billede af praksis, men er med til at give et estimat af anvendelsen af den eksisterende evidens. Undersøgelsens kvalitet er øget ved, at de kliniske vejledninger er gennemgået uafhængigt af to personer. Alle afdelinger er anonymise-

TABEL 1. ANVENDELSE AF KLINISKE VEJLEDNINGER FOR NEFREKTOMI I DANMARK, 2006

Afdeling	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Anvender kliniske vejledninger	+	-	+	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	-	+
Skriftlig information ved indlæggelse	-		-						+	+	+	-	+	-	+		-
Forventet postoperativ indlæggelsestid (dage)	-		6						6			2-5	5-6	2-5	2-3		
Plan for mobilisering	-		-						-	-	-	-	+	+	+		+
Plan for oral ernæring	-		+						+	-	-	+	+	+	+		+
Objektiv smertevurdering	-		-						+	-	-	-	+	+	-		-
Epidural smertebehandling	-		+						+	+	-	-	+	+	+		+
Udskrivelseskriterier	-		-						+	-	-	-	+	-	+		-
Skriftlig vejledning ved udskrivelse	-		+						+	+	+	-	+	-	-		-

Ja = (+) Nej = (-)



rede, og det vurderes, at der ikke er etiske konflikter forbundet med undersøgelsen.

Fyldestgørende vejledninger hos fem ud af 17

Tabel 1 side 56 viser resultaterne fra de 17 afdelinger, der i 2006 udførte nefrektomi. Der var 100 pct. besvarelse. Som det fremgår, er det kun 10 afdelinger, der tilkendegiver at anvende kliniske vejledninger, og undersøgelsen viser, at kun halvdelen af disse vejledninger indeholder veldefinerede, fyldestgørende anbefalinger for klinisk praksis med henblik på at sikre kvaliteten i den perioperative pleje og behandling. Det vil sige, at kun fem ud af 17 afdelinger anvender skriftlige kliniske vejledninger, der indeholder alle de relevante mål for kerneydelsen i den perioperative periode.

Figur 1 side 58 viser fordelingen af indikatorer i de kliniske vejledninger for nefrektomi. Undersøgelsen viser, at den skriftlige information til patienterne både forud for indlæggelsen og i forbindelse med udskrivelsen er utilstrækkeligt repræsenteret, ligesom objektiv smertevurdering gennem anvendelse af VAS-skala og plan for mobilisering sjældent er beskrevet. Kun tre afdelinger har eksplicitte udskrivningskriterier.

Diskussion

Undersøgelsen viser, at der overordnet er interesse for at anvende kliniske vejledninger i praksis, men at både det faglige indhold og patientperspektivet er underrepræsenterede på mange afdelinger.

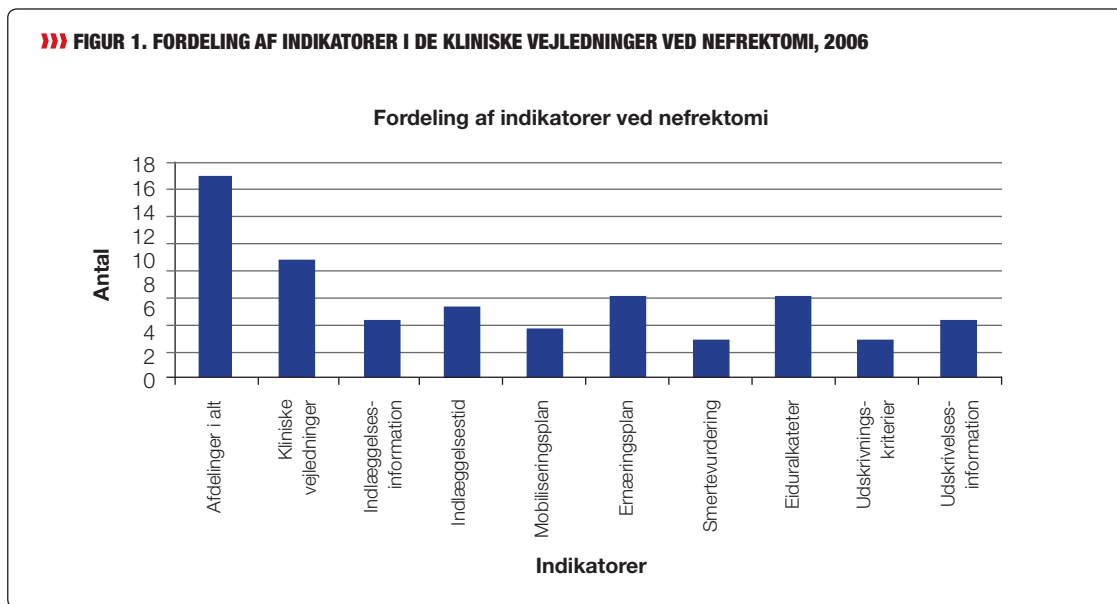
De fleste afdelinger mangler skriftlig information til patienterne ved indlæggelse såvel som ved udskrivelse. Dette kan have konsekvenser for patienterne både på kortere og på længere sigt, da en øget viden om indlæggelsesforløbet kan målrette og udnytte patientens ressourcer under indlæggelsen (7), samt i forbindelse med genoptræning og rehabilitering (8).

Ud fra et fagligt synspunkt afstikker udskrivningskriterierne mål for pleje og behandling. Disse mål kan være vanskelige at nå under den forventede indlæggelse, hvis f.eks. patientens smerteniveau ikke vurderes objektivt og behandles herefter. Utilstrækkelig smertedækning kan påvirke mobiliseringen, hvilket kan have konsekvenser i form af utilsigtede medicinske komplikationer.

En landsdækkende opgørelse fra 2002-2005 viste, at den gennemsnitlige postoperative indlæggelsestid efter nefrektomi var ni dage (9), og at operationerne i dette tidsrum blev foretaget på 29 afdelinger. I modsætning til dette har en optimering af de perioperative pleje- og behandlingsprincipper ved konventionel åben nefrek-

”Resultaterne kan nås, hvis hele personalet i afdelingen har kendskab til den nyeste viden og anvender de samme overordnede pleje- og behandlingsprincipper.”

►►► FIGUR 1. FORDELING AF INDIKATORER I DE KLINISKE VEJLEDNINGER VED NEFREKTOMI, 2006



►►► **BOKS 1. LANDSDÆKKENDE KLINISKE VEJLEDNINGER INDEN FOR KIRURGIEN**

Enhed for Perioperativ Sygepleje har sammen med Enhed for kirurgisk Patofysiologi på Rigshospitalet været initiativtager til at udarbejde landsdækkende kliniske vejledninger for de store kirurgiske områder. Disse er tilgængelige på enhedens hjemmeside, www.periopsygepleje.dk eller på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside www.dsr.dk

» tomi vist et realistisk postoperativt indlæggelsesbehov på ca. 4-5 dage (6). Resultaterne kan nås, hvis hele personalet i afdelingen har kendskab til den nyeste viden og anvender de samme overordnede pleje- og behandlingsprincipper. Derfor er det en fordel at anvende skriftlige vejledninger, der informerer personalet såvel som patienten.

Et godt eksempel på optimering af pleje og behandling ved hjælp af kliniske vejledninger er colonkirurgien, hvor evidens for store dele af plejen har eksisteret i flere år (8,10).

Det første skridt til at udarbejde kliniske vejledninger er at formulere relevante kliniske spørgsmål, der er retningsgivende for en systematisk litteratursøgning og litteraturvurdering. Afhængigt af de kliniske spørgsmål bør resultaterne ikke udelukkende henvise til randomiserede kliniske forsøg, men til viden set i et bredere perspektiv, som medtager kvalitative undersøgelser, kvalitetsmålinger og audit (2).

Det næste skridt i implementeringsprocessen er at sørge for, at afdelingens ledelse og personale arbejder ud fra samme mål, således at det er kvaliteten i kerneydelserne, der kommer i fokus.

Endnu plads til forbedringer

Resultaterne i den foreliggende undersøgelse er påvirket af de metodemæssige begrænsninger, der ligger i kun at have analyseret det skriftlige materiale. Under-

søgelsen viser dog, at der fortsat er behov for at udvikle lokale kliniske vejledninger for at sikre den bedste tilgængelige viden i forbindelse med implementering af optimal pleje og behandling i den perioperative periode. Man kunne i denne sammenhæng foreslå, at de igangværende akkrediteringsprocesser kunne stimulere til udarbejdelse af standarder og indikatorer, der retter fokus mod kerneydelserne.

*Kirsten Rud er projektleder på
Enheden for Perioperativ Sygepleje,
periopsygepleje@rh.dk*

*Dorthe Hjort Jakobsen er klinisk
oversygeplejerske samme sted, dorthe.hjort@rh.dk*

*Ingrid Egerod er seniorforsker på
Universitetshospitalernes*

*Center for Sygepleje- og omsorgsforskning, UCSF,
ie@ucsf.dk*

*Henrik Kehlet er leder af Enheden for
Kirurgisk Patofysiologi,
Rigshospitalet, Juliane Marie Centret,
henrik.kehlet@rh.dk*

Litteratur

1. Mainz J, Kjærgaard J, Lehmann Knudsen J. Fra kvalitetscirkler til evidensbaseret klinisk praksis – statusartikler om kvalitetsudvikling II. Kliniske retningslinier. Ugeskr Læger 1998;47:6806-6810.
2. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence-Based medicine: What it is and what it isn't. BMJ 1996;312:71-2.
3. Miller M, Kearney N. Guidelines for clinical practice: development, dissemination and implementation. Int J Nurs Stud 2004;41:813-821.
4. Kehlet H. Accelererede operationsforløb. En faglig og administrativ udfordring. Ugeskr Læger 2001;163:420-4.
5. Egerod I, Rud K, Jensen PS. En pakkeløsning til patienten. Accelererede operationsforløb og kliniske vejledninger. Sygeplejersken 2006;17:42-48.

6. Firoozfard B, Christensen T, Kristensen JK et al. Fast-track open transperitoneal nephrectomy. *Scand J Urol Nephrol* 2003;37:305-308.
7. Hjort Jakobsen D, Sonne E, Kehlet H. Velinformerede patienter i accelererede forløb. *Sygeplejersken* 2004;19:36-8.
8. Hjort Jakobsen D, Sonne E, Andreasen J, Kehlet H. Rekonvalescens efter kolonresektion. *Sygeplejersken* 2004;6:22-6.
9. Firoozfard B, Christensen TH, Bendixen A et al. Nefrektomi i Danmark. *Ugeskr Læger* 2006;168:1526-1528.
10. Basse L, Thorbøl JE, Løssel K, Kehlet H. Convalescence after fast-track versus conventional care of colonic surgery. *Dis Colon Rectum* 2004;47:271-278.

))) ENGLISH ABSTRACT

Rud K, Hjort Jakobsen D, Egerod I, Kehlet H. Implementation of clinical guidelines on nephrectomy. *Sygeplejersken* 2007;(12):56-9.

17 departments in Denmark offered nephrectomy in 2006. Of these, ten departments used procedure-specific clinical guidelines for care and treatment. This survey analyses the clinical guidelines which apply to core areas for accelerated surgery and the survey shows that only five departments have satisfactory objectives for selected indicators within the core areas.

Although many departments express an interest in clinical guidelines there is still room for improvement as regards both the patient perspective and specialist content. The conclusion is that the current accreditation processes may stimulate the preparation of standards and indicators which focus more sharply on core services.

Key words: Accelerated surgery, implementation, clinical guidelines, nephrectomy, nursing.

Hvid aflastning

2,7 kg og 54 cm, hvid og syntetisk. Ingen afføring, ingen risiko for bid og krads. Lyder navnet Paro.

Det er den nye medarbejder i Københavns Kommune, som nogle demente borgere nu får mulighed for at tage vare på. Der er tale om en robotsæl, som kan pibe, klage sig, spinde eller misse med de brune øjne og blafre med lufferne helt afhængigt af, hvordan den bliver nusset og klappet.

Dyret er udviklet af japaneren *Takanori Shibata* og afprøvet på demente i forskellige dele af verden og alle vegne med succes. De teknologiske dyr vækker de samme følelser som rigtige kæledyr, og hos demente mindsker de stress, skaber minder og giver tryghed, og de demente testpersoner bliver bedre til at kommunikere og bliver mere sociale efter samvær med Paro, siger sælens opfinder.

Danskeren *Phie Abo* følger arbejdet med robotsælen i Japan, og hendes dokumentarfilm "Mechanical Love" om forholdet mellem mennesker og maskiner forventes at være færdig i efteråret 2007.

(jb)

Forhøjet blodtryk på urdu

Etniske minoriteter fra ikke-vestlige lande har langt hyppigere kontakt til det danske sundhedsvæsen end etniske danskere. Det er især de store livsstilssygdomme, der rammer, og der savnes redskaber til f.eks. den situation, hvor sygeplejersken opdager et forhøjet blodtryk hos 59-årige *Shirin* fra Pakistan, der hverken kan læse pjecen på urdu eller forstå, hvad sygeplejersken forsøger at forklare. Hun må pænt afvente mandens eller børnenes ankomst – eller tolkens dagen efter.

Der vil ofte være en pc inden for rækkevidde, og det undrer mig derfor, at der – ifølge min søgning – ikke eksisterer web-sider fra officielle danske sundhedsmyndigheder, hvor livsstilssygdomme som f.eks. diabetes, forhøjet blodtryk og KOL præsenteres mundtligt på de mest relevante sprog for vores tilflyttere fra andre lande: tyrkisk, somali, arabisk, urdu og engelsk. Der er en opgave her, og hvis man mangler pædagogisk inspiration, er der noget at hente på websiderne produceret af de private lægemiddelfirmaer.

(er)

Svar på Testen side 55

- 1: b. Ja, det skal de.
- 2: a. Hoste, åndenød, hvæsen, opspyt og hyppige luftvejsinfektioner.
- 3: b. Ja, patienterne skal tilbydes en motiverende samtale, hjælp til rygeafvænning og information om skaderne ved at fortsætte med at ryge. Målet er rygestop.
- 4: a. Hun går langsommere end jævnaldrende og er nødt til at stoppe op for at få vejret ved almindelig gang.
- 5: b. Det anbefales, at den praktiserende læge koordinerer og sikrer kontinuiteten gennem hele patientforløbet.
- 6: b. En kronisk betændelsestilstand i luftveje og lungevæv, som medfører tiltagende luftvejsobstruktion og gradvis reduktion af lungefunktionen, hyppigst pga. tobakkens skadelige stoffer.

Kilde: KOL – Kronisk obstruktiv lungesygdom. Anbefalinger for tidlig opsporing, opfølgning, behandling og rehabilitering. Sundhedsstyrelsen 2006.

Jura er blevet en del af sygeplejen

Der er knap to år mellem første og anden udgave af denne bog. I den periode er der sket mange ændringer på sundhedsområdet. Vi har fået kommunalreformen, der resulterede i de fem regioner. Vi har fået en ny sundhedslov, der omfatter flere af de tidligere love på området, bl.a. lov om patienters retsstilling, lov om patientsikkerhed, lov om ligsyn, obduktion og transplantation, lov om svangerskabsafbrydelse og sterilisation.

Der er kommet en ny autorisationslov samt en revision af psykiatriloven. Alt dette tager den nye reviderede udgave af "Sundhedsjura" højde for.

Den ny udgave af bogen er udvidet med to kapitler, der letter overskueligheden. Der er en dækkende indholdsfortegnelse og som støtte et godt register. Bogen indeholder mange eksempler, de fleste fra Patientklagenævnet. Eksemplerne er relevante og gør stoffet nærværende.

Kapitlet om tvangsbehandling i psykiatrien indeholder nye emner, som personlige pejle- og alarmsystemer, personlig skærmning samt personlig hygiejne med tvang, som tidligere kun har været beskrevet i service-loven. Desuden beskrives undersøgelse af post, stuer og ejendele også i dette kapitel.

I kapitel fire om hjemmesygepleje og øvrige omsorgs-ydelser, omtales samarbejdet mellem regionerne og kommunerne. Her er det udskrivelse fra sygehus til hjemmepleje, der er fokus på. Her er der noget at tage fat på med de nye lovpligtige aftaler på området. Aftalerne skal sikre koordinerede udskrivningsforløb til gavn for patienter, pårørende, sygehusafdeling og hjemmepleje.

"Sundhedspersoners ansvar" har fået et nyt, selvstændigt kapitel, og det er udbygget med omtale af alternative behandlere.

I et af afsnittene kommer forfatteren ind på omhu og samvittighedsfuldhed, tidligere lov om sygeplejerske § 5, nu autorisationsloven § 17. Her skriver han, at det ikke er muligt at opstille et katalog over, hvad der opfattes som omhu og samvittighedsfuldhed. Det bliver derfor op til patientklagenævnet og domstolene at bedømme indholdet i disse begreber. Sundhedsstyrelsens og de enkelte sygehusafdelingers instrukser og vejledninger inddrages, formentlig sammen med eventuelle kliniske retningslinjer på området.

Nyt er også kapitel otte om sundhedspersoners dokumentationspligt.

Sygeplejersker, ergoterapeuter og fysioterapeuter er ikke omfattet af journalføringspligt, men pligten til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed forudsætter ordnede optegnelser, og på den måde er vi omfattet af reglerne.

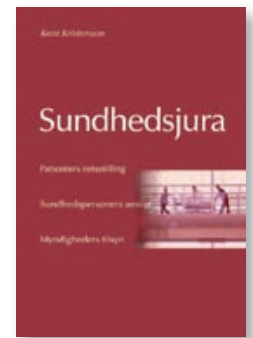
Reglerne om patientsikkerhed er lagt ind i sundhedsloven, og her har regionerne et ansvar.

I begge udgaver af bogen savner jeg omtale af patienters ret til erstatning.

Det er vigtigt for sundhedspersonalet at kende den juridiske baggrund for arbejdet. Der bliver stillet større krav til os fra patienter, pårørende, arbejdsgivere og kollegaer, jura er blevet en del af sygeplejen.

"Sundhedsjura" er en opslags- og grundbog for sundhedspersonale, og den er velegnet på afdelinger, i hjemmeplejen og på uddannelsesinstitutioner.

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



Kent Kristensen

Sundhedsjura

2. udgave, 2007

Gads Forlag

260 sider – 235 kr.

ISBN 978-87-12-04312-6

Fremhæv metodiske faldgruber

Bogen giver indblik i indholdet i en række kvalitative metoder. Den er beskrivende og giver et overordnet indblik i tankegangen bag de kvalitative metoder. Konteksten og de konkrete eksempler er hentet fra psykologien, men eksemplerne er lette at overføre på andre faglige discipliner. Der er mange forskellige hovedemner i bogen, f.eks. casestudier, anvendelse af selvbiografier og det kvalitative forskningsinterview. Beskrivelserne giver en god teoretisk indsigt, så man vælger den rette metode til sin problemstilling.

Det nye i denne udgave er afsnittet om diskursanalyse og introspektive metoder. Afsnittet om diskursanalyse er beskrivende, og de forskellige retninger inden for diskursteorier bliver fremhævet. Der er ingen eksempler på, hvordan man kan udføre en diskursanalyse, hvis man sidder med en konkret opgave.

Mange sygeplejersker anvender interview som kilder i deres opgaver og projekter. Her i bogen får man et godt overblik over, hvordan man planlægger og gennemfører interview. Der er også et bud på, hvordan man systematiserer og bearbejder de mange data, der fremkommer via interview. Vægtningen mellem planlægning, gennemførelse og derefter bearbejdning er ikke jævn. Afsnittet giver indtryk af, at planlægning og gennemførelse er det primære og bearbejdningen se-

kundær, da analysedelen ikke har en central plads. Dvs. at man får det indtryk, at analyse af interviewdata ikke er så vigtigt. Det er ærgerligt, da det netop er kimen til at få det optimale ud af interview.

Bogen er anvendelig for de sygeplejersker, der ønsker at få et overblik over forskellige kvalitative metoder, og der er mange brugbare kildehenvisninger, en del med videnskabsteoretiske vinkler. De fleste kapitler præsenterer metodernes videnskabsteoretiske rødder, og der er skrevet et lille afsnit om kritik af metoden. Her er den metodiske kritik meget overordnet, f.eks. indeholder kritikken ofte de klassiske metodediskussioner om, at kritikken mod den kvalitative forskningstradition er kommet fra de kvantitative traditioner. Her er det ærgerligt, at forfatteren ikke direkte fremhæver de konkrete metodiske faldgruber, som er til stede inden for de kvalitative metoder. Der er lige så mange kvaler og bias i den kvalitative forskning som inden for den kvantitative del.

Af Gitte Lindermann, cand.scient.pol., sygeplejerske, ansat som specialkonsulent i Psykiatrivirksomheden, Region Hovedstaden, og ekstern lektor på Institut for Statskundskab, Københavns Universitet.



Emil Kruse

Kvalitative forskningsmetoder

6. udgave

Dansk Psykologisk Forlag 2007

388 sider – 348 kr.

ISBN 978-87-7706-435-7

En kristen vinkel på sorg



Flemming Kofoed-Svendsen
Døden, sorgen, håbet
 Rosinante forlag 2007
 173 sider – 199 kr.
 ISBN 978-87-638-0455-7

Bogen tager udgangspunkt i forfatterens egne smertelige tab, idet han under tsunamien i Asien i julen 2004 mistede sin søn *Jacob*, sin svigerdatter *Lisbeth* og børnebørnene *Silas* og *Regitze*. Bogen skildrer, hvordan døden, sorgen og håbet kan påvirke et menneske. Det er en personlig beretning, men det er mere end det. *Kofoed-Svendsen* formår at almengøre tabet og sorgen, så det lader sig gøre for mennesker med tab og sorg at identificere sig med bogens indhold.

Formålet med bogen er at give mennesker hjælp til at leve med tabet, og det forsøger forfatteren at gøre ved at beskrive, hvordan tabet og døden kan blive en del af ens identitet. Det er tydeligt, at forfatteren selv er blevet rystet i sin grundvold og har oplevet sin identitet truet gennem det voldsomme tab. Svaret for *Kofoed-Svendsen* er, at man må tage det første skridt ind i tabets og smertens virkelighed. Han beskriver også den forskellighed, hvormed vi reagerer på tabet, men samtidigt understreger han, at vores reaktioner hænger sammen med de valg, vi træffer, og den forandring, vi erfarer gennem tabet. Selv vælger han at forsøge at vende spørgsmålet hvorfor? til "Hvordan kan jeg leve med det, der er sket?" Dødens erfaring bliver en udfordring til livet.

Afsnittet om tab fylder kun få sider, ligesom afsnittet om håb er ret kortfattet. Tabet beskrives ud fra egne erfaringer, hvor han skildrer katastrofen, hvordan han

modtog budskabet, om rejsen til Thailand, hvor katastrofen fandt sted og om mindehøjtideligheden.

Afsnittet om håb handler om, hvad man som kristen kan sige om tiden efter døden, om Jesu genkomst og det evige liv, og her bliver *Kofoed-Svendsen* mere teolog end et menneske, der er ramt af sorg.

Det er sorgen, som fylder mest i bogen og i forfatterens liv. Han beskriver den ensomme vandring gennem sorgens landskab og sammenholdet i familien, der gjorde det både vanskeligere og lettere. Udfordringen har været at integrere tabet, dvs. døden, i livet, så det er blevet en del af hans identitet.

Kofoed-Svendsen er kendt i det offentlige rum, har været medlem af Folketinget og i en kort periode boligminister. Yderligere er han præst og et stærkt troende menneske. Han stiller mange religiøse spørgsmål, som for ham er dybt personlige. Han stiller ikke blot spørgsmålet, hvorfor Gud tillader det onde, men også hvorfor tillader han, at min familie mistede livet? Netop den personlige måde at arbejde med de religiøse spørgsmål på gør bogen troværdig.

Ønsker man at vide, hvordan et kristent menneske kæmper med spørgsmål og svar i sorgen, er her meget at hente, men er en kristelig vinkel ikke, hvad man søger, må man finde en anden bog.

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

Tag en professionel uddannelse inden for sundhed og velvære

- Massør
- Kostkonsulent
- Helbredskonsulent
- Sportsterapeut
- Sundhedskoach
- Stolemassør

Sport-massageskole.dk

København og Århus



Du kan på vores hjemmeside
www.sport-massageskole.dk
 få flere oplysninger




Synergi

DSR's nyhedsbrev

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

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

Essensen af coaching

 Denne bog er på samme tid enkel og klar i sit budskab og meget righoldig på overvejelser om hensigt, metode og etik ved coaching.

Bogen har fokus på, at coaching er et jordnært værktøj, en metode, der kan anvendes af alle, der besidder nysgerrighed, har respekt for og kan anerkende andres opfattelser. Som coach skal man kunne strukturere en samtale, være i stand til at tie stille og give plads for refleksion, og ikke mindst lade den, man vil hjælpe, træffe sit eget valg.

Bogen slår fast, at coaching ikke er en akademisk uddannelse, men en rigtig god metode, der hjælper andre til at hjælpe sig selv og stå ved sig selv.

Forfatteren afgrænser begrebet coaching i forhold til terapi, supervision, rådgivning, sparring og mentoring og er meget klar i den afgrænsning.

Det er gennemgående i bogen, at det at coache i høj grad er ved at blive en ledelsesmæssig kompetence. Der er mange klare overvejelser på, i hvilke situationer det er en fordel at coache en medarbejder, og i hvilke situationer man skal afholde sig fra det.

Forfatteren beskriver en helt enkel metode som værktøj og gør meget ud af at klargøre betydningen af formuleringen af spørgsmålene og af måden at stille dem på. Spørgsmålene danner baggrund for refleksion hos fokuspersonen, den der ejer problemet. Refleksionen tager udgangspunkt i en cirkulær forståelse. Den cirkulære tankegang adskiller sig fra den mere gængse lineære tankegang ved at udforske sammenhænge omkring problemet i stedet for årsager til problemet. Refleksion er nøglen til coaching.

Coaching er en særlig form for samtale, der er aftalt på forhånd, som er tvangfri og tidsafgrænset, og hvor formålet er at danne baggrund for refleksion, der skal fremme selvstyring samt personlig og faglig udvikling.

Coaching er at stille sig til rådighed for et andet menneske, at være den andens nysgerrige, respektfulde, fastholdende samtalepartner, der hjælper den anden med at nå frem til det bedst mulige resultat i forhold til den problemstilling, samtalen har drejet sig om.

Når coaching i dag er ved at blive en del af ledelseskompetencen, er det bl.a., fordi der er sket en ændring i menneskesynet. I dag opfattes medarbejderne som engagerede, interesserede i at udvikle sig personligt og villige til at påtage sig et ansvar. Det mere nuancerede menneskesyn kommer til udtryk i den meget anderledes måde at bedrive ledelse på i dag, hvor man i langt højere grad er optaget af selvstyring og ansvarsdeling. Coaching er et udtryk for dette menneskesyn.

Det er absolut en bog, som med stor fordel kan bruges i sygeplejen både af ledere og i uddannelsesmæssige sammenhænge. Coaching er både et ledelsesværktøj og et værktøj til at forstærke indlæring, da det vil give mulighed for at få bearbejdet og afklaret de vanskeligheder, der ofte er med at omsætte det indlærte til egen praksis.

Bogen indeholder essensen af, hvad coaching er og kan bruges til.

*Af Vibeke Thorsen, supervisor og konfliktmægler,
selvstændig konsulent.*



Josef Guldager

Coaching

Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
2007

94 sider – 129 kr.

ISBN 87-17-03920-7

MARTE MEO

TERAPEUT UDDANNELSEN

September 2007 - februar 2009

Enkelte ledige pladser

ROSKILDE
PÆDAGOGSEMINARIUM

Få flere oplysninger på

www.rossem.dk
eller tlf. 72481600

www.cvusj.dk



FAMILIEPLEJEN FREDENSBORG



WEEKENDFAMILIER SØGES I HOVEDSTADSREGIONEN

Vi søger familier der i en til to weekender om måneden samt eventuelt i ferier har lyst til at være netværks-/aflastningsfamilie for et til to handicappede børn, hvis forældre har behov for et pusterum fra hverdagen.

Familieplejen tilbyder kurser, som vil gøre jer i stand til at løse opgaven. Desuden vil I modtage løbende vejledning og støtte af familieplejekonsulenter og psykologer.

Har I lyst til at høre mere om at være plejefamilie for et handicappet barn, så ring på 4846 0800 til Hanne Schierup, Michael Holmen eller Dennis Madsen, eller send os en mail på ffa@ffa.dk.

I kan også besøge vores hjemmeside
www.ffa.dk

Kongevejen 47 • 3480 Fredensborg
Tlf.: 48460800 • ffa@ffa.dk • www.ffa.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,
Hillerød.



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



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

For fedt

I min egen familie har vi på forunderlig vis fået nogle vaner, der betyder, at vi alle fem er i normalområdet, hvis man udelukkende fokuserer på vægt. En væsentlig grund til, at det er lykkedes at holde kalorieindtagelsen på et fornuftigt niveau, er formentlig, at vores kogekunst ikke er noget at prale af, så ingen får spist mere end nødvendigt.

Min kone skal dog også tildeles noget af æren. Hun er ikke noget specielt firkantet menneske, men når det drejer sig om forholdet mellem indtaget og forbrændte kalorier, så er hun altid gået meget matematisk til værks i sin børneopdragelse. Et opvækstvilkår, der betød, at mine børn kunne læse varedeklarationer, før de kunne læse Anders And. En søndag morgen, hvor der står flere fristelser end normalt på bordet, så vil en bemærkning som denne typisk falde: "Smag nu godt efter og spørg dig selv, om det ikke er spild af kalorier at snuppe endnu et stykke wienerbrød."

Jeg tror, at bemærkningen er faldet så mange gange, at den uden problemer kan dukke op i en sølvbryllupstale.

Forleden dag kom jeg træt og stresset hjem fra arbejde, fordi den nye kommunalreform har forvandlet mit arbejdsliv til noget, der minder om en let form for tortur. I et forsøg på at stresses af og blive menneske igen trak jeg i et par løbesko og tøffede mosen rundt. Jeg har svært ved at styre tankerne, når jeg løber, og pludselig tog jeg mig i at stirre på en kvindes store bagdel, der på en fascinerende måde svingede taktfast fra side til side. Da jeg passerede hende, kunne jeg se et par trætte og modløse øjne, der udstrålede en bevidsthed om, at der ventede hende mange løbeture og gulrødder, hvis hendes løbeture skulle udvikle sig til en fornøjelse.

Hun kæmpede langt hårdere end jeg for at komme mosen rundt. Tænk, hvis hun var startet lidt tidligere med at bruge al den energi på at holde sig i form, eller hvis nogen havde grebet tidligere ind og hjulpet hende til at få nogle bedre vaner.

"Tænk, hvis hun var startet lidt tidligere med at bruge al den energi på at holde sig i form."

Det glæder mig derfor, at sundhedsplejerskerne i Gladsaxe Kommune har etableret projekt Flik-Flak. Det er et projekt, der er målrettet overvægtige børn, og det ser ud til, at de er i stand til at ændre børns vaner. I projektet er der ingen løftede pegefingre, og det er børn og forældre, der selv sætter deres mål. Filosofien i projektet er, at hvis børn skal forandre livsstil, så skal forældrene bakke dem op. Det viser sig i praksis, at det ofte er børnene, der er katalysator for familiens forandringsproces, og at det er dem, der holder fast i konkrete forslag og mål.

Familien støttes i at udforske sine vaner, og sundhedsplejerskerne bidrager med ekspertise i takt med, at familien efterspørger viden i forhold til at opnå deres opstillede mål. Når familien opnår succeser i forhold til deres målsætninger, så fokuseres der på disse, således at familien kan opbygge en ny positiv familiefortælling.

Sundhedsplejerskernes erfaringer viser, at forældrene og børnene gerne vil tage imod hjælp, selvom det er hårdt arbejde at ændre livsstil og tabe sig. Den store succes med at rekruttere familier til projektet skyldes, at det er skolelæreren eller sundhedsplejersken, som familien har tillid til, der tilbyder familien at indgå i projektet.

Man har på landsplan således gode forudsætninger for at kunne forebygge overvægt og dens fysiske, sociale og psykiske negative følger.

Man ved, hvad der virker: sundhedsplejerskerne har kendskab til de fleste børnefamilier med vægtproblemer, således at hjælp kan tilbydes tidligt, og familierne er motiveret for at få hjælp.

Indsatsen har dog den finansielle svaghed, at den økonomiske gevinst af indsatsen først høstes langt senere. Et vilkår, projektet har tilfælles med andre indsatser, hvor der satses på forebyggelse. Det er derfor nødvendigt, at politikerne er så langsynede i deres økonomiske planlægning, at de prioriterer at forbedre folkesundheden bl.a. i forhold til kost, motion, rygning, alkoholmisbrug, arbejdsmiljø, stress og psykiske problemer. Sundhedspolitik er andet end hvide kitler og ventelister.

Hvis indsatsen lykkes, så må jeg lære at leve med, at det er mig, der bliver overhalet, når jeg futter rundt i mosen.