

Lovforslag er indgreb i den personlige frihed • 4

Truslen fra SARS og fugleinfluenza skærper beredskabet • 10

Sundhedskoordinatorer hjælper syge borgere • 22

Flere af torturens elementer indgår i sygeplejen • 40

# SYGEPLEJERSKEN 1

Fire forestillinger  
om overvægt • 34

# Sygeplejersken

giver dig fremover to muligheder,  
når du søger efter nye medarbejdere.

Profilere dig og din virksomhed

Behov for ekstra hurtig rekruttering

## Når du skal profilere dig og din virksomhed

Her kan du – som hidtil – udnytte den allerede kendte mulighed med en **annonce i tidsskriftet**, samtidig får du:

- Din annonce hurtigt på nettet
- Kandidat-Garanti\*
- Tilbud om hjælp til tekstudformning
- Mulighed for storkunderabat
- Placering i forreste del af stillingssiderne
- Placeret forrest i søgninger på nettet

\*Kandidat-Garanti gælder fra ½ side og opefter.

Uanset hvilken af de to annoncemuligheder, du foretrækker, kommer du i kontakt med en stor gruppe aktive, bevidste jobsøgere, som du ikke kommer i kontakt med andre steder.

## Når du har behov for ekstra hurtig rekruttering

Her kan du udnytte den nye annonceringsmulighed – **Netannoncer** – hvor du selv taster annoncen ind på nettet ved hjælp af dit brugernavn og din adgangskode. Begge dele modtager du op til nytår.

Modtager du ikke brugernavn og kode, kan det frit rekvireres hos Dansk Mediaforsyning på tlf. 70 22 40 88 eller på [dsrjob@dmfnet.dk](mailto:dsrjob@dmfnet.dk)

Når du har indtastet og godkendt annoncen, bliver den placeret på nettet, og der skabes automatisk en henvisning, som placeres i det førstkommande nummer af Sygeplejersken.

Ønsker du flere oplysninger, er du velkommen til at kontakte Dansk Mediaforsyning.

Det gælder naturligvis også, hvis det ikke lige lykkes første gang med din indtastning.

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



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



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



**Sygeplejefaglig  
medarbejder**  
Jette Bagh  
jb@dsr.dk  
Tlf.: 4695 4187



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



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



**Journalist**  
Grethe Kjærgaard (DJ)  
gk@dsr.dk  
Tlf.: 4695 4181



**Journalist**  
Anne Skrubbeltang Thomsen  
ast@dsr.dk  
Tlf.: 4695 4224



**Webjournalist**  
Lars Flindt Pedersen (DJ)  
lfp@dsr.dk  
Tlf.: 4695 4192



### 10 Dødelig smitte skærper beredskabet

De canadiske erfaringer med SARS-epidemien i 2003 har fået stor betydning for, hvordan Danmark vil tackle en evt. kommende epidemi.

### 14 Naboerne var bange for mig

Canadisk sygeplejerske, som var udvalgt til at passe SARS-patienter, tænkte konstant på, hvordan hun skulle undgå at få smitten med hjem.

### 18 Ingen kommer ind uden at desinficere hænderne

Besøgende på York Central Hospital må som alle andre vaske hænder med desinficerende gel.

### 19 Svært ikke at kunne støtte patienter og pårørende

### 20 Jeg har aldrig før været så syg

### 20 Sygeplejersker skal indtages i beslutningerne

### 21 Det var skræmmende og kaotisk

### 22 Et anker midt i kaos

Sundhedskoordinator holder styr på alle aftaler for kræftpatient.

### 22 Den, der binder det hele sammen

I alt seks sygeplejersker skal hjælpe borgerne på Frederiksberg til at kunne overskue deres sygdomsforløb.

### fag

### 34 Sygeplejerskers forestillinger om overvægt

Sygeplejersker kan hjælpe overvægtige patienter på en mere kvalificeret måde, hvis de erkender egne fordomme og bearbejder dem med faktuel viden.

### 40 Den store og den lille ondskab

Sygeplejersker kan have de bedste hensigter, men alligevel komme til at gøre deres patienter ondt.



### i hvert nummer

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| 4 Aktuelt                   | 39 Dilemma                  |
| 26 Dansk Sygeplejeråd mener | 45 Anmeldelser              |
| 26 Debat                    | 46 Fem faglige minutter     |
| 29 Synspunkt                | 47 Stillingsannoncer        |
| 30 Navne/In memoriam        | 62 Kurser/Møder/Meddelelser |
| 32 Faglig information       |                             |

Forsidefoto: Nicolai Howalt

**”Der er store perspektiver i at fremme sundhed frem for at sælge produkter, der ødelægger livet for kunderne. En ny sundhedsindustri er ved at tage form, og potentialet er gigantisk.”**

*Stig Prammig, læge, direktør for Oxford Health Alliance, Oxha, en fond, der fungerer som globalt netværk af forskere i WHO, Verdensbanken og fødevarer virksomheder, til Berlingske Tidende.*

# Sygeplejersker skal følge kronisk

Af Anne Skrubbeltrang Thomsen, journalist

**Anbefaling.** Særligt udsatte kronisk syge skal have en fast sygeplejerske knyttet til sig. Positivt, synes patienttalsmand, men påpeger samtidig, at man ikke må glemme at respektere patienternes integritet.

Omkring 1,5 millioner danskere er kronisk syge. Og mere end halvdelen af dem falder ud af behandling. Sundhedsvæsenet skal derfor laves om, så det passer til det sygdomsmønster. Her skal sygeplejersker have en ny arbejdsfunktion som såkaldt case manager – en person, der følger mennesker med kroniske sygdomme tæt. Det er blandt anbefalingerne i en rapport, som Sundhedsstyrelsen netop har udgivet.

*Svend Juul Jørgensen, lægelig konsulent i Sundhedsstyrelsen:*

”Når patienten har en case manager tilknyttet – typisk en sygeplejerske – vil man opnå et mindre kompliceret sygdomsforløb og færre indlæggelser,” forudser han.

Det bygger han på de erfaringer, man har gjort sig i bl.a. England og Holland.

Case manageren skal tage sig af kronikere, som er blevet udskrevet fra hospitalet, men stadig har brug for hjælp, fordi deres sygdom gør, at der er meget at holde øje med. De vil også kunne tage sig af de kronisk syge, som er dårlige til at overholde behandling eller til at forbedre deres livsstil.

Formålet med case manageren er at forbedre patientens situation, men også at få sundhedsvæsenet til at fungere mere effektivt.

”Lægerne – og måske især de praktiserende læger – bruger deres tid på nogle ting, som ikke altid er fuldt ud hensigtsmæssige, hvoraf nogle af dem måske oven i købet kunne gøres bedre af andre personalegrupper,” siger Svend Juul Jørgensen.

Case manageren vil, ifølge Svend Juul Jørgensen, ikke mindst kunne spille en vigtig rolle i de nye kommuner.

”Kommunerne vil have en interesse i at sikre, at patienterne får minimeret uhensigtsmæssigt sygehusforbrug, fordi kommunerne selv skal betale for det,” siger Svend Juul Jørgensen.

*Karsten Skawbo-Jensen* er formand for Patientforeningen Danmark. Umiddelbart ser han positivt på idéen om case manager.

”Sygeplejersker kan hjælpe de kronisk syge til et mere sammenhængende forløb og kan være patientens advokat over for systemet. Og så kan en sygeplejerske i sin egenskab af case manager i det hele taget være god til at lytte, forklare og give gode råd,” siger han.

Dog mener han, at man skal passe på, at patienterne ikke kommer til at opleve case managerens rolle som ubehagelig.

”Der er en fare for social kontrol og umyndiggørelse – altså at man i misforstået venlighed og ønsket om effektivitet kommer til at omklamre den syge. Frihed er vigtigt for mennesker uanset hvilken sygdom de har.”

## Vidste ud at ...

... der er områder i Europa, hvor der er flere overvægtige end i USA? F.eks. er 78 pct. af de græske mænd og 74 pct. af kvinderne overvægtige eller ligefrem fede, mens forekomsten i USA samlet er 67 pct.

Kilde: EU. Grønbog om overvægt, fedme og kroniske sygdomme.

## Vidste ud at ...

... risikoen for at blive ramt af kronisk sygdom er mange gange mindre, hvis man har en lang uddannelse end en kort? 11,5 pct. af danskerne har en eller flere langvarige, meget hæmmende sygdomme. Blandt danskere med under ti års skolegang er 22,3 pct. ramt, blandt danskere med 15 års uddannelse eller mere er det kun 5,4 pct.

Kilde: Statens Institut for Folkesundhed. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000.

# Indgreb i den personlige frihed

Af Nina Vinther Andersen, journalist

**Høringssvar.** Dansk Sygeplejeråd vender sig mod lovforslag om tvangsmedicinering af psykisk syge.

Sammen med psykiatere og de sindslidende vender Dansk Sygeplejeråd sig i et høringssvar kraftigt mod et forslag fra regeringen om, at politiet skal kunne hente psykisk syge i deres eget hjem og med tvang føre dem ind på hospitalet for at medicinere dem.

”Vi synes, det er så indgribende i den personlige frihed, at politiet henter dem på deres adresse. I forvejen er psykiatriske patienter stigmatiserede. Det letter ikke noget for patienten,” siger afdelingschef i Dansk Sygeplejeråd, *Juddi Daugbjerg*.

Samtidig er Dansk Sygeplejeråd betænkelig ved, om allian-

cen mellem behandler, kontaktperson og patient nemmere kan ødelægges, når tvangen udvides, og patienten kan hentes af politiet i sit eget hjem.

Forslaget kommer, fordi Folketinget har pålagt regeringen at revidere psykiatriloven. Formålet er at styrke patienternes retsstilling i forbindelse med brug af tvang i psykiatrien, herunder at mindske brugen. Men samtidig er et andet af forslagens formål at sikre, at svingdørspatienter holdes fast i deres behandling.

Kritikere mener, forslaget om ambulans tvang er et skridt i den helt forkerte retning, nemlig mod mere og ikke mindre tvang i psykiatrien. De forudser, at sindslidende vil blive tvunget til at flygte fra deres eget hjem af frygt for at blive hentet af myndighederne,

og at ambulans tvang bliver en glidebane, som vil føre til, at flere og flere bliver tvangsmedicinerede. Også selv om loven kun sigter på en lille målgruppe.

”Vi mener, at man i stedet for, at politiet kommer på folks adresse og henter dem med tvang, skal udbygge den udgående funktion, som i dag findes i distriktspsykiatrien, og på den måde få patienterne tilbage på behandlingen, hvis de har droppet den. Hvorvidt det virker, er ikke godt nok belyst,” siger *Juddi Daugbjerg*.

Forslaget om ambulans tvang bygger på en rapport udarbejdet af konsulentfirmaet Rambøll Management. Imidlertid har Amtsrådsforeningens blad Mandat afdækket, at der ikke er videnskabeligt belæg for rapportens

# syge

dom. Så det bør altid være et frit valg, om man vil have en case manager eller ej," siger Karsten Skawbo-Jensen.

Connie Kruckow, formand for Dansk Sygeplejeråd, deler ikke bekymringen. "Sygeplejersker er uddannede til at håndtere mellem-menneskelige relationer. Og har stor respekt for patienternes integritet og medbestemmelse," siger hun.

I det hele taget synes hun, at anbefalingen om at bruge case managers peger i den rigtige retning.

"Det passer som hånd i handske med det, vi hele tiden har sagt: at sygeplejersker skal have en funktion, der handler om at koordinere, så patientforløbene bliver mere sammenhængende," siger Connie Kruckow. Dog så hun gerne, at der blev lagt op til, at case managerrollen omfattede en større gruppe af kronisk syge. Anbefalingen i rapporten er, at sygeplejersker bliver case managers i de tungere tilfælde, mens det generelt er den praktiserende læge, der holder i tovene, når den kronisk syge skal behandles.

Rapporten "Kronisk sygdom – Forudsætninger for det gode forløb – foreløbig rapport," udgivet af Sundhedsstyrelsen, kan downloades på [www.sst.dk](http://www.sst.dk), skriv "forløb" i søgefeltet i øverste højre hjørne.

Læs også artiklerne om sundhedskoordinatorerne i Frederiksberg Kommune side 22.



På to år har Dansk Sygeplejeråds amtskreds i Nordjylland fordoblet antallet af medlemssager, som vedrører stress og udbændthed.

## Nordjyske sygeplejersker slås med stress

**Sygemeldte.** Stress og udbændthed er et voksende problem på de nordjyske sygeplejerskers arbejdspladser. Det kan Dansk Sygeplejeråd, Nordjyllands Amtskreds, aflæse på antallet af medlemssager.

I 2002 havde det nordjyske amtskredskontor kontakt med 24 medlemmer, der var ramt af langvarig sygdom. I 2004 var der 52 medlemssager med denne baggrund, mere end dobbelt så mange. Stigningen skyldes sygemeldinger på grund af stress og udbændthed.

"Det er en skræmmende udvikling," siger amtskredsformand Jytte Wester.

"Og man skal huske, at tallene kun viser, hvor mange amtskredsen kommer i kontakt med."

Problemet er ikke koncentreret til bestemte afdelinger eller arbejdspladser. Det findes både på sygehusene og i kommunerne. Men Jytte Wester har noteret sig, at flere ledere bliver syge af stress.

Hun har holdt møde om de mange sager med Nordjyllands Amt og er i første omgang tilfreds med, at arbejdsgiverne er opmærksomme på problemet.

"Men opmærksomhed er ikke nok. Der skal bedre normeringer til, og der skal gøres mere for at forebygge, at sygeplejersker bliver syge af at gå på arbejde." (kb)

positive konklusion om, at ambulans tvang virker. En litteraturn gennemgang fra det internationale anerkendte Cochrane-samarbejde viser, at der ikke findes videnskabelige beviser for, at ambulans tvang virker bedre end almindelig psykiatrisk behandling. Samtidig henvises der i rapporten til de gode erfaringer fra Norge og Sverige. Ingen af de to lande har imidlertid gennemført systematiske undersøgelser over erfaringerne.

### Positive eftersamtaler

Lovforslaget rummer imidlertid også positive elementer.

"Det bedste er, at der overordnet set bliver taget bedre hånd om patienternes retsstilling," siger Juddi Daugbjerg.

Forslaget lægger også op til, at

lægerne bliver forpligtet til at besøge patienter, som bæltefikseres, mindst fire gange i døgnet og vurdere, om det er muligt at lukke patienten ud af bæltet. Hvis det ikke er sket inden for to døgn, skal en anden psykiater tilkaldes for at give et uvildigt syn på sagen og tale med patienten.

Juddi Daugbjerg hæfter sig ved, at lovforslaget lægger op til samtaler med patienterne efter brug af tvang.

"Både for at patienten kan arbejde oplevelsen og personalet kan få feedback," siger hun.

Af positive elementer kan også nævnes, at der foreslås tildeling af patientrådgiver ved tvangsindgreb og tydelige, skriftlige husordener.

Folketinget skal debattere lovforslaget i denne måned.

## Jagt på bedre data om sygehusinfektioner

Af Søren Palsbo, redaktør

**Forebyggelse.** Ekspertene overvejer, hvordan vi får mere præcise og brugbare data om smittespredning på sygehuse.

Sygehusenes hygiejneorganisationer ønsker mere brugbare data og friskere data i kampen mod sygehusinfektioner. Derfor vil den næste landsdækkende opgørelse af sygehusinfektioner foregå på en anden måde end de hidtidige stikprøveundersøgelser.

Det oplyser afdelingslæge *Elsebeth Tvenstrup Jensen*, Det Centrale Afsnit for Sygehushygiejne (CAS) under Statens Seruminstitut. Det er Det Centrale Afsnit for Sygehushygiejne, som rådgiver, udvikler nationale retningslinjer og overvåger sygehusinfektioner i Danmark. De seneste tal er fra efteråret 2003. Undersøgelsen omfattede 4.226 patienter og viste, at tæt på 10 pct. af patienterne fik en infektion under opholdet på sygehuset.

Elsebeth Tvenstrup Jensen siger, at den hidtil anvendte opgørelsesmetode ikke gør det muligt at vægte betydningen af mangelfuld håndhygiejne og rengøring for udvikling af sygehusinfektioner. Mangelfuld håndhygiejne er dog stadig den største synder, hvad angår smittespredning på sygehuse.

"Rengøringen betyder noget, men vi kan ikke sætte størrelser på. Hvis der er snavsede overflader, så rører man ved dem med hænderne, og så kan personalet tage bakterier og virus med til flere patienter," siger hun og uddyber:

"Problemet er ofte at være sikker på, at håndhygiejnen bliver udført, sådan som forskrifterne siger. Vi ved fra en udenlandsk undersøgelse efter udbrud af

Roskildesyge, at til trods for, at man gjorde grundigt rent – i det konkrete tilfælde drejede det sig om et hotel – så blev både personale og gæster syge igen. Der er tale om en virus, der overlever i rigtig lang tid i miljøet. Derefter gik man i gang med at desinficere på håndgreb og andre steder, mange rører ved, og så fik man endelig has på sygdomsudbruddet. Men generelt er det svært at sige, hvor stor en del af smittespredning der skyldes mangelfuld håndhygiejne, og hvor stor en del der skyldes mangelfuld rengøring."

Elsebeth Tvenstrup Jensen tilføjer, at man generelt prøver at begrænse brugen af desinfektionsmidler, til der virkelig er brug for dem. Desinfektionsmidlerne er miljøbelastende og kan være generende for personalet, der arbejder med dem. Nogle desinfektionsmidler virker ikke særlig godt på snavsede overflader. Derfor skal man som oftest gøre rent med almindelige rengøringsmidler først.

Opgørelserne af sygehusinfektioner i Danmark i 2003 og 1999 kommenteres i den seneste rapport fra projektet DGMA (Den gode medicinske afdeling). Rapporten omhandler indikatorer for registrering af sygehusinfektioner og konstaterer bl.a., at stigningen i tallene kan forklares med den udvikling og de forandringer, der er sket gennem de sidste årtier i behandlingsmuligheder og organiseringen af det danske sundhedsvæsen. "Den medikotekniske udvikling resulterer i, at man kan behandle stadigt flere patientgrupper, hvilket bl.a. betyder en større andel immunsvækkede indlagte patienter på sygehuse," hedder det bl.a. i rapporten.

## Sexchikane på

Af Susanne Bloch Kjeldsen, journalist

**Nærgående.** *Undersøgelse viser, at sexchikane ikke er et københavnerfænomen. Det foregår også i Nordjylland. På Aalborg Sygehus har hver fjerde afdeling oplevet tilfælde, hvor personalet har været udsat for seksuel chikane fra enten patienter eller kolleger.*

Sikkerhedsleder på Aalborg Sygehus, *Laila Baadsgaard Jørgensen*, reagerede, da hun i efteråret læste i *Sygeplejersken*, at hver ottende sygeplejerske ifølge en undersøgelse har været udsat for seksuel chikane.

"Jeg kunne godt tænke mig at vide, om fænomenet er særlig udbredt i nogle egne af landet, f.eks. København, eller om det også gælder for Nordjylland. Derfor besluttede vi i sikkerhedsorganisationen at sende et minispørgeskema ud til alle 41 afdelinger," for-

tæller *Laila Baadsgaard Jørgensen*, som er uddannet arbejdsmiljøsygeplejerske. Hun satte emnet sexchikane på dagsordenen til møde i Sektorudvalget, som er det fælles forum for sikkerheds- og samarbejdsudvalget. På mødet kunne hun præsentere resultatet af miniundersøgelsen.

I alt 32 afdelinger svarede på skemaet, og otte afdelinger skrev, at de havde oplevet enkelte episoder. Det drejer sig især om sexchikane fra patienter, men også sager om kolleger.

En afdeling svarede, at de havde haft et tilfælde af kollegachikane, som var endt med en skriftlig advarsel til den pågældende. Kun halvdelen af de afdelinger, som svarede, mente, at de ville høre om det, hvis der fandt sexchikane sted. Resten svarede enten nej eller ved ikke.

## Advarer imod at forringe

**EU.** Regeringens ønske om bedre sammenhæng mellem arbejds- og familieliv hænger ikke sammen med at svække lønmodtagerbeskyttelsen af bl.a. sygeplejersker ved ændring af EU-arbejdstidsdirektivet.

Det påpeger Dansk Sygeplejeråd i et brev til beskæftigelsesminister *Claus Hjort Frederiksen (V)*, som ved EU-beskæftigelsesministrenes seneste møde støttede et britisk forslag om ændring af arbejdstidsdirektivet.

Ministrene blev ikke eni-

ge. Det britiske forslag ville blandt andet åbne for individuel forøgelse af den maksimale ugentlige arbejdstid og indføre et nyt begreb: "inaktiv tid" under vagt fra vagtværelse.

"Patientsikkerheden er et kerneområde også for vore medlemmer, hvis vi skal udføre pleje af en høj professionel standard. En vedtagelse af "opt out"-bestemmelsen samt indførelse af begrebet "inaktiv tid" i arbejdstidsdirektivet vil bringe patientsikkerheden i fare samt være til alvorlig skade

# dagsordenen



ARKIVFOTO: SØREN SVENDSEN

På Aalborg Sygehus skal de enkelte afdelinger i gang med at drøfte, hvordan de forebygger seksuel chikane, og hvad man stiller op, når en medarbejder føler sig ramt.

specifikt nævner ordet sexchikane. Sektorudvalget anbefaler, at de enkelte lokale afdelinger drøfter problemet og ser på, om der er noget, man kan gøre for at forebygge seksuel chikane."

"På neurologisk afdeling, som har demente og udadreagerende patienter, er det tydeligt, at man er god til at håndtere tilfælde af sexchikane. Måske kan andre afdelinger blive bedre til at forebygge, hvis man drøfter problemet lokalt," siger Laila Baadsgaard Jørgensen.

Sygehusets sikkerhedsorganisation er ved at planlægge en trivselsundersøgelse blandt personalet til efteråret.

"Vi overvejer at tage spørgsmål om seksuel chikane med i undersøgelsen for at få belyst, hvordan medarbejderne oplever problemstillingen," siger Laila Baadsgaard Jørgensen.

## Lederen har ansvaret

Det er lederens ansvar at sørge for, at det psykiske og fysiske arbejdsmiljø er sundt. På Aalborg Sygehus er oversygeplejerske på Børneafdelingen, *Else Lervad-Andersen*, ansvarlig for sikkerheden.

"I vores sikkerhedsgrupper er vi ved at lægge sidste hånd på en lokal tilpasning af sygehusets voldspolitik. Jeg vil sørge for, at seksuel chikane kommer med i den politik," siger hun.

Else Lervad-Andersen mener dog ikke, at problemet er stort på afdelingen:

"Jeg har spurgt afdelingssygeplejerskerne, og de får ikke mange meldinger om tilfælde af krænkelse."

*Kan det ikke være, fordi personalet er usikre på, hvor meget de skal kunne tåle i deres arbejde?*

"Det er et godt spørgsmål, det kan meget vel være," siger Else Lervad-Andersen.

På Neurologisk afdeling vil oversygeplejerske *Ellen Bonkegaard Olesen* sikre, at de lokale sikkerhedsgrupper og lokaludvalgene, hvor alle faggrupper er repræsenteret, er opmærksomme på problemer med seksuel chikane.

"Et initiativ kunne f.eks. være at lave en lokal trivselsundersøgelse, hvor vi også spørger til, om den enkelte medarbejder oplever seksuel chikane," siger Ellen Bonkegaard Olesen.

I Sektorudvalget diskuterede ledere og medarbejdere, om der er en politik, der forebygger, at personalet udsættes for seksuel chikane, og om den er god nok.

De nåede frem til, at den chikane, som patienterne står for, er omfattet af sygehusets vej-

ledning om vold, mens kollegachikane er omfattet af Arbejdstilsynets vejledning om mobning og chikane.

"Der var ikke stemning for at lave en specifik politik for seksuel chikane, fordi vi allerede har politikker, der skal tage højde for problemerne, selvom den ikke

## arbejdsmiljø

for vore medlemmers arbejdsmiljø," skriver Dansk Sygeplejeråds næstformand *Grete Christensen* i henvendelsen til beskæftigelsesministeren. Opt out betyder at vælge at stå uden for (eller ikke deltage i) noget.

Dansk Sygeplejeråd frygter, at svækkede arbejdsmiljøbestemmelser vil få negative konsekvenser for rekrutteringen til sygeplejefaget i Danmark, hvor der i øjeblikket mangler 1.000 sygeplejersker.

(sp)

## 2,4 procent mere effektive

**Sygehustempo.** Hvert år bliver danske sygehuse en lille smule mere effektive. Fra 2003 til 2004 steg den samlede produktivitet med 2,4 pct., viser de nyeste tal.

Når man beregner produktiviteten, ser man først på værdien af sygehusenes produktion (DRG-værdien) og sammenholder den så med udgiften. Fra 2003 til 2004 steg værdien med 3,8 pct., mens udgifterne kun steg med 1,4 pct. Derfor er der en gevinst på 2,4 pct.

Der er store udsving amterne imellem. Sygehuse i Vejle, Roskilde, Århus og Ribe er mere produktive end gennemsnittet, mens Bornholm, Sønderjylland og Nordjylland ligger i bunden produktivtetsmæssigt.

Det ved vi godt, lyder det fra formanden for Nordjyllands Amts sundhedsudvalg, *Karl Bornhøft*, i en kommentar på Aalborg Sygehus' hjemmeside.

"Det er ikke, fordi vores ansatte er dovne eller organiseringen på sygehuse er dårlig. Årsagen er den politiske prioritering, som et helt enigt amtsråd står bag. Vi har valgt et decentralt sygehusvæsen, vel vidende at det koster."

Det koster også at være et udkantområde. Aalborg Sygehus har højt specialiserede funktioner, som der lige knap er patienter nok til. Det går ud over produktiviteten.

(kb)

Se rapporten "Produktivtets-målinger i sygehusvæsenet" på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) under Nyheder.

## Vidste ud at ...

... antallet af overvægtige og fede børn stiger hurtigst i England og Polen? Polen ligger stadig på niveau med de nordiske lande, men i England er der efterhånden lige så mange børn med vægtproblemer som i middelhavslandene. Dvs. over 30 pct. af de 7-11-årige.

Kilde: EU. Platform on Diet, Physical Activity and Health 2005.

## Værdier i indsatsen for sindslidende

**Sammenhæng.** *Respekt, faglighed og ansvar* er tre centrale værdier i den tværsektorielle indsats i forhold til sindslidende. De tre værdier og tilhørende mål og konkrete anbefalinger beskrives i en ny publikation, som er udarbejdet i et samarbejde mellem Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Formålet er at skabe bedre sammenhæng i indsatsen for voksne sindslidende, som har behov for både behandling og en social indsats.

De fælles værdier i indsatsen for sindslidende er udarbejdet efter en folketingsbeslutning. Interessenter fra den sociale sektor og sundhedsvæsenet har været involveret i udarbejdelsen, som bygger på tilkendegivelser fra debatter, en konference i 2004 og høringsvar til et oplæg og et fælles værdigrundlag.

Publikationen "Fælles værdier i indsatsen for mennesker med sindslidelse" findes på Indenrigs- og Sundhedsministeriets hjemmeside [www.im.dk](http://www.im.dk) under "Publikationer" og findes desuden i en trykt version. (sp)

# Sygeplejersker med receptblok

Af Kirsten Bjørnsson, journalist

**England.** Med en autoriseret efteruddannelse vil engelske sygeplejersker snart få adgang til at ordinere stort set alle former for medicin.

Engelske sygeplejersker får bred adgang til at diagnosticere og behandle fra engang i foråret.

Den engelske sundhedsminister har bekendtgjort, at sygeplejersker og apotekere skal have lov til at ordinere medicin for alle sygdomme, bortset fra enkelte morfikapreparater o.l.

Forslaget skal sikre hurtigere og mere effektiv adgang til behandling og tage noget af presset af de praktiserende læger, siger sundhedsminister Patricia Hewitt. Men det har absolut ikke vakt begejstring i den engelske lægeorganisation.

Engelske sygeplejerskers ret til at ordinere medicin er blevet udvidet flere gange, siden sygeplejersker med særlig uddannelse fik ordinationsret i 2002.

"Sygeplejersker er den største faggruppe i NHS, og de har allerede bevist, at de ordinerer på en sikker, omhyggelig og professionel måde," sagde den engelske Chief Nursing Officer, Christine Beasley, da planen blev offentliggjort.

Foreløbig er 6.100 sygeplejersker efteruddannet til *nurse prescribers* med ret til at ordinere 240 typer receptpligtig medicin til lettere skade-

og sygdomsbehandling, sundhedsfremme, palliation og akutte tilstande.

5.700 af dem er også *supplementary prescribers*. Dvs. at de har udvidet ordinationsret inden for en *clinical management plan*, som de har udarbejdet sammen med en læge eller tandlæge. Målgruppen er patienter med kroniske sygdomme som astma og diabetes.

Den nye rolle som *independent prescriber* vil igen kræve en autoriseret efteruddannelse, og for at blive uddannet skal en sygeplejerske have mindst tre års klinisk erfaring og sin arbejdsgivers anbefaling.

Udvidet ordinationsret er et vigtigt led i moderniseringen af det offentlige britiske sundhedsvæsen NHS, fastslog sundhedsminister Patricia Hewitt, da hun offentliggjorde forslaget.

"Det er endnu et skridt frem mod et NHS, hvor patienterne selv bestemmer, hvor og af hvem de vil behandles," sagde hun.

Selvstændig ordinationsret vil ikke mindst være aktuell for de sygeplejespecialister, der kører klinikker for diabetikere og mennesker med kroniske hjertesygdomme.

Læs mere på [www.dh.gov.uk](http://www.dh.gov.uk)  
Søg på "nurse prescriber"

## Arbejdstilsynet spurgt om beskyttelse mod cellegift

**Arbejds miljø.** Sygeplejersker er udsat for at få rester af cellegift på sig ved arbejde med cytostatika. Det viser en hollandsk undersøgelse, og det har skabt usikkerhed blandt danske sygeplejersker. Derfor har Dansk Sygeplejeråd henvendt sig til Arbejdstilsynet (AT) og spurgt, om den hollandske undersøgelse giver anledning til nye anbefalinger ved håndtering af cytostatika. Dansk Sygeplejeråd henviser til den meget detaljerede AT-vejledning om arbejde med cytostatika (D.2.12).

Den hollandske undersø-

gelse var omtalt i Sygeplejersken nr. 17/2005. Undersøgelsen konkluderede blandt andet, at stoffet cyclophosphamid kan trænge igennem en latex- eller nitrilhandske, og at der var målt rester af cellegift på underarme og ansigtshuden hos sygeplejersker, der arbejdede med cytostatika. I et efterfølgende debatindlæg i Sygeplejersken nr. 19/2005 blev det fremhævet, at handsker stadig er en god beskyttelse. Samtidig blev de gældende retningslinjer repeteret, såsom overtrækskittel og handsker, samt

at gældende hygiejniske retningslinjer for handskeskift skal overholdes. Desuden, at urinhåndtering skal undgås.

Hvordan sikres, at engangshandsker og overtrækskitler er af egnet materiale og pasform, og hvilken instans skal fastsætte evt. standarder for valg af produkter, spørger Dansk Sygeplejeråd blandt andet i henvendelsen til Arbejdstilsynet.

Dansk Sygeplejeråd har orienteret Fagligt Selskab for kræftsyrgeplejersker om kontakten til Arbejdstilsynet.

(sp)



## EU: Gode forslag efterlyses

**For fedt.** I dag en overvægtig teenager. I morgen ramt af hjertetilfælde og diabetes. Den europæiske fedmeepidemi skal bremses, ellers bliver omkostningerne uoverskuelige, både i sygdom og penge, lyder det fra EU.

Der er områder, hvor det ikke er nok, at det enkelte land gør en indsats. EU-landene blev i foråret 2005 enige om, at fællesskabet har et særligt ansvar, når det gælder forbrugerinformation og mærkning, uddannelse, bedre rammer for mere fysisk aktivitet, reklamer og kostens sammensætning.

Men endnu har EU ikke en fælles strategi for forebyggelse af fedme og kroniske sygdomme.

Nu indkalder EU-Kommissionen forslag fra nationale sundhedsmyndigheder, eksperter og andre. Kommissionen har udsendt en grøn bog med facts og spørgsmål til sund kost og motion og beder om ideer til f.eks.:

- Hvordan kan politiske beslutninger bidrage til, at fysisk aktivitet bliver indbygget i daglige rutiner?
- Hvilken undervisning skal der til, for at folk kan forstå forbrugeroplysningerne på fødevarerne, og hvem er ansvarlig for undervisningen?
- Hvilken form for nationale eller lokale initiativer kan bidrage til, at folk får råd, lyst og mulighed for at spise mere frugt og flere grønsager?

Svar på disse og EU-Kommissionens andre spørgsmål kan indsendes pr. mail til kommissionen indtil den 15. marts 2006.

Se grønbogen på [www.eukommissionen.dk](http://www.eukommissionen.dk) under EU-politikker.

<http://www.eukommissionen.dk/eu-politik/noegleomraader/social/obesity/>

(kb)

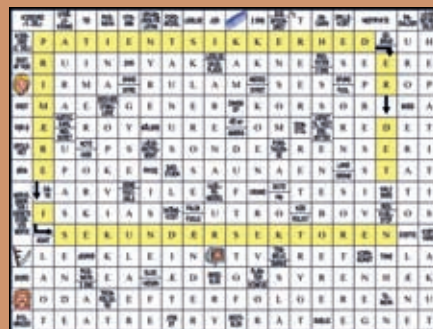
## Vindere af "Jul på kryds og tværs"

Redaktionen har i bunken med 453 indkomne løsninger fundet tre vindere, som alle har gættet *Sygeplejerskens* faglige julekryds og dermed opdaget den fagligt relevante løsning: "Patientsikkerhed er det primære i sekundærsektoren."

Der er lidt chokolade og bogen "Medicinske Fagudtryk" på vej til vinderne, som er:

1. *Bente Sørensen*, Blankenborgvej 14, 5800 Nyborg.
2. *Ella Brock*, Bådvej 47, 5240 Odense NØ.
3. *Anna Sofie Nielsen*, Fabriksvej 14, 7182 Bredsten.

(jb)



## Kan vi indrette vores liv bedre, spørger PKA

**Essay.** Hvordan undgår vi at brænde ud, så vi må forlade arbejdslivet før tid? Det vil Pensionskassernes Administration, PKA, gerne vide mere om, og det er baggrunden for, at PKA har udskrevet en essaykonkurrence. Den henvender sig til PKAs medlemmer, arbejdspladser, faglige organisationer og forskningsprojekter med relation til PKA-faggrupperne.

Tendensen blandt pensionskassernes medlemmer er klar: Flere forlader arbejdsmarkedet nu end for 10 år siden, fordi de får en psykisk lidelse. Det fortæller PKAs statistik over tilkendte førtidspensioner i de otte pensionskasser, heriblandt Pensionskassen for Sygeplejersker. PKAs medlemmer har en travl arbejdsdag, hvor de skal yde omsorg for andre. Man skal dog passe på med at give arbejdslivet hele skylden, mener PKA. Privatlivet spiller også ind.

Afleveringsfristen er den 1. februar, og de formelle krav til konkurrencen kan læses i medlemsbladet Pensionskassen nr. 49, december 2005, eller på internetadressen [www.pka.dk](http://www.pka.dk)

Første-, anden- og tredjepræmien udløser henholdsvis 15.000, 10.000 og 5.000 kr.

(sp)

## Vellykket kampagne for børnemotion

**60 minutter.** Børn skal røre sig mindst 60 minutter om dagen, og voksne mindst 30 minutter. Det budskab gik bredt hjem i befolkningen under Sundhedsstyrelsens landsdækkende kampagne "Børn og bevægelse" i begyndelsen af september i år.


Fjorten dage efter kampagnen viste en rundspørge i befolkningen, at 56 pct. kendte anbefalingen for børn, og 69 pct. kendte anbefalingen for voksne.

Kampagnen bestod bl.a. af materialer og ideer til skoler, skolefritidsordninger og fritidshjem. I disse institutioner har 98 pct. af personalet en positiv vurdering af kampagnen. Næsten lige så positive er læger og sundhedsplejersker, hvor 83 pct. vurderer kampagnen som overvejende eller meget positiv.

(kb)

Læs evalueringen på [http://www.sst.dk/publ/Publ2005/CFF/60\\_minutter/Eva\\_60minutter.pdf](http://www.sst.dk/publ/Publ2005/CFF/60_minutter/Eva_60minutter.pdf)

Vi er på Hvidovre Hospital. I løbet af året får infektionsmedicinsk afdeling 30 nye specialbyggede stuer, hvor der blandt andet kommer eget ventilationssystem og undertryk, så smitten ikke kan slippe ud.



34

# SKÆRPER



Af Ulf Førsteliin, journalist • Foto: Jan Sommer

**Truslen** fra fugleinfluenza og SARS. Sygehussystemets svaghed over for aggressive smittesygdomme blev nådesløst afsløret, da den canadiske by Toronto blev ramt af SARS i 2003. De smertelige canadiske erfaringer har stor betydning for, hvordan Danmark vil tackle en epidemi. For den kommer før eller siden, vurderer en ekspert.

# DØDELIG SMITTE BEREDSKABET

## dødelig smitte



På Hvidovre Hospitals infektionsmedicinske afdeling ifører personalet sig særligt beskyttelsesudstyr, når de skal pleje patienter med smitsomme og farlige virus sygdomme. Udstyret skal forhindre dem i selv at blive syge.

- En 78-årig SARS-smittet bedstemor vendte hjem med fly til Toronto fra et besøg i Hongkong. Mere skulle der i 2003 ikke til for at lægge det canadiske sygehussystem ned. I løbet af et halvt år blev knap 400 personer smittet med den farlige sygdom. 44 døde, heraf to canadiske sygeplejersker.

Kunne noget lignende være sket i Danmark?

”Ja, afgjort,” mener professor *Jens Ole Nielsen*, der er leder af Infektionsmedicinsk afdeling på Hvidovre Hospital.

”Hvis det fly var fløjet til København i stedet for Toronto, så havde vi fået de samme problemer. Toronto viste os, hvad det betyder at få en så smitsom sygdom ind i et højteknologisk vestligt sygehussvæsen. Her så vi, at den meget hurtigt kan lægge hele hospitalsvæsenet ned, hvis man placerer patienterne rundt omkring på en række sygehuse, hvor de smitter andre,” siger han.

Kunne noget lignende ske i Danmark i dag?

►► **FAKTA OM SARS.** Svært Akut Respiratorisk Syndrom, SARS, forårsages af et coronavirus, som smitter ved tæt kontakt. Derfor er det almindeligt, at netop sygeplejerspersonale smittes. Inkubationstiden er op til ti døgn. Dødeligheden er høj (50 pct.) blandt ældre mennesker og hos dem med alvorlige underliggende sygdomme, men meget lav blandt unge, tidligere raske mennesker.

Typisk for SARS er konstant feber i ti dage eller længere, som ikke kan behandles med f.eks. paracetamol. 90 pct. af patienterne får lungebetændelse. Ingen effektiv behandling er fundet.

I slutningen af juni 2003 var 8.463 sandsynlige tilfælde opdaget, og 799 mennesker døde. Tallene gælder hele verden, men det største udbrud skete i Kina.

Kilde: York Central Hospital og [www.smittskyddsinstytutet.se](http://www.smittskyddsinstytutet.se)

►► **FAKTA OM FUGLEINFLUENZA.**

Fugleinfluenza, aviær influenza, er en smitsom sygdom hos fugle, som har været kendt i over 100 år. Alle fuglearter er truede, men høns og kalkuner er mest følsomme.

Fugleinfluenzavirus smitter normalt ikke mennesker, men i sjældne tilfælde er der opstået sygdom hos mennesker med tæt kontakt til fugle.

Siden november 2003 har et udbrud af en særlig form for fugleinfluenza A (H5N1) spredt sig blandt fjerkræ i Asien og har også medført smitte til og alvorlig sygdom hos mennesker.

Frygten er, at denne type influenza ændrer sig og forårsager en verdensomspændende epidemi blandt mennesker.

Kilde: Statens Serum Institut

Det kan der ikke udstedes garantier imod. Men sikkert er det, at læren fra Toronto har betydet, at sygehusystemer verden over er blevet betydeligt bedre rustet til at håndtere aggressive smittetrusler. Det gælder også det danske.

Og Jens Ole Nielsen vurderer, at risikoen for en ny epidemi er høj.

”Vi får en ny epidemi, der formentlig vil udspringe af fugleinfluenzavirus, som har ændret sig, så den kan smitte fra menneske til menneske. Den kommer. Men hvor stor den bliver, og om den kommer om ét, tre eller ti år, det kan jeg ikke svare på,” siger professoren, der fungerer som Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver i infektionssygdomme.

### Slusestuer til isolering af smittede

En direkte følge af SARS-katastrofen i Toronto er, at Hvidovre Hospital om kort tid går i gang med at bygge 30 nye slusestuer på det, man kalder højeste internationale sikkerhedsniveau. Stuerne er blandt andet forsynet med teknologi, der sikrer et konstant undertryk, som forhindrer en smitte i at sprede sig gennem luften. 30 lignende stuer vil blive opført på Århus Universitetshospital.

Ved en omfattende epidemi, der rammer mange danskere, vil slusestuerne ikke række langt. Men tanken med dem er også netop, at de skal benyttes til at isolere smittede, før de når at smitte andre. Det er netop Toronto-scenariet med den enlige hjemvendte smittede, der starter en epidemi, som slusestuerne skal forhindre.

”Ved en pandemi (en smitsom sygdoms udbredelse over en hel verdensdel eller flere verdensdele, red.) med flere tusinde smittede vil stuerne ingen forskel kunne gøre. Men hvis vi importerer enkelte tilfælde, vil vi kunne behandle dem her uden at udsætte flere for en risiko,” siger Jens Ole Nielsen og tilføjer, at personalet i både det præhospitale system og på Infek-

tionsmedicinsk afdeling flere gange årligt gennemfører øvelser, hvor scenariet netop er, at en SARS-smittet person lander i Karstrup

### Der er en risiko

Øvelserne er en del af den mentale forberedelse på at skulle behandle og pleje patienter med farlige smitsomme vira, som personalet på Infektionsmedicinsk afdeling nødvendigvis må foretage både sammen og hver for sig.

”Vi skal naturligvis være klar til at tackle det rent professionelt, men vi er også nødt til at indstille os på, at vi i en sådan situation ikke kan stille et absolut krav om, at det skal være risikofrit for os at gå på arbejde. Man må gøre op med sig selv, om man kan håndtere det. Hvis ikke, må man finde sig en anden stilling,” siger Jens Ole Nielsen.

Den holdning deler han med oversygeplejerske på afdelingen, *Gitte Agner*.

”Jeg siger ikke, at det er nemt. Men sygeplejersker her på Infektionsmedicinsk afdeling har valgt specialet, og man er derfor også bekendt med, at der måske kan forekomme udbrud af nye sygdomme med tiden. Derfor er en professionel tilgang til den mulighed nødvendig,” siger hun.

Under SARS-epidemien i 2003 blev flere patienter indlagt på afdelingen til observation for sygdommen. Under indtryk af den voldsomme mediefokusering fik det mange af de ansattes familier til at reagere med frygt, fortæller Gitte Agner.

”Flere var udsat for et meget hårdt pres på hjemmefronten. Det er naturligvis stærkt belastende at blive mødt med spørgsmål som for eksempel: ”Er du nu sikker på, at du ikke smitter børnene.” Derfor lærte vi også af SARS, at vi skal holde et meget højt informationsniveau – også i forhold til familierne.”

redaktionen@dsr.dk

Institut for  
Klassisk Akupunktur  
& Uddannelse



## Diplomuuddannelse i Traditionel Kinesisk Akupunktur

- Har du lyst til akupunkturuddannelsen, som kvalificerer dig til egen virksomhed.
- Vil du udvide din viden som sygeplejerske, med Traditionel Kinesisk Akupunktur.
- Vil du være med til at ”bygge bro” mellem det etablerede og det alternative sundhedssystem.
- Mulighed for studierejser til Kina.

Vi starter nye hold:  
Søborg d. 1/2-2006,  
undervisning onsdage i ulige uger  
fra kl. 9-16.  
Odense d. 8/2-2006,  
undervisning onsdage i lige uger  
fra kl. 9-16.

Opfylder de Danske sundhedsmyndigheds krav til registrering.

Besøg vores hjemmeside på:  
www.akupunkturuddannelsen.dk  
eller kontakt Skoleleder Inge Holm  
på tlf. 5663 6011 eller  
mail: inge@huset-vestergade.dk

**1. dags konference med forsker dr. philos.**

## Kari Killén



**Den 9. marts 2006 i Odense**

Det er os en stor ære, at kunne præsentere den norske forsker dr. philos. Kari Killén. For de fleste vil Kari Killén nok ikke kræve den store præsentation, da hun efterhånden har opnået stor international anerkendelse, bl.a. for sin bog ”Omsorgsvigt er alles ansvar”, (Hans Reitzels forlag), og senest ”Sårbare børn” (Akademisk forlag), skrevet i samarbejde med May Olofsson (leder af Familieambulatoriet Hvidovre Hospital). Kari Killén er i dag seniorforsker ved Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, og er kendt som en levende og inspirerende oplægsholder.

På Kurset vil Kari Killén, dele sin store viden om omsorgsvigt, børn i misbrugsfamilier, samspil og tilknytning, forebyggelse og behandling, og meget andet. Kari Killén har fået en meget åben dagsorden, og er opfordret til, at fortælle om de emner, dilemmaer og problemstillinger hun pt. selv er optaget af.

**Ps. Bemærk, at der ”kun” er plads til 100 deltagere.**

*Praktiske oplysninger.*

**Målgruppe:** Alle der arbejder indenfor den sociale, pædagogiske og socialpsykiatriske sektor.

**Dato:** 9. marts 2006, kl. 9.00-16.00

**Sted:** Ledernes Konferencen, Rugårdsvej 590, 5210 Odense NV.

**Pris:** 1.535 kr. inkl. moms og forplejning.

**Tilmelding:** Inden d. 1/2-06 enten via vores hjemmeside (elektroniske tilmeldingsformular), eller via e-mail til [post@toftemosegaard.dk](mailto:post@toftemosegaard.dk) eller ved at ringe efter kursusfolder med tilmeldingsformular.

### Toftemosegaard

Center for udvikling og forandring  
Manderupvej 3, 4050 Skibby. Tlf. 47528360  
[www.toftemosegaard.dk](http://www.toftemosegaard.dk)

►► **DET EUROPÆISKE SAMARBEJDE MELLEM FAGBLADE FOR SYGEPLEJERSKER.** *Sygeplejersken* samarbejder med en række fagblade for sygeplejersker i Europa. Herunder det i 2005 prisbelønnede svenske fagblad *Vårdfacket*, som er tilknyttet Vårdförbundet, der er fagforening for de svenske sygeplejersker. *Kicki Engström* er journalist og redaktionssekretær ved *Vårdfacket* og var i oktober sidste år i Toronto, Canada, for at lave artiklerne om SARS-udbruddene, og hvad man havde lært af dem. En del af samarbejdet mellem fagbladene er udveksling af artikler, som kan have interesse for andre sygeplejersker i andre lande.



Yvonne Warner er ikke sikker på, at hun ville orke at arbejde som sygeplejerske, hvis der igen kom en lignende smitte som SARS.

**Udbrud.** Hvad ville der ske, hvis en meget smitsom og farlig sygdom kom til Danmark? I foråret 2003 blev byen Toronto i Canada ramt af SARS. De, der blev syge, var først og fremmest sygeplejerspersonale. 44 døde, før SARS-udbruddet kom under kontrol. Mange er stadig bekymrede efter mødet med den dødbringende sygdom.

**Frygt.** Sygeplejerske Yvonne Warner tænkte konstant på familien, når hun og hele hendes afdeling på Markham Stouffville Hospital uden for Toronto blev udvalgt til at behandle SARS-patienter. Hvordan skulle hun undgå at få smitten med hjem?

## Canadisk SARS-sygeplejerske tre år efter

# Naboerne var bange for mig

Artiklerne fra Canada er skrevet af journalist *Kicki Engström* fra *Vårdfacket*, der i oktober sidste år var i Toronto for at følge op på SARS-katastrofen. Artiklerne har været bragt i *Vårdfacket* nr. 11 i december sidste år. Oversat til dansk af *Berit Nyholm*.  
Foto: Simon Wilson

Yvonne Warner tænkte på familien, da hun og hendes afdeling på Markham Stouffville Hospital uden for Toronto blev udset til at arbejde med SARS-patienter. Hvordan skulle hun bære sig ad for ikke at tage smitten med hjem?

Yvonne Warner tog ganske enkelt alt sit arbejdstøj af, som hun ellers plejer at tage hjem i og smide i vaskemaskinen, lånte noget hospitalstøj og hoppede ind i bilen.

Før hun gik ind i familiens hus – et af en række ens huse på den stille villavej, med indkørsel og græsplæne foran – smed hun strømperne omme bag i bilen. I en måned dumpede hun sine strømper der. Hvor skulle hun ellers gøre af dem?

For døtrene *Liah* og *Harley*, nu 15 og 13 år, blev et besøg hos mormor og morfar ude på landet løsningen, og stedbørnene *Emily* og *Devon* måtte bo hos deres mor. Yvonne var tvunget til ti dages karantæne, fordi hun kunne være blevet smittet, før den isolerede SARS-afdeling var blevet gjort klar.

Men da karantænetiden var overstået, følte Yvonne, at hun godt turde lade pigerne komme hjem igen. Da *Liah* og *Harley* skulle i skole igen, mødtes de ved dørene af et skilt, hvor der stod, at personer, der havde været i kontakt med SARS, ikke måtte gå ind.

”Det gjorde vi alligevel,” siger *Liah*. ”Men vi måtte ikke give dig et kram i flere uger,” minder *Harley* hende om. De turde ikke sidde i samme sofa i de fire uger, SARS-afdelingen var åben.

Men Yvannes mand, *Paul*, blev hjemme hos hende.

”Jeg mente, at jeg lige så godt kunne få SARS et andet sted. Jeg er meget ude blandt mennesker på jobbet,” siger han, da han kommer ind efter at have været ude at gå med familiens store schæferhund.

### Smitten kom ind alle steder

Jo, de sov i samme seng, men Yvonne havde svært ved at sove. Frygten någede hende. Hun følte trykken for brystet og havde diarré. Vandrede rundt om natten, prøvede at sove lidt på sofaen. ▶

Hver eneste gang Yvonne Warner kom hjem fra arbejde under SARS-udbruddet i Toronto, smed hun sine strømper i bagagerummet i bilen af frygt for at smitte sine børn. 44 mennesker døde under SARS-epidemien heraf to sygeplejersker. Yvonne Warner arbejder som sygeplejerske på Markham Stouffville Hospital uden for Toronto.



► ”En morgen, da jeg skulle ind ad døren på arbejdet, stod jeg bare og græd. Jeg ville ikke gå ind.” De udmattede sygeplejersker skulle pleje de alvorligt syge og yderst smitsomme patienter. Men hvordan skulle de beskytte sig selv? Ingen vidste det. SARS syntes at smitte gennem alt.

Yvonne har fundet billeder og udklip frem og vil fortælle. På forsiden af et familiemagasin ved navn Chatelaine sidder hun i det grønne græs sammen med to andre sygeplejersker. De ser glade ud i forårssolen. Reportagen handler om deres arbejdsplads, kirurgisk afdeling, der blev lavet om til SARS-afdeling med 18 sengepladser, og om deres vanskelige arbejde.

Nogen tid efter blev begge de to andre på forsiden syge. Da var det, at panikken indfandt sig. På trods af overtrækskitler og beskyttelsesmasker var de blevet smittet.

På et foto, Yvonne har taget på afdelingen, sidder en af sygeplejerskerne og dækker ansigtet med hænderne. Det eneste, man kan se, er hendes øjne.

”Vi plejer at drille hende og sige, at det var, fordi hun altid sad sådan der, at hun blev smittet,” fortæller Yvonne.

Der kom hele tiden nye direktiver om, hvilke værnemidler de skulle iføres. Det endte med dobbelte overtrækskitler, dobbelte handsker og dobbelt beskyttelsesmaske med et visir udenpå. Den dobbelte beskyttelsesmaske skar ind i ansigtet. Det blev hurtigt varmt og klistret, og hovedpinen satte ind.

”Vi indåandede jo vores egen luft hele tiden.”

Men når de skulle drikke af de vandflasker, afdelingen blev forsynet med, skulle det gå stærkt. Masken skulle bæres konstant. At spise var en hel procedure. Alt

tøjet skulle tages af, kroppen bades og desinficeres i den slusestue, man havde indrettet, før de måtte gå ud til andre dele af hospitalet. I kantinen skulle SARS-personalet sidde i zigzag med to meters afstand for ikke at smitte nogen, når de ikke havde maske på.

### Naboerne var bange for mig

Hospitalsledelsen beordrede også minimal patientkontakt, noget, som Yvonne både led under og følte som en lettelse. Men når hun tænker på patienterne, vrider hun sig lidt på køkkenstolen og ser forpint ud. Det må have været skrækkeligt og skræmmende for dem. Efter lidt tøven siger hun:

”Jeg kan dårligt huske patienterne. Jeg var så fokuseret på at beskytte mig selv, på mine egne behov og ikke på patienternes. Det føles så ... så sorgeligt og egoistisk. Jeg følte, at jeg ikke var nogen god





►► **SARS BESEJRET PÅ SYV UGER.** Fra slutningen af marts 2003 og syv uger frem gjaldt højeste beredskab, code orange, for alle hospitaler i Toronto. Verdenssundhedsorganisationen, WHO, satte Toronto på SARS-listen, og rejseforbud til området blev indført. En ekspertkommission blev oprettet for at koordinere de medicinske beslutninger.

I midten af maj blev restriktionerne fjernet og rejseforbuddet til Toronto ophævet. Da var 24 døde af sygdommen. Sygeplejerskerne forsøgte at blive hørt for at fortælle, hvad de observerede: SARS lod ikke til at være besejret.

Den 26. maj satte WHO igen Toronto på SARS-listen. Da var der otte nye formodede tilfælde. Sygeplejersker reagerede med vrede og bitterhed, fordi myndigheder og hospitalsledelser ikke havde lyttet til dem.

I slutningen af juni var i alt 44 mennesker døde, heraf to sygeplejersker. I efteråret 2005 findes der stadig sygeplejepersonale, der ikke har magtet at begynde at arbejde igen af frygt for, hvad der møder dem på jobbet, og på grund af stadige gener efter sygdommen.

#### ►► **SÅDAN SPREDTES SMITTEN I CANADA.**

- En kvinde kommer i februar 2003 hjem fra en rejse til Hongkong og bliver syg. Man tror, det er tuberkulose. Hun dør den 5. marts.
- Hendes familie på fem personer er blevet smittet og søger lægehjælp. En læge smittes.
- En søn indlægges, men isoleres ikke, da man antager, at han har lungebetændelse. Han deler stue med to andre. Disse to smittes også, såvel som den enes hustru. 14 blandt sygeplejepersonalet får symptomer.
- Den syge hustru sidder i venteværelset ved siden af en præst og hans to sønner. De smittes også.
- Da præsten dør, tager en af de syge sønner med til begravelsen. 30 personer smittes, og tre af dem dør. Hvor mange de andre derefter overfører smitten til, har ikke kunnet spores.
- Den anden mand, der delte stue med den syge søn i oprindelsesfamilien, overføres til et andet hospital. Der går 13 dage, til den 28. marts, før man opdager, at han har SARS. Manden dør, men har nået at smitte flere personer blandt personalet og to medpatienter. På det tidspunkt er en række hospitaler ramt, og en af Torontos sundhedsvæsens største udfordringer er begyndt.

Kilde: Registered Nurse Journal, [http://www.nao.org/membership/benefits/rn\\_journal.asp](http://www.nao.org/membership/benefits/rn_journal.asp)

sygeplejerske." Nogle gange tænker hun, selv så lang tid efter, at hun gerne ville møde patienterne og sætte sig ned og tale med dem. Samtidig siger hun, at hun helst ikke vil tænke på det mere. Hvilke patienter der overlevede, og hvilke der døde, er blevet udvisket. Men begge hendes kolleger overlevede, selv om en af sygeplejerskerne stadig har nedsat lungekapacitet.

For at mindske presset fik de 25 sygeplejersker på SARS-afdelingen af og til andre arbejdsopgaver. Det kunne være at arbejde i det telt, der stod uden for indgangen til hospitalet, hvor alle fik taget og registreret deres temperatur, for at ingen med SARS-symptomer skulle blive lukket ind. De fik også tilbud om at mødes med *Bill*, en rådgiver, som hver dag kom hen på hospitalet for at tale med dem, der havde lyst. Men det er tanken om massøren, der kom en enkelt gang for at få de



Nelia Laroza var en af de to sygeplejersker i Canada, der var blandt ofrene for SARS under epidemien i Toronto for næsten tre år siden. I alt 44 omkom. Nelia Laroza blev smittet samtidig med 15 andre sygeplejersker på North York General Hospital.

anspændte kroppe til at slappe af, der får Yvonne til at lyse op. Hun synes, at hospitalsledelsen tog sig godt af dem. Alle på SARS-afdelingen fik en uge fri, da det hele var overstået. Men de blev aldrig spurgt, om de ville arbejde med SARS-patienter.

"Vi gik bare ind i det og havde intet valg."

Først bagefter er det gået op for hende, at naboerne derhjemme var bange for hende. Men den eneste, der sagde ligeud, at hun ikke ville have noget med familien

at gøre, var læreren på døtrenes keramik-kursus. Hun ringede en aften og sagde, at pigerne ikke var velkomne, fordi Yvonne arbejdede med SARS-patienter.

"Men vi holdt os for os selv i de fire uger, afdelingen var åben. Det her er et lille lokalsamfund, og alle ved, at jeg er sygeplejerske."

For nylig blev tankerne om tiden med SARS vakt til live igen. Mange ældre på et hjem i Toronto blev ramt af legionella, og 17 af dem døde. To af de syge blev indlagt på Markham Stouffville Hospital.

"Ville vi gøre det igen, spurgte vi hinanden. Det var så stressende og svært rent følelsesmæssigt, at jeg får tårer i øjnene bare ved tanken," siger Yvonne.

"Men, jo, jeg ville gøre det igen, men kun for mit hospital."

redaktionen@dssr.dk

Beredskabet på sygehuset er skruet voldsomt i vejret efter SARS-epidemien. Ved den mindste risiko er det på med maske, handsker og beskyttelsestøj, fortæller intensivsygeplejerske Dana Evans.



**Hygiejne.** Som besøgende på York Central Hospital må besøgende, ligesom alle andre, vaske hænder med den desinficerende gel, der står fremme på et bord inden for dørene.

# Ingen kommer ind uden at desinficere hænderne

Det er for resten ikke bare hænderne, der vaskes ekstra omhyggeligt nu om dage.

”Vi rengør også computerne og telefonerne,” fortæller *Judy Cooper-Froud*, sygeplejerske og administrativ koordinator på intensivafdelingen ved York Central Hospital i udkanten af Toronto.

Vi sidder ved et enormt mødebord, tre gange så bredt som et normalt mødebord. Men det havde de, allerede før enhver smittefare blev nøje overvejet. Det var her, den første krisekonference blev afholdt pr. telefon, da SARS, svært akut respiratorisk syndrom, havde ramt hospitalet. Det var den 28. marts 2003, og sundhedsministeriet gav ordre til 20 dages isolation for hele hospitalet med ca. 1.700 ansatte. Ingen nye patienter eller besøgende fik adgang, og personalet blev tvunget i karantæne. I ti dage, inkubationstiden for SARS, måtte alt personale kun gå på arbejde eller blive in-

den døre derhjemme med beskyttelsesmaske på.

”Jeg kommer aldrig til at begå en forbrydelse, der gør, at jeg skal i isolation igen,” siger intensivsygeplejerske *Dana Evans*. Hun var en af dem, der arbejdede på den SARS-afdeling, der blev oprettet, med barrierepleje og hepafiltre i vinduerne i alle patientstuer, så smitsom luft blev suget ud.

## Isolation ved den mindste mistanke

*Dana Evans* viser sit sædvanlige arbejdsmiljø, hvor patienterne ligger ganske åbent. Jeg må kun kigge ind i al hast, for intensivafdelingen har en restriktiv holdning til besøgende. Langs væggene ligger patienterne side om side med kun et forhæng imellem. Ved fodenden i midten står sygeplejerskernes skrivebord bag plexiglas. Her ser man let for sig, hvordan smitte kan spredes. Men om nogle år skal en ny, større intensivafde-

ling stå klar med flere stuer til isolation og med udsugning, så der skabes undertryk.

Alle patienter, der kommer her, screenes for SARS, ligesom ved alle andre sygeplejeenheder i hele Ontario-området, som Toronto tilhører. Patienterne skal svare på, om de har været i et asiatisk land, har hoste eller vejrtrækningsproblemer, har feber og så videre.

”Nu om dage lægger jeg altid patienter i isolation ved den mindste mistanke om hoste eller andre symptomer,” fortæller *Judy Cooper-Froud*.

Efter at SARS ramte hospitalet, har hun vænnet sig til hele tiden at være forberedt på det uventede. At lægge flere patienter i isolation i nogle dage af forsigtighedshensyn betyder ikke, at man har brug for mere personale eller flere stuer, siger hun. Der bliver bare færre overraskelser.

Til rutinerne hører nu også at iføre sig handsker, beskyttelsesmaske og overtræk-

►► **SCREENING.** Alle patienter skal gennem flere sikkerhedsforanstaltninger, som er blevet indført, efter at SARS ramte Torontos hospitaler:

1. Alle patienter screenes ved hjælp af et spørgeskema.
2. Transport af patienter til andre sygehuse eller hjem må ikke ske uden screening og godkendelse.
3. Håndvask med desinficerende gel kræves af alle besøgende ved alle former for sygepleje.
4. Besøgende opfordres til at holde sig hjemme, hvis de har hoste, feber og føler sig syge.
5. Beskyttelsesmasker af forskellig art og i forskellige størrelser findes på lager.



At rense hænderne i desinficerende gel er blevet rutine for alle besøgende på York Central Hospital.

skittel ved al patientkontakt, hvor smitte kan overføres. Det er blevet en del af jobbet, selv om det kan opleves som en ulempe, at f.eks. et opmuntrende smil ikke kan ses bag masken. Noget af det, man har lært af SARS-udbruddet, er, at forskellige former for smitte kræver forskellige former for beskyttelsesmasker, og at masken skal prøves for at passe. Derfor har hospitalet nu flere slags og størrelser på lager.

### Godt forberedt til nye katastrofer

For alt personale blev SARS én stor øvelse i at arbejde under katastrofeforhold. York Central Hospital bestod prøven: De fik ikke ny smitte ind, da andre hospitaler blev ramt af endnu et SARS-udbrud, efter at myndighederne i maj 2003 sagde, at det var i orden at ophæve restriktionerne. Stoltheden er mærkbar. I dag synes *Hy Dwosh*, læge og chef for intensivafdelingen, at de har beredskab for alle tænkelige mindre og mellemstore katastrofer.

”Vi er hundrede gange mere forberedt. Vi havde et femdages strømafbud lige efter SARS og kort efter en flyulykke. Nu er den slags ingenting. Vi sætter bare vores katastrofeberedskab i gang.”

Men selv om katastrofeorganisationen er indkørt, lagrene af værnemidler er fyldt op, og nye isoleringsstuer er på vej, kan en ny smitsom sygdom blive svær at håndtere. For spørgsmålet er, om plejepersonalet er forberedt på endnu en gang dagligt at møde en dødbringende smitte, der ved mindste uopmærksomhed kan ramme en selv og ens egen familie. Nogle få oplevede arbejdet med SARS-patienterne som en stor udfordring, andre har mistet deres trygge fodfæste i lang tid fremover; når som helst kan en dødbringende smitte ligge på lur, når man gør det allermost dagligdags: går på arbejde.

## Svært ikke at kunne støtte patienter og pårørende

**Offervilje.** For Dana Evans var det indlysende, at hun sagde ja til at arbejde på en SARS-afdeling. ”Jeg havde kun mine katte at tænke på.”

”Når jeg tænker på visse SARS-patienter nu, synes jeg, at jeg måske skulle være gået ind til dem noget oftere,” siger intensivsygeplejerske *Dana Evans* på York Central Hospital i udkanten af Toronto.

Hun husker navnlig en meget syg kvinde, som lå på den særlige SARS-afdeling. Samtidig var kvindens familie syg og kunne derfor ikke komme og besøge hende. Manden døde, uden at nogen af familiemedlemmerne kunne komme hen på hospitalet og fortælle kvinden om det. Men hun lod til at kunne mærke, at der var noget galt. Dana Evans kontaktede familien og sagde, at nogen måtte fortælle kvinden, at hendes mand var død.

Derefter ringede hun familien op sammen med kvinden. Det var et af de sværeste øjeblikke, hun kan komme i tanke om.

”Jeg holdt kvinden i hånden og forsøgte at støtte hende. Men hvordan kan man det med alle de værnemidler og dobbelt beskyttelsesmaske, så kun øjnene kan ses.”

For Dana Evans var det indlysende at sige ja, da hun blev spurgt, om hun ville arbejde på SARS-afdelingen.

”Jeg har kun mine katte at tænke på, mens andre var urolige for at tage smitten med hjem til deres børn.” Hun syntes, at følelsen af, at naboer og andre opfattede hende som pestramt, var vanskelig. Men hun genkender reaktionen, fra da hiv først blev kendt.

Patricia Tamlin blev selv ramt af SARS og havde kramper, var utilpas og forfærdelig svimmel. Ikke at kunne trække vejret var dog det værste, husker hun.



**Øjenvidne.** Patricia Tamlin er intensivsygeplejerske på Scarborough Hospital i Toronto og plejede den første SARS-smittede patient, der lå på hospitalet.

## Jeg har aldrig før været så syg

Hun blev selv alvorligt syg af SARS, og hendes ene datter, der dengang var 14 år, fik en mildere variant. Hele familien blev tvunget i karantæne.

SARS er det værste, hun er blevet ramt af, siger *Patricia Tamlin*. Hun har før haft lungebetændelse, men det her lignede ikke noget andet. Hun havde kramper, var utilpas og forfærdelig svimmel. Men ikke at kunne trække vejret var det værste. Hun var indlagt i lang tid, og man forsøgte behandling med Riboviron, et antiviralt læ-

gemiddel, der blandt andet bruges mod hepatitis. Det var virkningsløst, men gav en mængde bivirkninger.

Patricia Tamlin arbejder deltids på Scarborough Hospital, og det flasker sig lidt forskelligt hver måned.

Men i de tre en halv måned, hvor hun ikke kunne arbejde, sørgede afdelingschefen for, at hun fik nogenlunde samme løn som sædvanlig.

Chefen sørgede også for, at alle, der var blevet smittet, fik mobiltelefoner, så de i

det mindste kunne ringe fra afdelingen, hvor de lå. Alligevel siger Patricia Tamlin, at hun ikke ville tøve med at arbejde ved en ny farlig smitte.

”Men sygeplejerskerne må sørge for at beskytte sig selv, så de ikke behøver være bekymrede. Ved en pandemi må ledelsen sørge for, at der er endnu flere værnemidler, tillade nogle ekstra fridage til hvile og så videre.”

*redaktionen@dsr.dk*

# Sygeplejersker skal inddrages i

**Indflydelse.** Sygeplejersker skal være med til at bestemme, hvordan en epidemi som SARS skal håndteres, mener Doris Grinspun, der er direktør i den canadiske sygeplejerskeorganisation, RNAO.

Det er afgørende for, hvordan sygeplejersker håndterer en vanskelig situation, at de er med til at påvirke beslutningerne, siger den canadiske sygeplejerskeorganisation RNAOs direktør, *Doris Grinspun*.

Efter SARS-udbruddet i Toronto fulgte Registered Nurse Association of Ontario (RNAO), op på, hvordan sygeplejerskerne havde oplevet deres arbejde. Man foretog både undersøgelser og fokusgruppeinterview og samlede dem i rapporten ”Sars Unmasked.”

Den viser, at mange følte stor frygt og angst, ikke havde tilstrækkelige eller tilstrækkelig gode værnemidler, manglede ordentlig information og blev forvirrede af stadigt nye udmeldinger fra myndigheder og eksperter. Mange af sygeplejerskerne måtte begynde arbejdet med SARS-patienter uden nogen anelse om, f.eks. hvordan sygdommen smitter.

”Man ville aldrig sende soldater i krig uden våben. Sygeplejersker skal føle sig velinformerede og være ordentligt beskyttede,” siger Doris Grinspun.

Hun har selv arbejdet under to krige i Israel og føler, at der er et helt andet beredskab for omstilling til en krisesituation.

### Kunne have været forhindret

Det tror hun er en af årsagerne til, at hun så hurtigt, i løbet af ganske få dage, sørgede for, at RNAO oprettede en komité, hvor sygeplejersker kunne henvende sig for at få rådgivning. Komitéen findes stadig for at kunne rådgive ved akutte hændelser. Den har også udstukket retnings-

Jeg fik tandpine under SARS-epidemien, men min tandlæge turde ikke behandle mig, husker Lynn Ackermann, der er ventilatør på York Central Hospital i Toronto.



# Det var skræmmende og kaotisk

**Gentagelse.** Lynn Ackermann er overbevist om, at der kommer en epidemi igen.

”Det var tilstrækkeligt med en lille fejl i sikkerheden, et stresset øjeblik, og så havde jeg uden at vaske hænder løftet masken og rørt ved munden. Hver eneste gang troede jeg, at jeg var blevet smittet,” fortæller *Lynn Ackermann*.

Hun er ventilatør på York Central Hospital, i en faggruppe med en særlig uddannelse, der arbejder med alt fra intubering til spirometri, og havde meget med

SARS-patienterne at gøre. Mange havde stort besvær med vejrtrækningen og fik respiratorbehandling.

Engang gik udåndingsrøret fra en respirator løs, ligesom hun bøjede sig ned, mindes Lynn. Det ramte hende lige i ansigtet. Naturligvis bar hun maske, men hun tænkte: ”Åh, nu er det sikkert ude med mig.”

Hun oplevede hele perioden med SARS som skræmmende og kaotisk. Nu er hun

bekymret for, at der skal komme en pandemi.

”Jeg er overbevist om, at vi bliver ramt af sådan en. Så, om ikke før, vil belastningen på personalet ved SARS-udbruddet kunne mærkes,” tror hun.

Nej, Lynn Ackermann håber, at hun slipper for at arbejde under sådanne forhold igen.

*redaktionen@dsr.dk*

## beslutningerne

linjer, der er udsendt til alle 24.000 medlemmer. RNAO oprettede også en SARS-hotline, hvor sygeplejersker kunne ringe eller sende e-mail og hurtigt få svar.

At mange sygeplejersker tvinges til at arbejde deltids eller tage timevikariater på flere arbejdspladser, viste sig at være ødelæggende ved SARS-udbruddet, er en anden af RNAOs konklusioner. Da sundhedsvæsenet måtte stramme økonomien i 1990'erne, blev mange heltidsstillinger nedlagt. Men da SARS hærgede, måtte alle kun arbejde på én arbejdsplads. Det

betød, at der blev mangel på sygeplejersker.

Doris Grinspun er overbevist om, at det andet SARS-udbrud aldrig var sket, hvis hospitalsledelser og politikere havde lyttet til advarslerne fra sygeplejersker om, at SARS ikke var overstået. I stedet ophævede man rejseforbuddet til området og fjernede restriktionerne. Da forlangte Doris Grinspun og RNAO en offentlig undersøgelse, men den blev aldrig til noget. Derimod nedsatte man et udvalg for at udrede, hvad der egentlig var

sket. ”Vi venter stadig på rapporten,” siger hun. Men RNAO indgår nu i regionens rådgivende gruppe, der er dannet på grund af truslen om en influenzapandemi.

”Jeg tror, at de til sidst fattede, hvad vi sagde: At sygeplejersker skal være med blandt beslutningstagerne,” siger Doris Grinspun.

*redaktionen@dsr.dk*

Rapporten ”Sars Unmasked” kan downloades fra hjemmesiden [www.rnao.org](http://www.rnao.org)

**Støtte.** Det giver ro at vide, at der er en sundhedskordinator, der holder styr på alle aftalerne og det praktiske med transport, når man som Ammy Thomsen er cancerpatient i kemoterapi og går til kontrol for fire sygdomme og får taget mange blodprøver på forskellige sygehuse.

# Et anker midt i kaos

Ammy Thomsen, 77 år, er ikke bare træt, men rigtig træt, som hun selv udtrykker det. Hun sover 12 timer om natten og mange gange i løbet af dagen. Hun er i gang med sin tredje kemoterapi ud af i alt seks i denne omgang. I september 2005 gennemgik hun en canceroperation og det samme i 2004, også efterfulgt af kemoterapi. I 2004 fik hun desuden en blodprop i hjertet, og siden 2000 har hun haft forhøjet stofskifte. Næsten hver uge skal Ammy Thomsen af sted til en undersøgelse.

Foruden kemoterapien går hun til kontroller fire forskellige steder på hhv. Frederiksberg Hospital og Rigshospitalet: Hjerteafdelingen, Onkologisk afdeling, Karkirurgisk afdeling, foruden at hun går til kontrol pga. risiko for blodprop. Forud for hver kontrol skal hun ind på et af de to hospitaler for at få taget blodprøve.

”Jeg har stor glæde af Hanne (sund-

hedskordinator i Frederiksberg Kommune, Hanne Bartholdy, red.). Hun ordner transport for mig og har styr på datoerne for, hvornår jeg skal af sted. Hun har også sørget for, at den blodprøve, jeg fik taget i går, blev taget herhjemme,” fortæller Ammy Thomsen og viser et skema, hvor der ud for hver dag står, om der er undersøgelser, blodprøver, kontroller, og om der er bestilt transport. Der står også, hvornår sundhedskordinatoren kommer igen.

Sundhedsvæsenet er ikke altid logisk. For eksempel kan Ammy Thomsen ikke få gratis transport til Frederiksberg Hospital, hvis den blodprøve, hun skal have taget, skal bruges til en kontrol på Rigshospitalet. Det skyldes ifølge Ammy Thomsen en strid mellem Frederiksberg og Københavns Kommuner om, hvem der i givet fald skal betale.

Hun er én af de allerførste i Frederiksberg, der har fået glæde af den nye ord-

## Den, der binder det hele sammen

**Pionerer.** Tre erfarne sygeplejersker er allerede begyndt i deres nye rolle som sundhedskordinatorer i Frederiksberg Kommune. Den 1. februar bliver der ansat yderligere tre sundhedskordinatorer. De skal hjælpe borgerne fra a til z, når de er syge og har brug for hjælp til at overskue deres sygdomsforløb.

De er startet helt fra bunden. Uden patienter, klienter, kontormøbler, mapper eller funktionsbeskrivelse. Endnu er reolerne tomme i det lille kontor oppe på kvisten i Diakonissestiftelsens gamle bygninger på Frederiksberg. Den 1. september 2005 begyndte de tre nye sundhedskordinatorer i Frederiksberg Kommunes Sundhedscenter. Lederen, Ane Friis Bendix, som kommer fra en administrerende overlægestilling på Odense



Ammy Thomsen er i gang med sin tredje kemoterapi og er meget træt. Hun havde svært ved at overskue alle sine aftaler om kontroller og blodprøver, indtil sundhedskoordinatoren kom ind i billedet.

ning med sundhedskoordinatorer. Det var en tilfældighed, at hun overhovedet kom i kontakt med Hanne Bartholdy. Hendes datter er sygeplejerske og havde hørt om ordningen, og det var grunden til, at de selv kontaktede Frederiksberg Kommunes nye sundhedscenter og bad om hjælp.

”Efter min anden operation her i september kunne jeg ikke længere overskue det hele. Hidtil har mine børn hjulpet mig,” fortæller hun.

”Det betyder enormt meget, at jeg har Hanne. Det giver mig ro, at jeg ved, hun ordner alt det praktiske, og at der er styr på aftalerne. Sidst vi mødtes, talte vi om, at jeg er bange for at miste hende, hvis hun mener, at jeg efterhånden kan klare mig selv. Hun har lovet mig, at det i hvert fald ikke sker, før jeg er færdig med min kemoterapi,” siger Ammy Thomsen.

*sbk@dsr.dk*

Universitetshospital, er begyndt pr. den 1. januar, og snart får de tre nye kolleger, når næste hold af sundhedskoordinatorer bliver ansat, det bringer holdet op på syv personer.

Ifølge *Hanne Bartholdy* og *Hanne Gaarde*, begge sygeplejersker og sundhedskoordinatorer, er det kun et spørgsmål om tid, før opgaverne kommer væltende ind. Først skal borgerne finde ud af, at der findes en mulighed for at få hjælp og personlig rådgivning til deres patientforløb.

De første par måneder har de erfarne sygeplejersker cyklet rundt på Frederiks-

berg til møder med praktiserende læger, hjemmesygeplejersker og Frederiksberg Hospital for at mødes ansigt til ansigt med deres samarbejdspartnere. De har også fået deres første erfaringer med at koordinere patientforløb.

Foreløbig er der tale om pilotprojekter, hvor patienterne kommer fra nogle bestemte grupper, der er henvist af Klinik H på Frederiksberg Hospital og fra de praktiserende læger. Klinik H henviser apopleksipatienter, reumatologiske patienter og geriatriske patienter. De praktiserende læger henviser de borgere, der har støt faldende funktionsniveau.

Hanne Bartholdy har tidligere været ansat som sygeplejerske på Klinik E, som er klinikken for kardiologi og endokrinologi på Frederiksberg Hospital. Hun synes, det er en tilfredsstillende at få kendskab til alle de mennesker, der er omkring patienten eller borgeren.

”I mit tidligere job har jeg nogle gange været nødt til at give slip der, hvor mit område hørte op, selv om jeg kunne se, at patienten havde problemer et andet sted i sundhedssystemet,” siger hun.

Hun tænker især på en yngre mandlig patient med kræft fra Rigshospitalet, som kom til kontrol i Klinik E på grund af en ►

► hjertelidelse, der var en bivirkning af kemoterapien.

”Der var ingen, der overordnet havde tænkt på at fortælle denne mand, at han kunne søge Patientforsikringen om erstat-

**”Set med borgerens øjne kan man en gang imellem tænke, at ”det kan ikke være rigtigt,” men set med vores sygeplejerskeøjne, så kender vi svarene, fordi vi ved, hvordan sundhedsvæsenet er indrettet.”**

ning for hjertelidelsen. Man har måske tænkt, at fordi han var ung, kunne han klare det selv. Men han havde kone og to små børn og var i dyb krise. Han havde brug for hjælp til spørgsmål om erstatning, pension, plejeorlov og information til skolen,” siger hun.

På grund af faggrænser og grænser mellem de forskellige sektorer kunne Hanne Bartholdy ikke hjælpe patienten ud over at gøre ham opmærksom på Patientforsikringen og et par andre ting. Det var dog denne patient, der overbeviste hende om, at der er brug for nogle, der kan følge patienten hele vejen gennem systemet.

”Sygeplejersker taler ofte om, at vi har patienten i centrum, men ofte er det sådan, at så snart patienten er ude over dørtærsklen, så er han ikke i centrum længere. I vores funktion som sundhedskoordinatorer kan vi tale om, at vi har patienten i centrum,” siger hun.

### Bunker af papir

Én af de ting, sundhedskoordinatorerne kan gøre for en borger, er at hjælpe med at få styr på det kaos i alle papirerne, der hober sig op fra sygehuse, kommunen og andre aktører i sundhedsvæsenet.

”Sygeplejersker er trænet i at organisere,

og vi kan se den røde tråd i bunken,” siger Hanne Bartholdy.

Når sundhedskoordinatorerne har skabt orden i kaos, er det meningen, at hjemmesygeplejerskerne skal tage over. Hanne Bartholdy og Hanne Gaarde er meget bevidste om, at de ikke blot skal være endnu et led i rækken af aktører, men derimod være ”snoren, der binder perlerne sammen.”

”Det handler om bedre ressourceudnyttelse. Det, der ofte går galt, er, når læger og sygeplejersker ikke taler sammen. På Rigshospitalet ved man ikke, hvad der sker på Frederiksberg Hospital, groft sagt. Og hvis så bare at it-systemerne kunne tale sammen,” siger Hanne Gaarde, der er tidligere hjemmesygeplejerske.

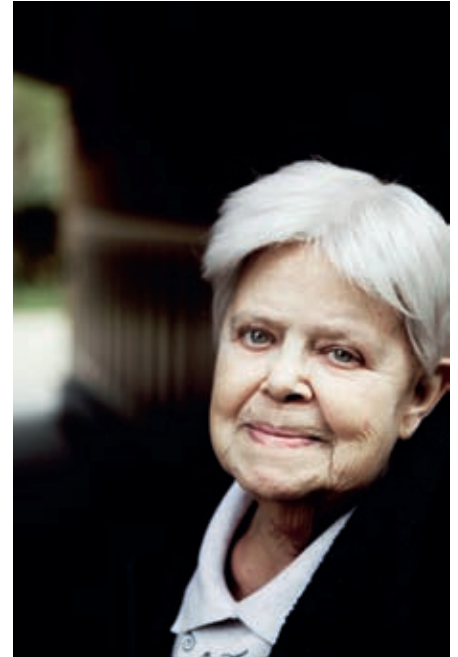
En konsekvens af, at aktører og systemer ikke kommunikerer godt nok, kan være, at en borger får bestilt en undersøgelse med henblik på behandling på en hjerteafdeling, selv om borgeren i mellemtiden har fået en pacemaker på et andet sygehus. Den slags unødvendigt tidsspilde for borgere og sundhedsvæsen ser sundhedskoordinatorerne mange eksempler på.

”Oftest skyldes dårlige patientforløb uvidenhed om hinandens arbejde, manglende respekt for hinandens rutiner og kassetænkning. Vi håber, vi kan blive et bindeled mellem de forskellige sektorer,” siger Hanne Bartholdy.

### Ulogisk system

Siden sundhedskoordinatorerne begyndte i deres job i september, har de allerede fået øje på flere forhold i sundhedsvæsenet, der fungerer uhensigtsmæssigt set fra borgerens synsvinkel. I dag er det ofte sådan, at der skal to laboranter fra forskellige hospitaler ud i hjemmet for at tage hver deres blodprøve. Det kan være svært for borgeren at forstå, hvorfor man ikke kan nøjes med én prøve og genanvende den til begge test.

Styr på datoer, blodprøver og transport. Al den hjælp gav ro, siger kræftpatient Ammy Thomsen.



”Set med borgerens øjne kan man en gang imellem tænke, at ”det kan ikke være rigtigt,” men set med vores sygeplejerskeøjne, så kender vi svarene, fordi vi ved, hvordan sundhedsvæsenet er indrettet. Måske har vi bare aldrig overvejet, om det egentlig er hensigtsmæssigt, at f.eks. hjerteafdelingerne skal ligge på to forskellige hospitaler. Eller at sygehusenes it-systemer ikke kan tale sammen. Den undren

**”Sygeplejersker taler ofte om, at vi har patienten i centrum, men ofte er det sådan, at så snart patienten er ude over dørtærsklen, så er han ikke i centrum længere.”**

kan vi bringe videre til H:S (Hovedstadens Sygehusfællesskab, red.),” siger Hanne Bartholdy.

Sundhedskoordinatorerne sidder med i flere grupper, hvor de kan gøre deres indflydelse gældende. De er f.eks. repræsenteret i følgegrupperne til de pilotprojekter, de er involveret i med de praktiserende læger og med Klinik H på Frederiksberg Hospital. De sidder også med i den overordnede styregruppe i Frederiksberg Kommune, som følger etableringen af kommunens sundhedscenter, hvor sundhedskoordinatorerne hører under.

sbk@dsr.dk



# Suppleringsuddannelsen i Sygepleje

Suppleringsuddannelsen i Sygepleje giver kompetencer indenfor sygeplejefaget som videnskabelig disciplin. Det giver dig flere muligheder:

- Uddannelsen er studieforberedende og adgangsgivende til Master- og Kandidatuddannelserne i Sygepleje for de sygeplejersker, der ikke har en professionsbachelorgrad i sygepleje.
- Uddannelsen giver en teoretisk opgradering af din sygeplejemæssige viden, som er meget anvendelig i forhold til refleksion og argumentation med studerende og nyuddannede sygeplejersker.
- Uddannelsen giver kompetence til at forstå forskningsprojekter og selv deltage i udviklingsprojekter.

Uddannelsen er som fuldtidsstudie etårig med studiestart 1. september 2006 og afsluttes 30. juni 2007.

Uddannelsen er SU berettiget i 10 måneder. Der betales ikke studieafgift.

JCVU afholder orienteringsmøde om uddannelsen **mandag d. 23 januar 2006**. Læs mere på [www.jcvu.dk](http://www.jcvu.dk)

Ansøgningskema og oplysning om uddannelsen kan rekvireres ved de to institutioner, som udbyder uddannelsen.

**Ansøgningsfrist: 1. maj 2006** - Svar på ansøgningerne udsendes ultimo maj 2006.

JCVU  
Uddannelses- og udviklingsafdeling  
Vennelystparken  
Høegh-Guldbergs Gade 6  
8000 Århus C  
Tlf. 8612 1711  
[www.jcvu.dk](http://www.jcvu.dk)



CVU Øresund  
Efter- og Videreuddannelse  
Fælledvej 12  
2200 København N  
Tlf. 3535 3811  
[www.cvuoeresund.dk](http://www.cvuoeresund.dk)



## KOMPETENCE, KVALITET OG PRAKSIS

**CVU København & Nordsjælland**

### Sundhedsfaglige diplomuddannelser forår 2006



**Kontakt Videncenter for sundhed og sundhedsfremme, CVU København & Nordsjælland** for en drøftelse af dine muligheder på telefon **4829 4730**

VIDEN · CENTER  
FOR · SUNDHED · OG  
SUNDHEDSFREMME  
CVU København & Nordsjælland

#### Professionspraksis – med særlig fokus på klinisk kvalitetsudvikling

- Metoder til klinisk kvalitetsudvikling

#### Sundhedsfremme og forebyggelse

- Deltagerforudsætninger

#### Sundhedsformidling og klinisk uddannelse

- Deltagerforudsætninger

#### Klinisk vejlederuddannelse

- Studiestart marts 2006

#### Det sundhedsfaglige obligatoriske modul

- **Studiestart februar 2006 i Hillerød, Frederiksborg amts Sygeplejerskole, CVU København & Nordsjælland.**

Læs mere om de sundhedsfaglige diplomuddannelser og aktuelle tilbud på [www.cvukbh.dk](http://www.cvukbh.dk)

## Forandringer i fællesskab

**Fremtidens DSR.** 2006 bliver et år med store forandringer for sygeplejerskerne. Det er sidste år med den kendte kommunale struktur med 14 amter og 271 kommuner. I løbet af året bliver de langsomt afviklet i takt med, at de fem nye regioner og 98 kommuner overtager hovedansvaret for opgaverne. Regionerne overtager hovedansvaret for sundhedsvæsenet, og de 98 kommuner hovedparten af den offentlige service, herunder nye sundhedsopgaver. Dermed kommer forandringerne også til at kunne mærkes på arbejdspladserne.

Men det er ikke bare omverdenen, der er under forandring, det gælder også Dansk Sygeplejeråd.

Gennem 2005 har vi haft travlt med at diskutere, hvordan en ny struktur kan se ud. Fra sommeren 2005 har der været afholdt møder i Dansk Sygeplejeråds amtskredse, hvor medlemmerne og de tillidsvalgte har diskuteret to forskellige forslag til ny struktur for Dansk Sygeplejeråd.

Nu er tiden kommet, hvor vi skal træffe beslutningen om vores struktur.

**“Det bliver den væsentligste beslutning for vores organisation i de kommende år, fordi det handler om, hvordan vi former vores organisation, så vi sikrer, at vi har den slagkraft, vi ønsker.”**

om, hvordan vi former vores organisation, så vi sikrer, at vi har den slagkraft, vi ønsker, når vi varetager medlemmernes interesser i forhold til kommuner, regioner og staten. Samtidig med at vores demokrati og sammenhængskraften i hele organisationen styrkes.

Hvis vores fælles vision om at flytte grænser i organisation, fag og samfund skal styrkes, skal vi organisere os, så vi kan tale med én stemme, alle de steder – på arbejdspladsen, kommunalt, regionalt og statsligt – hvor der er brug for at tale sygeplejerskers sag.

Samtidig er det også klart, at Dansk Sygeplejeråd er medlemmerne. Dansk Sygeplejeråd bygger på medlemmernes engagement. Og på det faglige fællesskab mellem sygeplejersker, uanset om de er under uddannelse, ansat i basisstillinger eller er ledere. Derfor kan visionen kun blive til virkelighed, når medlemmerne har stor indflydelse på organisationens liv.

Derfor handler det om i de kommende måneder sammen at skabe det fundament for fremtidens Dansk Sygeplejeråd, som sikrer engagementet i organisationen og i faget. Herunder at forberede opstilling til og valget af de nye lokale bestyrelser. 2006 bliver et spændende år, hvor vi forhåbentlig i fællesskab kan skabe de nødvendige forandringer og skrive et nyt kapitel af Dansk Sygeplejeråds historie. Godt nytår!



*Grete Christensen*  
Grete Christensen, 1.-næstformand

## En ørkenvandring at fremskaffe rapport

Af Marianne Lykke Schmidt, sygeplejerske, cand.scient.soc.

*Kommentar til artiklen "Tryksår opstår på plejehjem" i Sygeplejersken nr. 11/2005.*

I *Sygeplejersken* nr. 11/2005 kan man læse, at tryksår opstår på plejehjem og ikke, som man ofte hører, på hospitalet. Det viste et projekt, som blev gennemført af Videncenter for Sårheling, Bispebjerg Hospital, og Københavns Kommune i 1999-2002. Ud af 155 plejhjemsbeboere havde tre fjerdedele erhvervet deres tryksår på plejehjemmet.

Det er et resultat, der rykker ved plejehjemmenes selvforståelse. Her gik vores plejepersonale rundt og fortalte hinanden, at beboerens tryksår opstår under indlæggelse på hospitalet, og så er det slet ikke sandt. Det hævder artiklens forfattere i hvert fald. Vi er selvsagt meget nysgerrige – ikke mindst fordi vi selv har deltaget i projektet.

Problemet er bare, at rapporten ikke har været tilgængelig på web-adressen før nu, og det har krævet kamp til stregen at få fingre i rapporten. Det har været en lang ørkenvandring rundt om web-koordinatoren på Bispebjerg Hospital og redaktøren af hjemmesiden. Sidstnævnte har haft mange uldne forklaringer på den forsvundne rapport. Et sidste desperat forsøg på at få et trykt eksemplar er også blevet afvist med den besked, at Videncenter for Sårheling ikke har flere papirkopier. Det er tankevækkende.

God forskningsetik foreskriver, at forskere og udviklingssygeplejersker har pligt til at delagtiggøre omverdenen i resultaterne af deres undersøgelser og være lydøre over for saglig kritik. Det at publicere undersøgelsesresultater i *Sygeplejersken* forpligter med andre ord forfatterne til at stille forskningsarbejdet til rådighed inden for forskerfællesskabet, men så sandelig også over for praksis. Når det ikke sker, mister forskerne troværdighed, og ingen bliver klogere, allermindst den praksis, som de gerne vil forandre til det bedre.

Hidtil har det knebet for Videncenter for Sårheling at leve op til normerne for god forskningsetik, idet deltagerne i projektet aldrig har modtaget rapporten, og rapporten først er dukket op i cyberspace flere måneder efter første henvendelse. Spørgsmålet er,

**”Al erfaring viser, at når velstanden stiger, så vil man bruge en større andel af sin indkomst på velfærdsservice. Folk vil gerne have bedre hjemmehjælp og bedre service og behandling på sygehuse og bedre skoler. Men det kan de offentlige budgetter ikke honorere.”**

*Mads Lundby Hansen, cheføkonom i den liberale tænketank, Cepos, i Berlingske Tidende.*

hvorfor der skulle gå så lang tid? Tilbage står, at plejehjemmene ikke er til sinds at bruge resultaterne til noget som helst, men tværtimod sætter spørgsmålstejn ved validiteten af resultaterne. På den måde bliver forskning til forskning for forskernes egen skyld.

*Marianne Lykke Schmidt er udviklingskonsulent i Sundhedsforvaltningen, Københavns Kommune.*

## Svar

Af Vonnie Zimmerdahl,  
ledende oversygeplejerske

Videncenter for Sårheling beklager, at det har været besværligt for dig at få fat i rap-

porten "Udefunktion – forebyggelse og behandling af tryksår" (1999-2002). Efter dine forgæves forsøg på at hente rapporten fra vores hjemmeside burde vi selvfølgelig have tilsendt dig et kopieret eksemplar med det samme. Især efter at vi erfarede nogle midlertidige tekniske vanskeligheder med tilgængeligheden på vores hjemmeside. Vi kan kun være interesserede i, at vores resultater kommer ud til kolleger og samarbejdspartnere.

Lige siden projektets afslutning har der været stor efterspørgsel på rapporten fra såvel national som international side. Til din orientering fik alle de involverede parter, herunder forstanderne på de 13 plejehjem i distrikt Ydre Østerbro og distrikt Bispebjerg, tilsendt en rapport umiddelbart efter projektets afslutning i 2003, med tak for deltagelse i projektet.

Formidling af rapportens resultater til praksis er foregået på mange niveauer ved publicering af rapporten, undervisning og konferencer. Omverdenen er på denne måde i høj grad blevet delagtiggjort. Mange kolleger fra plejehjem har henvendt sig og efterspurgt undervisning i forebyggelse og behandling af tryksår. Rapporten har således skabt fokus på ændring af praksis i forhold til kompetenceudvikling inden for området. Videncenter for Sårheling og afdelingens Udgående Hospitalsfunktion har et meget positivt samarbejde med primær sektor. Vi ser frem til fortsat samarbejde, og alle er til enhver tid altid meget velkomne til at kontakte afdelingen.

*Vonnie Zimmerdahl er ledende oversygeplejerske på Videncenter for Sårheling, Bispebjerg Hospital.*

## Skriv kort

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

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

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

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

## Hvad mener du?

[www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk)

### Denne uges spørgsmål på [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk)

Mener du, at det offentlige rum skal være røgfrit, herunder sygehuse og institutioner?

### Svar på spørgsmål stillet i *Sygeplejersken* nr. 25/2005

Synes du, det er en god idé generelt at hæve pensionsalderen?

Svar	antal	pct.
Ja	58	27,5
Nej	143	67,8
Ved ikke	10	4,7
<b>Total</b>	<b>211</b>	<b>100</b>



## CT-KVALIFIKATIONSKURSUS

Den 13. - 17. marts 2006 for radiografer og røntgensygeplejersker.

Se [www.scvun.dk](http://www.scvun.dk) eller ring 96 33 14 35



Sundheds CVU Nordjylland  
Viden- og udviklingscentret





## Lærer vi for lidt?

Af Joan Jacobsen og Maria Vilhelm Poulsen, sygeplejestuderende

*Kommentar til artiklen "Sygeplejerske – hva' så?" i Sygeplejersken nr. 23/2005.*

I *Sygeplejersken* nr. 23/2005 var der en artikel om faglig identitet, der fik os til at reflektere over vores identitet som kommende sygeplejersker.

Gennem vores kliniske praksis har vi været i kontakt med mange sosu-assistenten. Vi oplevede det som frustrerende, at både i primær sektor og psykiatri var flertallet af personalet sosu-assistenten.

Vi opfattede normeringen som et signal fra samfund og sundhedsvæsen om, at det egentlig

er ligegyldigt, om man ansætter en sosu-assistent eller en sygeplejerske, da begge kan udføre samme arbejde tilfredsstillende. Gør det så os som sygeplejersker overflødige? Vi kan ikke undgå at føle en slags afmagt.

Da vi spurgte sygeplejerskerne, hvad forskellen egentlig var på sosu-assistent og sygeplejerske, var svaret altid, at vi som sygeplejersker har nogle flere kompetencer. Men disse kompetencer kan ikke være af stor betydning, da der i praksis ikke er nogen forskel på arbejdsopgaverne. Dernæst er der stor forskel fra sted til sted i forhold til, hvad assistenten må og kan lave.

Vores kerneområde er mere eller mindre overtaget af sosu-assistenten, dette resulterer i, at vi mister vores faglige identitet. For hvem er vi? Hvad er det, vi uddanner os til, og hvad er vores egentlige ansvarsområde? Har autorisationen intet formål?

Det er meget vigtigt for os at pointere, at vi har mødt flere dygtige assistenter både inden for psykiatri og primær pleje. Dette sætter så igen spørgsmål ved, om vi på sygeplejerskestudiet lærer for lidt, siden der er en anden faggruppe, der kan det samme som os. Eller er det, vi lærer, irrelevant? Eller får sygeplejersken ikke lejlighed til at udøve de ovennævnte kompetencer, som hun påstår, at hun har? Hvis vi nu gerne vil arbejde i hjemmeplejen, kunne vi så ikke bare tage sosu-uddannelsen, da

denne vil give os samme muligheder? Vi synes, det er urimeligt, at en helt anden faggruppe uden samme omfattende studium udfører specifikke sygeplejefaglige opgaver. Det gør jo unægteligt, at vi bliver mindre entusiastiske i forhold til at indtræde på arbejdsmarkedet med vores ny erhvervede profession.

Så da undervisningsminister Bertel Haarder (V) her til jul ville iværksætte en undersøgelse for at finde ud af, hvorfor hver tredje sygeplejestuderende hopper fra, har vi en bange anelse om hvorfor mon.

Vi hører gerne, hvad DSR og andre mener om denne problemstilling.

*Joan Jacobsen og Maria Vilhelm Poulsen er sygeplejestuderende på H:S Sygeplejerskeuddannelsen.*

## Billig Studieforsikring i BAUTA www.bauta.dk

BAUTA tilbyder en særlig fordelagtig studieforsikring.

### Forsikringen består af to dele:

- 1 Familiens Basisforsikring, som forbrugerrådet anbefaler
- 2 Ulykkesforsikring

### Familiens Basisforsikring har en udvidet dækning på en række områder:

- Brilleforsikring.
- El-skadedækning ved f.eks. kortslutning i stereoanlæg, video, PC'er m.m.
- Psykologisk Krisehjælp.
- Årsrejseforsikring med afbestillingsforsikring, som dækker dig og din husstand ved ferierejser i Europa (udenfor Danmark) - uanset hvor tit I rejser.

Hertil kommer den almindelige dækning som f.eks. indbo, tøj, dine bøger og andre personlige ejendele ved brand, tyveri og vandskade.

**Ulykkesforsikringen** har en invaliditetssum på 1mio. kr. og giver dækning fra en invaliditetsgrad på 5%. Udgifter til tandbehandling efter ulykkestilfælde er uden sammensig begrænsning.

### Øvrige forsikringer - herunder bilforsikring

Udover studieforsikringen kan vi også forsikre dit hus, sommerhus og bil. BAUTAs bilforsikring hører til blandt landets billigste. BAUTAs bilister har mange fordele:

- Elitebilist efter 4-6 års kørsel - afhængig af din alder.
- Præmien nedsættes én gang årligt - uanset antal skader.
- Når elitetrin er nået, bliver du stående dér.

BAUTA FORSIKRING A/S

Sendes  
ufrankeret.  
Modtageren  
betaler porto.



BAUTA FORSIKRING A/S

Farvergade 17  
+++ 0625 +++  
1045 København K

- Jeg vil gerne have tilsendt materiale om BAUTAs særlige studieforsikring.
- Jeg vil gerne kontaktes telefonisk for et uforpligtende tilbud på mine forsikringer.

Igangværende uddannelse \_\_\_\_\_

Uddannelsessted \_\_\_\_\_

Navn \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Postnr. \_\_\_\_\_

By \_\_\_\_\_

Tlf. privat \_\_\_\_\_

Træffes bedst kl. \_\_\_\_\_



Bo Smith

## Den bedste fagforening

**Strukturdebat.** De kommende bestyrelser skal skabe en fagforening, som kan give medlemmerne bedre vilkår og faglig udvikling.

Hvordan får sygeplejerskerne i Danmark den bedste fagforening? Det spørgsmål skal kongressen tage stilling til den 1.-2. marts, når vi skal beslutte, om det lokale led skal bestå af fem regioner eller af 8-9 kredse, hvor nogle af regionerne deles op i to kredse.

Selv om begge modeller har sine styrker, er det min personlige opfattelse, at "regionsmodellen" giver sygeplejerskerne den bedste fagforening.

Jeg vil her pege på tre hovedargumenter:

- En bestyrelse i hver region giver samling og fokus på det, der er vigtigt for medlemmerne.
- En bestyrelse i hver region giver TR en tydelig reference.
- En bestyrelse i hver region giver muligheder for en administration med flere kompetencer.

Samling og fokus opnås, fordi en bestyrelse bedre kan fastlægge en politik inden for sundhedspolitik og fagets udvikling, når regionernes planlægning af sygehusvæsenet går i gang, og når regionerne sammen med kommunerne i regionen skal planlægge det sammenhængende sundhedsvæsen. Der vil være brug for, at bestyrelserne hele tiden opsamler input fra medlemmerne og omverdenen og kan reagere på impulserne. Det vil virke forsinkende og ufleksibelt, hvis der er to bestyrelser i regionen, der skal koordinere deres arbejde. Selv om det naturligvis kan lade sig gøre, vil det tage energi fra bestyrelsesarbejdet til interne relationer i stedet for eksterne relationer.

TR har en afgørende rolle og har et stort ansvar på arbejdspladsen, og når de nye kommuner begynder at koordinere og planlægge sundhedsvæsenet inden for regionen, har TR i kommunerne brug for, at DSR har en koordineret strategi for rådgivning, vejledning og påvirkning inden for regionen. For TR inden for sygehusvæsenet i de kommende regioner vil det være helt afgørende for succes, at DSR inden for regionen taler med én stemme, og det opnås bedst, når der er en bestyrelse for hver region.

Det, der er vigtigt for medlemmerne, er, at deres fagforening på alle måder arbejder for bedre vilkår for medlemmerne og for faget. Derfor er der brug for, at de kommende administrationer indeholder en bred vifte af kompetencer. Vi skal være gode til at kommunikere både internt og eksternt, vi skal kunne agere inden for sundhedspolitik, og vi skal basere vores rådgivning på solide juridiske kompetencer. Vi skal have kompetencer, der sikrer medlemmerne og TR adgang til rådgivning og vejledning, der er professionel og serviceorienteret. Vi skal lave arrangementer, der opfylder medlemmernes behov og skaber fællesskab. Dette faglige miljø skal opbygges, så det politiske niveau understøttes, og jeg tror, dette bedst sker med en bestyrelse i hver region. En fagforening er ikke et hus eller en bygning, det er en bevægelse ude på den enkelte arbejdsplads. Derfor skal DSR lokalt også have fokus på, hvordan fagforeningen kommer ud til medlemmerne. Nærhed kommer efter min mening ikke ved at opdele Dansk Sygeplejeråd i flere lokale afdelinger, men ved den måde vi gør tingene på. Der skal være mulighed for, at medlemmerne får kontakt med fagforeningen på mange måder: via deres TR, som har faste kontaktpersoner på kontoret, eller elektronisk og telefonisk. Når et personligt møde er den bedste måde at løse opgaven på, kan medlemmet enten vælge et møde på et kontor tæt på medlemmet eller på et regionskontor. Jeg tror således, regionen både skal have et regionskontor og en række kontorfaciliteter rundt i regionen, uden at disse er bemandet dagligt.

Det bliver en udfordring for de kommende bestyrelser at skabe aktiviteter på en måde, der giver medlemmerne en fagforening, som er nærværende, og en forening, der holder fokus på, at foreningen skal give medlemmerne bedre vilkår og faglig udvikling.

Det er min opfattelse, at hovedbestyrelsen indtil nu har haft fokus på, hvordan medlemmerne får den bedste fagforening, og det er mit håb, at hovedbestyrelsen og kongressen fortsat har dette mål for strukturændringen.

*Bo Smith er formand for Dansk Sygeplejeråds amtskreds Fyn.*

## Tove Brochmann

Tove er død. Beskeden kom ikke uventet for os – Toves kolleger – på Afdeling B4. Vi havde jo fulgt Toves svære kortvarige sygdom, men havde alligevel håbet på en anderledes udgang. Tove var en del af vores hverdag siden afdelingens start i efteråret 2002. Hun var en velkvalificeret, vellidt og omsorgsfuld sygeplejerske og kollega. På hendes stille og rolige måde løste hun opgaverne med stor professionalisme. Patienter og kolleger gik ikke forgæves til Tove. Hun havde tid til hver enkelt.

Kardiologien havde en stor plads i Toves hjerte. Kælenavnet *Fru Holter* levede hun fuldt ud op til pga. sin store viden om hjerterytmer og arytmier, og man gik ikke forgæves til Tove med sine

spørgsmål. Derfor var Tove også underviser i hjerterytmer for nyt personale i hele Adeling B.

Den største plads i Toves hjerte tilhørte dog familien. *Jørgen*, Toves mand, med hvem hun sejlede rundt til danske havne, sønnerne *Kim* og *Jan*, svigerdøtrene og Toves lille barnebarn *Mads*, som hun var umådeligt glad for, Toves forældre og bror.

Vores tanker og dybeste medfølelse går til dem, som har mistet så meget.

Tove er død. Vi har svært ved at forstå det, men mindes Tove som det omsorgsfulde, pligtopfyldende, glade og kærlige menneske, hun var. Æret være Tove Brochmanns minde.

*Kolleger på Hjertemedicinsk afdeling B4, Skejby Sygehus.*

## Susanne Haupt

Det er med stor sorg at skulle meddele, at *Susanne Haupt* er afgået ved døden søndag den 16. oktober 2005. Susanne døde fredeligt i sit hjem med sin mand *Kurt* ved sin side. Hun blev 51 år.

Susanne har, med et enkelt afbræk, været ansat på Rigshospitalets Neonatalklinik siden den 1. august 1978, de sidste mange år i Team 3. Susanne har med sin høje kompetence og ansvarlighed været en stor styrke at have i teamet.

Susanne stillede store krav til sig selv og sine kolleger om høj faglighed og var altid villig til at

deltage i en sygeplejefaglig diskussion.

Susannes fokus var altid børnene og deres familier. Hun var omhyggelig og omsorgsfuld og derfor meget afholdt af forældrene.

På trods af sin fremskredne sygdom arbejdede Susanne næsten til det sidste. I perioden, hvor kræfterne begyndte at svinde, blev hun mere og mere brugt som vejleder, tutor og mentor til stor glæde for såvel nye som gamle medarbejdere.

Æret være Susannes minde.

*På vegne af kollegerne på Neonatalklinikken og i Team 3*

*Lene Fredbo og Kristin Einarsdottir.*

## navne

## Dronningens fortjenstmedalje

Sygeplejerske *Anna Kragh* fra Sydvestjysk Sygehus har modtaget dronningens fortjenstmedalje for 40 års ansættelse. Hun er uddannet på Ribe Amts Sygeple-

jeskole. I de sidste 10 år har Anna Kragh specialiseret sig som stomisygeplejerske.

(sbk)

## Uddannelsen til sundhedsplejerske

Herved indkaldes ansøgninger til Uddannelsen til sundhedsplejerske undervisningsåret 2006/2007 med studiestart 1. september 2006.

Uddannelsen foregår ved JCVU og CVU Øresund. Forudsætning for optagelse på Uddannelsen til sundhedsplejerske er dansk autorisation som sygeplejerske, to års praksis som sygeplejerske svarende til fuld tid, heraf min. otte måneder på pædiatrisk specialafdeling eller en godkendt børneafdeling og min. fire måneder i en hjemmeplejeordning.

Alle obligatoriske adgangskrav skal være opfyldt senest ved studiestart. Hvis der melder sig flere ansøgere, end der kan optages på uddannelsen, vil der ved udvælgelsen blive anvendt et pointsystem.

### Ansøgningsfrist den 1. maj 2006

Svar på ansøgningerne forventes udsendt primo juni 2006. Ansøgninger indsendes til JCVU uanset om uddannelsen ønskes ved CVU Øresund eller ved JCVU.

### Informationsmøder

23. januar 2006 kl. 16.00, JCVU Hægh-Guldbergs Gade 6, 8000 Århus  
31. januar 2006 kl. 15.30, CVU Øresund, Fælledvej 12, 2100 Kbh. N.

JCVU er stedet for kompetent og udviklende efter- og videreuddannelse omfattende alle de menneskelige aspekter inden for den offentlige og erhvervsmæssige sektor



Jysk Center for Videregående Uddannelse  
Hægh-Guldbergs Gade 6 · 8000 Århus C  
Tlf.: 86 121 711 · www.jcvu.dk

## Tag din videreuddannelse på nettet

Merkonom, Teknomom eller Akademiuddannet.  
Nye kurser starter 6. februar



Netbaseret  
Akademi  
Uddannelse



Yderligere information på [www.netau.dk](http://www.netau.dk)

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

# faglige artikler

**På [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk) findes**

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

Vejledninger tilsendes også ved henvendelse til redaktionen 3315 1555



## Sygeplejerskers patientundervisning – hvad opnår vi egentlig?

Gonzales B, Lupon F, Herreros J, et al. *Patient's education by nurse: What we really do achieve?* Eur J Cardiovasc Nurs 2005;4:107-11.

**Formål:** At beskrive, hvad der opnås ved hjælp af sygeplejeledet patientundervisning i et ambulatorium for patienter med hjerteinsufficiens.

**Metode:** I den spanske spørgeskemaundersøgelse indgik 290 patienter fra 35-86 år med en gennemsnitsalder på 65 år. 219 var mænd. Omkring 90 pct. af patienterne havde dyspnø ved let eller fysisk anstrengelse (NYHA klasse II eller III i henhold til New York Heart Association klassifi-

kation) og reduceret venstre ventrikelfunktion (gennemsnitlig EF 32,6 pct.). Ved første besøg i ambulatoriet og efter et år udfyldte patienterne et spørgeskema. Spørgsmålene omhandlede viden om sygdom og behandling samt egenomsorgshandlinger. Der blev både givet direkte undervisning og udleveret skriftlig information til patienter og pårørende. Data er opgjort statistisk.

**Resultater:** Der var signifikant stigning i antallet af patienter, der forstod hjertets funktion og deres sygdom, ligesom kendskabet til symptomer på forværring blev signifikant øget. Kendskab til behandling

blev også forbedret noget. Der blev ikke fundet nogen forbedring i, hvordan patienterne fulgte den medicinske behandling.

**Bemærkninger:** Undersøgelsen viser, at patienternes viden øges, når de har modtaget undervisning af en sygeplejerske. Spørgsmålene i spørgeskemaet er gengivet i artiklen og kan tjene til inspiration, hvis man ønsker at undersøge effekten af egen undervisning i et ambulatorium.

Af Preben Ulrich Pedersen,  
sygeplejerske, ph.d.  
pu.pedersen@get2net.dk

## Udbrændthed blandt intensivsygeplejersker

Bakker AB, LeBlanc PM, Schaufeli WB. *Burnout contagion among intensive care nurses.* J Adv Nurs 2005;51:276-87.

Udbrændthed er et kendt fænomen på intensive afdelinger og beror ofte på krævende arbejdsforhold.

I denne artikel tager forfatterne, alle arbejdspsykologer, et andet udgangspunkt. De antager, at udbrændthed er smitsomt og spredes fra person til person på en arbejdsplads.

Resultaterne er hentet fra en større spørgeskemaundersøgelse om arbejdsstrivsel på intensiv afdeling, hvori 1849 sygeplejersker fra 12 lande, deriblandt Danmark, deltog. Udbrændthed blev målt ved hjælp af et anerkendt spørgeskema udar-

bejdet af Maslach og Jackson, og data blev bearbejdet med forskellige statistiske modeller.

Forfatterne antagelse om, at udbrændthed er smitsomt, blev bekræftet i studiet. Der var statistiske belæg for, at intensivsygeplejersker bliver smittet med "udbrændthedsvirus" af deres kolleger. Med andre ord, udbrændthed karakteriseret som negative følelser, kyniske bemærkninger, nedslidthed, nedsat arbejdsmoral og dårlig opførsel over for patienter og kolleger skyldtes ikke bare arbejdets tilrettelæggelse, men også arbejdsstrivsel og forholdet mellem kollegerne. Den største risiko for udbrændthed var dårlige relationer til kollegerne. De sygeplejersker, der

angav, at deres kolleger var udbrændte, var også dem, der viste de fleste tegn på udbrændthed.

Undersøgelsen har metodiske begrænsninger, men er interessant, fordi den sætter fokus på arbejdsstrivsel, patientpleje og vigtigheden af gode relationer og en god tone i arbejdsfællesskabet. For sygeplejersker og ledere, der fornemmer, at udbrændthed er ved at sprede sig i arbejdsgruppen, er denne artikel værd at læse. Ikke mindst litteraturgennemgangen i begyndelsen af artiklen giver nyttig viden om udbrændthed som fænomen.

Af Elisabeth Hall, lektor, ph.d.  
eh@sygeplejevid.au.dk

## Patientdeltagelse i sygeplejen – i et sygeplejersperspektiv

Sahlsten MJM, Larsson IE, Lindencrona CSC, Plos KAE. *Patient participation in nursing care: an interpretation by Swedish Registered Nurses.* J Clin Nurs 2005;14:35-42.

**Formålet** med undersøgelsen var at beskrive sygeplejerskers forståelse af patientdeltagelse i plejen. Målet var at kortlægge hospitalssygeplejerskers opfattelse af de elementer, der indgår i deres forståelse af patientdeltagelse i plejen, og hvordan sygeplejerskerne anvender patientdeltagelse i dagligdagen.

**Metode:** Der blev gennemført syv fokusgruppeinterview med deltagelse af 31 sy-

geplejersker fra somatiske afdelinger på fem svenske sygehuse. Deltagerne var udvalgt, så de repræsenterede afdelinger med og uden en klar målsætning om inddragelse af patienter i den daglige pleje. Interviewene blev optaget på bånd. Rammen for interview og analyse var grounded theory.

**Resultater:** Undersøgelsen gav viden om og forståelse for sygeplejerskers fortolkning og anvendelse af patientdeltagelse i plejen. Sygeplejerskerne gav en omfattende beskrivelse af områder, der har betydning for patientdeltagelse. Disse kunne samles inden for otte kategorier.

**Bemærkninger:** En målsætning om aktiv deltagelse af patienter i deres egen pleje kan være meget luftig, for hvad menes der egentlig med inddragelse? Denne undersøgelse giver en beskrivelse af de hovedelementer, svenske sygeplejersker mener indgår i begrebet, og kan derfor være et godt udgangspunkt for en videre diskussion og således være anvendelig ved en evaluering af den pleje, der ydes.

Af Preben Ulrich Pedersen,  
sygeplejerske, ph.d.  
pu.pedersen@get2net.dk



# Køen af faglige artikler bliver nedbragt

Af Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør

**Opprioritering.** Flere sygeplejefaglige artikler i hvert nummer af *Sygeplejersken* skal nedbringe ventetiden på at få en artikel i bladet.

*Sygeplejerskens* redaktion får i øjeblikket flere og flere henvendelser fra sygeplejersker, som spørger til, hvornår den faglige artikel, de har fået optaget i bladet, bliver bragt.

Svaret til dem, der spørger, er, at der i øjeblikket ligger en ekstraordinært stor bunke faglige artikler – omkring 40 – som fagligt er godkendt, men som endnu mangler at blive journalistisk bearbejdet og efterfølgende godkendt på ny.

Dertil kommer et tilsvarende antal artikler, som er i færd med at blive godkendt i et samarbejde mellem forfatteren og den sygeplejefaglige medarbejder. Efter den faglige godkendelse kommer så den journalistiske bearbejdning, som sker i et samarbejde mellem forfatteren og en af *Sygeplejerskens* journalister. Desuden skal der fotograferes eller skaffes illustration til artiklen.

Alt i alt er produktionsprocessen fra artikeludkast til publi-

ceret artikel lang og omfattende, og det kræver store ressourcer at fremskynde processen.

Alligevel har redaktionen besluttet at opprioritere antallet af faglige artikler i *Sygeplejersken* frem til sommerferien 2006, så ventetiden derefter kan blive mere acceptabel end de nuværende 8-12 måneder.

Da godkendelsesprocessen under alle omstændigheder er langvarig, skal nye forfattere absolut ikke på baggrund af de aktuelle køproblemer holde sig tilbage mht. at henvende sig med forslag til nye artikler.

Vi håber, at bunken er minimeret kraftigt, når vi når til sommerferien 2006.

Redaktionen beder om forståelse og håber på opbakning fra forfatterne.

## Årets faglige artikel

Af Jette Bagh, sygeplejefaglig medarbejder

**Uinteressant.** At vælge årets faglige artikel – se *Sygeplejersken* nr. 25/2005 side 19 – er ikke en udfordring, der har tændt *Sygeplejerskens* læsere. Snarere tændt i hvert fald en enkelt af dem. Redaktionen har modtaget to – ja to – indlæg og har derfor valgt at bringe og præmiere dem begge.

Susanne Jørgensen, sundhedsplejerske fra Kastrup, skriver følgende:

”Årets faglige artikel er: ”Sygepleje til patienter smittet med hiv,” skrevet af sygeplejerske Lotte Ørneborg Rodkjær og bragt i *Sygeplejersken* nr. 25/05.

Artiklen er indbydende, nem at læse og skrevet på et godt, forståeligt dansk med fine ordforklaringer på hyppigt brugte ord/begreber. Den er skrevet med stor indfølelse og forståelse for hiv-

ramte mennesker og deraf følgende accept af, at mange mennesker, på trods af viden, alligevel ikke evner/magter at følge anbefalingerne 100 pct.

Multiple choice-testen er fin og medvirker til at højne forståelsen af problematikken og gør sit til, at den ny viden bedre sætter sig.”

### En provokation

Birgitte N. Andersen, sygeplejerske fra Helsingør, mener, at årets faglige artikel er ”Bøger til juleferien,” redigeret af Jette Bagh, bragt i *Sygeplejersken* nr. 25/2005. Hun skriver:

”Hvorfor? For er det dog ikke en provokation af *Sygeplejersken* at bringe sådan en artikel, når hovedparten af Dansk Sygeplejeråds medlemmer *overhovedet ikke* har juleferie, men derimod

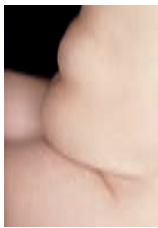


som vanligt aften-  
vægter, nattevægter  
osv., uanset om kalenderen siger den 24. december eller den 31. december? Altså ingen juleferie! Hvornår har Jette Bagh sidst været i praksis? Skrivebords-sygeplejersker burde tvinges ud i sengeafdelingerne, så de ikke skriver sådan noget vrøvl!”

### Svar

En boggave ville i dette tilfælde indikere, at en sygeplejerske nogensinde har tid til at læse, så redaktionen har valgt at sende de to vindere et gavekort til Matas. Vi håber, der bliver en ledig stund til at indløse kortet.

Godt nytår.



**Kritisk revision.** Forenkede og foragede forestillinger om overvægtige patienter harmonerer ikke med kerneværdier i sygeplejen. Sygeplejersker kan hjælpe overvægtige patienter på en mere kvalificeret måde, hvis de erkender egne fordomme og bearbejder dem med faktuel viden.

# Sygeplejerskers forestillinger om overvægt

Sygeplejersker diskriminerer overvægtige patienter, finder dem ulækre og har svært ved at tale med dem om deres overvægt. Det er det billede, der tegner sig efter en analyse af indlæg bragt i *Sygeplejersken* i perioden 1997-2004 (1).

Det er i strid med De Sygeplejeetiske Retningslinjer, der fastslår, at "Sygepleje ydes uden nogen form for diskriminering" (2). Der er derfor god grund til, at sygeplejersker tager deres holdninger til og forestillinger om overvægt op til kritisk revision.

## Overvægt er grimt

Overvægt betragtes ofte som et resultat af en livsstil med for stort kalorieindtag i forhold til kalorieforbrug. Sagt med andre ord, den overvægtige person æder for meget og bevæger sig for lidt. Holder man sig inden for denne snævre betragtning af overvægt, risikerer man nemt at stemple den overvægtige som en karaktersvag person, der forsynder sig mod dyder, vi betragter som væsentlige: at kunne tage sig sammen, have styr på sig selv og kunne udøve disciplin.

Overvægt er grimt, synes vi. I nogle kulturer forbindes overvægt med evne til at skaffe føde, bringe overflod og frodighed. I vores samfund, hvor føde er til stede i rigelige mængder, har vi ikke samme positive syn på den overvægtige krop, vi vil være slanke (3). Selv slanke og undervægtige kvinder oplever sig selv som overvægtige i forhold til idealet (4).

Overvægt koster penge, fordi tilstanden kan medføre en række alvorlige, livstruende sygdomme og ses som en tikkende bombe under sundhedsbudgetterne, der vil eksplodere, fordi antallet af

overvægtige er stærkt stigende, også blandt børn og unge (5). Problemet kompliceres af, at der generelt er dårlige erfaringer med at hjælpe overvægtige til at tabe sig og fastholde vægttab (6).

Dette billede af overvægt tegnes generelt i medierne. Det er også forestillinger og holdninger, som sygeplejersker har givet udtryk for i *Sygeplejersken* (1).

Hvis vi vil møde den overvægtige patient med respekt og værdighed eller vil hjælpe patienter til vægttab, så skal de forenkede og foragede forestillinger erstattes med en større forståelse for kompleksiteten omkring overvægt.

Kompleksiteten kan illustreres ved at vise, hvordan overvægt forklares og behandles forskelligt inden for forskellige diskurser. (Diskurser forstås her som måder at anskue verden på.) I artiklen beskrives fire diskurser, der anskuer overvægtsproblematikken ud fra forskellige videnskabeteoritiske positioner. Dermed leverer de forskellige forklaringer på overvægt og behandling af overvægt og forskellige bud på, hvordan sygeplejersken kan møde den overvægtige patient.

De fire diskurser er:

1. En naturvidenskabelig diskurs, der fokuserer på overvægt som sygdomsrisiko og et resultat af manglende kaloriebalance.
2. En humanvidenskabelig diskurs, der fokuserer på overvægt som et psykosocialt symptom.
3. En samfundsvidenskabelig diskurs, der ser overvægt som en samfundsfaglig problematik.
4. En socialkonstruktivistisk diskurs, der ser holdninger og fore- ►



Af Birgit Kruse, sygeplejerske • Modelfoto: Nicolai Howalt

- ▶ stillinger om overvægt som en social konstruktion, der bør udfordres.

### Overskrider dokumenteret ideal for vægt

Den naturvidenskabelige diskurs anskuer overvægt som en vægt, der ligger over et videnskabeligt dokumenteret ideal for vægt. Ofte bruges BMI (Body Mass Index) som ideal. BMI er et udtryk for forholdet mellem højde og vægt ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Andre metoder tager udgangspunkt i forholdet mellem hofte- og taljemål (7).

Når man inden for den naturvidenskabelige diskurs problematiserer overvægt, skyldes det, at overvægt generelt ses som en væsentlig risikofaktor for udviklingen af en række alvorlige, livstruende sygdomme: hypertension, aterosklerose, iskæmisk hjertesygdom, apoplexia cerebri, NIDDM, galdesten, neoplasmer, muskuloskeletale og psykiske lidelser og øget mortalitet (8).

Det diskuteres dog, i hvilken grad overvægt er en risikofaktor.

Læge *Birgit Petersson* kritiserer sammenkædningen mellem overvægt og sygdomme: Hun argumenterer for, at fordi der er statistisk sammenfald mellem overvægt og øget mortalitet, så behøver sammenhængen ikke at afspejle årsag og virkning. Hun mener, at den øgede dødelighed hos overvægtige snarere afspejler, at stress og dårlige sociale forhold giver øget mortalitet. Statistisk kan det forklares med, at overvægt forekommer hyppigst i de laveste socialgrupper. Dermed tolkes årsagssammenhængen mellem dødelighed og social status fejlagtigt som årsagssammenhæng mellem dødelighed og overvægt (4).

Birgit Petersson argumenterer for, at tabeller over idealvægt generelt ikke tager højde for køn, alder, fedtfordeling, muskelmasse, genetik eller etnicitet (4). Hun mener, at BMI ikke som antaget er udtryk for et sundhedsmæssigt ideal, det er snarere et udtryk for et æstetisk ideal, vi har i vores kultur.

Læge *Bente Klarlund Pedersen* argumenterer for, at den højere dødelighed hos overvægtige ikke er forårsaget af vægten, men af manglende fysisk aktivitet, som er hyppigere hos overvægtige end hos normalvægtige. Dødeligheden er lige så høj hos normalvægtige, der ikke motionerer, som hos overvægtige, der ikke motionerer. Hendes synspunkt er "Hellere fed og fit end tynd og tam" (9).

I den naturvidenskabelige diskurs er der først og fremmest fokus på, at overvægt er et resultat af livsstil, men det kan være

svært at vejlede den overvægtige om kost. Der er diskussion om betydningen af forholdet imellem protein, kulhydrat og fedt. Der stilles spørgsmål ved, om de officielle kostbefalinger med meget kulhydrat og lidt fedt bør revurderes. Undersøgelser tyder på, at begrænsninger i kulhydratindtag og øget indtag af umættet fedt har gunstig effekt på opnåelse af vægttab (10). Dette er dog indtil videre blevet tilbagevist i de officielle anbefalinger (11).

Proteinpulvere og slankeklubber med teorier om vejen til vægttab, f.eks. "Vægtvogterne" og "Vægtkonsulenterne" eller særlige teorier såsom blodtypediæt eller "Atkins ketogene kostpyramide," gør, at det er meget nemt at blive forvirret over, hvilke råd der virker.

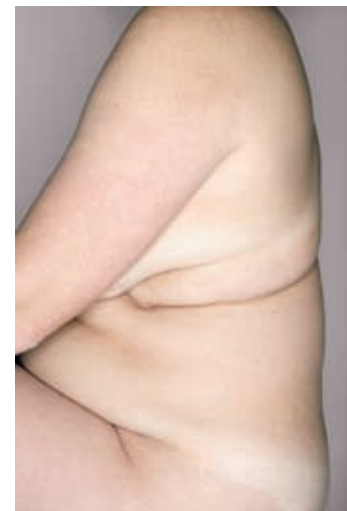
Overvægtige kan ikke blot nedsætte kalorieindtaget, for det medfører risiko for fejlernæring, og slankeklubber kan relateres til øget mortalitet, hvis behovet for vitaminer og mineraler ikke dækkes (8).

**"I nogle kulturer forbindes overvægt med evne til at skaffe føde, bringe overflod og frodighed. I vores samfund, hvor føde er til stede i rigelige mængder, har vi ikke samme positive syn på den overvægtige krop, vi vil være slanke."**

Der er enighed om, at motion er godt, hvis man vil opnå og især vedligeholde vægttab. Motion har derudover en række andre sundhedsmæssige gevinster (9). Men det kan være svært at komme i gang med at motionere, hvis man ikke har gjort det tidligere eller har fysiske skavanker. Der er mulighed for hjælp via konceptet "Motion på recept" (12).

Overvægt ses ikke kun som et resultat af livsstil. Andre årsager er: metaboliske, hormonelle, neuroendokrine, genetiske, intrauterine (f.eks. udsultning i fostertilstanden) og kost i tidlig alder, f.eks. manglende amning (6,13).

Dermed søges også medicinske og kirurgiske behandlingsmuligheder til svært overvægtige, der kan supplere regulering af livsstil. Medicin kan nedsætte appetit, øge metabolisme og påvirke optagelsen af fedt (6). Kirurgi kan mindske ventriklens volumen og dermed begrænse mulighederne for at overspise (14).



Konkrete råd til sygeplejersken ud fra en naturvidenskabelig diskurs:

- Opdatér løbende din viden om årsager til og behandling af overvægt, søg evidensbaseret viden.
- Vær kritisk over for den viden, du præsenteres for. Statistiske sammenhænge behøver ikke at afspejle årsagssammenhænge.
- Se overvægt som et komplekst problem, der ikke nødvendigvis kan behandles alene med livsstilsændringer. Anbefal din svært overvægtige patient at drøfte forskellige behandlingsmuligheder, f.eks. medicin og kirurgi, med lægen.
- Se kostvejledning som en opgave, der kræver evidensbaseret viden. Anbefal evt. samarbejde med en diætist.
- Anbefal motion, men vær opmærksom på, at det kan være lettere sagt end gjort. Anbefal evt. "Motion på recept," som den overvægtige kan henvises til via praktiserende læge.

### Hænger sammen med personens oplevelse af sin krop

I den humanvidenskabelige diskurs om overvægt anskues overvægt i et holistisk perspektiv. Idealvægt kan ikke nødvendigvis gøres op i kilo, den hænger sammen med personens oplevelse af sin krop. Overspisning ses i sammenhæng med psykosociale faktorer.

Der søges forklaringer på spiseadfærd i psykologiske teorier, der kan gå helt tilbage til spædbarnstiden (15). Overspisning og fedme ses som symptom på følelsesmæssige behov eller forsvar imod følelser (16). Det kan være udtryk for stress, ensomhed, lavt selvværd, mobning, sygdom, vold eller incest (17).

For at forebygge og behandle overvægt tages udgangspunkt i den overvægtiges tanker, følelser og oplevelser af sin krop. Der er overvægtige, som er tilfredse med deres krop. De har ringe glæde af at blive mødt med løftede pegefingre. Mange overvægtige er imidlertid utilfredse med deres vægt og ønsker hjælp til vægttab. De skal hjælpes til at forstå de følelser, som får dem til at overspise, og have hjælp til at finde andre måder at mestre svære følelser eller livsomstændigheder på.

Konkrete råd til sygeplejersken ud fra en humanvidenskabelig diskurs:

- Respektér den overvægtiges oplevelse af sin krop og vægt.

- Forstå mennesket holistisk. Krop og psyke kan ikke skilles, adfærd er ikke kun styret af fornuft.
- Hjælp den overvægtige, der ønsker vægttab, til at forstå årsagerne til overspisning eller valg af uhensigtsmæssig mestringsstrategi. Anbefal evt. at søge hjælp hos psykolog eller terapeut.

### Livsstil formes af samfundet

Samfundsvidenskaben præsenterer statistiske sammenhænge.

Som i den naturvidenskabelige diskurs søges årsagsforklaringer i livsstil, men ikke i det enkelte individs ansvar for livsstil.

Det centrale er at vise, hvordan livsstil formes af samfundet. Infrastruktur, arbejdsmarkedsforhold, uddannelsesniveau, forbrugerpolitik samt produktion og distribution af varer har betydning for forekomsten af overvægt. Sociale og demografiske parametre viser, at risikoen for overvægt er størst hos mennesker med kort uddannelse, lav indkomst, ufaglært job og bosiddende i udkantssområder som Vestsjælland og Nordjylland. Prognoser viser, at den socialt ulige forekomst af fedme vil blive mere markant i fremtiden (5).

Inden for denne diskurs ses forebyggelse og behandling af overvægt som en samfundsopgave, der skal løses med en indsats på mange niveauer, f.eks. af regering, massemedier, fødevarerindustri, sundhedspersonale, amter, kommuner og skoler.

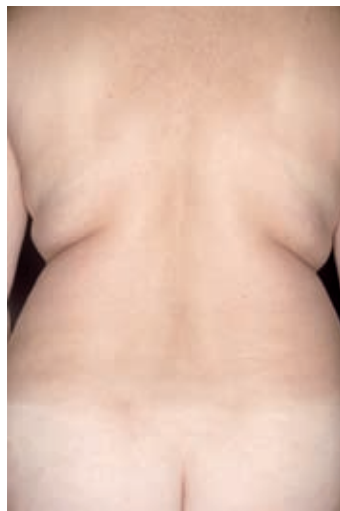
Konkrete råd til sygeplejersken ifølge samfundsvidenskabelig diskurs:

- Vær bevidst om, at overvægt ikke kun er det enkelte individs ansvar, samfundsforhold har betydning for, hvem der bliver fed.
- Markér dig som fagperson i samfundsdebatten om de mange faktorer, der har betydning for udviklingen af overvægt.

### En konstruktion under forandring

Den socialkonstruktivistiske diskurs ser vores holdninger og forestillinger om overvægt som en konstruktion, der principielt vil være under forandring. Og der er røster, der mener, forandringen er tiltrængt.

De er indignerede over, at overvægt problematiseres på en ►



måde, der stigmatiserer, diskriminerer og udstøder overvægtige mennesker (18). Tilsyneladende problematiseres overvægt med evidensbaserede argumenter, der knytter overvægt sammen med risici for sygdom og øget mortalitet. Men det er snarere en æstetisk forestilling om den slanke krop som ideal, der ligger bag vores uvilje mod overvægtige, fremfører de, som det fremgår af citaterne: "Den igangværende krig mod fedtet er et irrationelt udbrud af kulturelt hysteri, som ikke er understøttet af pålidelig forskning" (19).

### **"Det er relevant, at sygeplejersker i højere grad debatterer, hvordan samfundsudviklingen præger overvægtsproblematikken og vores forestillinger om overvægt."**

"Vi skal huske, at mange af vores domme om fedme er æstetiske domme, og huske at adskille æstetikken fra etikken. Det kan være, at vi finder overvægt utiltrækkende, men andre steder og andre tider ser anderledes på sagerne" (20).

I denne diskurs skal den overvægtige ikke nødvendigvis behandles. Det kan være, at det snarere er samfundets holdning til overvægt, som skal tages under behandling.

Konkrete råd til sygeplejersken ud fra en socialkonstruktivistisk diskurs:

- Vær kritisk over for etablerede forestillinger om overvægt. Leg med tanken om, at det kun er én måde at anskue overvægt på.
- Lyt til patientens fortælling om sin overvægt ud fra antagelsen om, at sandheden er relativ. Patienten har muligvis ret, selvom fagfolk umiddelbart vil forklare patientens situation helt anderledes.
- Opsøg forestillinger, der kan provokere dine fordomme. Se på billeder af overvægtige, eller se på den overvægtige person, mens du stiller dig selv spørgsmål til det, du ser: Er den krop, det menneske, smuk? Eller grim? I hvor høj grad er din vurdering determineret af fordomme?
- Bemærk forskelligheden i skildringen af den overvægtige krop alt efter situationen. Er det en barokaltartavle, der skildrer en frodig Maria som Jesus' moder, eller er det et pressebillede, der bruges som illustration til en artikel om overvægt som bomben under sundhedsvæsnets?

### **Flyt fokus fra individ til samfund**

Der er tegnet fire diskurser om overvægt. Alle gør sig gældende i sygeplejen, som den kom til udtryk gennem analysen af indlæg i *Sygeplejersken*, men ikke lige stærkt (1).

Generelt ser det ud til, at der hos sygeplejersker er fokus på individ frem for på samfundsniveau. Samfundsforhold er måske ikke det, sygeplejersker i praksis prioriterer i hverdagen. Men i De Sygeplejeetiske Retningslinjer hedder det: "Sygeplejersken skal holde sig orienteret om den sociale- og sundhedspolitiske udvikling og deltage i debatten herom" (2).

Derfor er det relevant, at sygeplejersker i højere grad debatterer, hvordan samfundsudviklingen præger overvægtsproblematikken og vores forestillinger om overvægt.

*Birgit Kruse er sygeplejerske på Bornholm Central Sygehus.  
birgit.kruse@bcsygehus.dk*

### **Litteratur**

1. Kruse B. Fire diskurser om overvægt og deres betydning for sygepleje. Bacheloropgave på sygeplejestudiet 2004. Fås hos forfatteren.
2. Sygeplejeetisk Råd. De Sygeplejeetiske Retningslinjer. Sygeplejeetisk Råd 2004.
3. Bonde H. Degeneration. Politiken 2003; 6. marts.
4. Petersson B. Frygten for fedtet. København: L&R Fakta; 1997.
5. Ernæringsrådet. Den danske fedmeepidemi. Oplæg til en forebyggelsesindsats. Ernæringsrådet 2003.
6. Svendsen OL. Farmakologisk behandling af fedme. Ugeskr Læger 2004;(43):3814-17.
7. Jessen JG. Kostændringer og vægttab hos adipøse efter ophold på Livsstilscenteret i Vejle Amt, MPH, Aarhus Universitet 2001; Udgivelse nr. 45.
8. Astrup A, Raben A, Skov A, Toubro S. Kostbehandling af adipositas. Manedsskr Prakt Laegegern 1995;(5):609-16
9. Pedersen BK. Hellere fed og fit end tynd og tam. Ugeskr Læger 2003;(51):4947-50
10. Larsen KR. Revurdering af de officielle kostenbefalinger. Manedsskr Prakt Laegegern 2004;(11):1345-51
11. Astrup A. Kan kostpyramider løse fedmeepidemien? Ugeskr Læger 2005;(8): 869
12. Haller J. Motion som lægemiddel. Nu med ny styrke. Ugeskr Læger 2003;(45):4332-33
13. Astrup A, Buemann B, Gluud C, Tjur T, Christensen N. Prognostiske markører for vægttab ved adipositasbehandling. Ugeskr Læger 1996;(32):4513-16.
14. Larsen JF, Kroustrup JP. Kirurgisk behandling af ekstrem fedme. Præsentation af Cochrane-analyse. Ugeskr Læger 2004;(26-31): 2547-50.
15. Hvid T. Kroppens fortællinger. Aarhus: Modtryk; 1992.
16. Ilfeldt A. Fedmens psykologi. En selvhjælpsbog. København: Gyldendals Akademiske Bogklubber; 2002.
17. Folkmann J. Fedt og følelser. København: Cazell; 2003.
18. Johansson A. Elefant i nylonstrømper. Om kvindelighed, krop og sult. København: Aschehoug; 2000.
19. Frank L. Fedtets mytologi. Weekendavisen 2004; 29. juli.

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Kruse B. Attitudes towards obesity in the nursing profession. *Sygeplejersken* 2006;(1):34-8.

The article was motivated by an empirical analysis which showed that nurses' attitudes regarding obesity are incompatible with Ethical Guidelines for Nurses.

The article describes four discourses on obesity. The discourses arose on the background of four different scientific theoretical traditions which form different conceptions of, and explanations for, obesity.

The discourse analysis presents a metatheoretical perspective, enabling nurses to become aware of how attitudes to obesity can be regarded as relative. Their relativity renders them variable; i.e. they can be changed.

Their relativity enables a nurse to encounter an obese patient contemplatively and openly. The nurse concerned will be in a position to meet the obese individual and evaluate possible treatments on the basis of a critical perspective which allows for change and improvement.

Keywords: Obesity, discourse, scientific theory, the Danish Council of Ethics in Nursing, aesthetics.

Har du en idé eller en case til det næste Dilemma, så send den til redaktionen@dsr.dk Indlægget må højst fylde 1.000 anslag uden mellemrum. Husk navn, medlemsnummer, adresse, arbejdsadresse og tlf.nr. under dit forslag. Du kan også ringe til *Jette Bagh*, tlf. 3315 1555, lokal 7311, og fortælle din historie. Læs hvad Sygeplejeetisk Råd mener om det aktuelle Dilemma på [www.sygeplejeetiskraad.dk](http://www.sygeplejeetiskraad.dk) Her kan du også læse Dilemma og svar bragt i tidligere numre af *Sygeplejersken* samt svar, der ikke er trykt i bladet.



Af Anette Stryhn, sygeplejestuderende • Illustration: Bodil Molich

dilemma

39

**Din mening.** Det vrimler med etiske dilemmaer i sygeplejen. *Sygeplejersken* vil gerne høre, hvad du ville gøre, hvis ... Læs historien nedenfor og send dine overvejelser til: [redaktionen@dsr.dk](mailto:redaktionen@dsr.dk) senest tirsdag den 17. januar kl. 12.00. Det må højst fylde 1.000 tegn uden mellemrum. Redaktionen bringer et udvalg af svarene i næste nummer af *Sygeplejersken*.

## Sikre dødstegn

Lægen ankommer til afsnittet mandag middag. Jeg følger ham ned til fru *Hansens* værelse, hvor jeg præsenterer mig og forklarer, at jeg aldrig før har været med til et dødsfald. Jeg beder om lov til at følge med ind på værelset, da jeg gerne vil vide, hvad der sker i sådan en situation. Det er i orden med lægen, jeg er velkommen. Vi når lige ind i værelset, da lægen spørger mig direkte: "Hvad er de tre sikre dødstegn?"

Jeg siger, at jeg mener, der er mere end tre.

"Nej," halvt råber han, "der er dødsstivhed, ligpletter og forrådnelse."

Han spørger herefter, hvornår jeg må erklære en person død. "Det må jeg kun, hvis hovedet er skilt fra kroppen, eller hvis forrådnelsen er nået så langt."

"Ja," afbryder han, "lidt kan du da."

Vi går hen til fru *Hansen*, og han viser mig ligpletterne og løfter herefter hendes ben 50-70 cm op over madrassen. Jeg bøjer mig i den tro, at der er noget, han vil vise mig, men nej.

Han slipper benet, så det banker ned i madrassen, og siger: "Ja, det er så dødsstivheden."

Jeg ryger tilbage for ikke at få benet i hovedet, hvorefter han demonstrerer, hvordan slidigt påvirker et knæ, efter at døden er indtrådt. Jeg er bange for, at fru *Hansen* skal ryge på gulvet, for hun rykker sig ca. 20 cm frem og tilbage i sengen ved hvert forsøg på bøj og stræk. Manøveren ender med at sætte sine tegn på fru *Hansens* krop, det ene øje er ikke længere lukket, og munden er gået op. Jeg er chokeret, mundlam og forfærdet over hans behandling af liget.

*Hvad kunne jeg have gjort? Hvordan skulle jeg have handlet?*



*Anette Stryhn er sygeplejestuderende på Sønderborg Sygeplejeskole.*

### Dilemma fra Sygeplejersken nr. 26

Flere hjemmesygeplejersker er frustrerede over, at *Karoline*, som er 30 år og offer for et trafikuheld, får en uhenigtsmæssig smertebehandling. Desuden oplever de, at hun ofte kører bil efter at have fået smertestillende injektioner.

Heldigvis kom han sig inden udskrivningen og fik den korrekte smertebehandling samt nedtrappingskema med hjem.

*Lene Gottlieb Christensen, ortopædkirurgisk sygeplejerske, Sygehus Vendsyssel, Hjørring.*

*Dette har resulteret i et problem for patienten, som nu er tilvænnet stoffet uden at have den ønskede effekt af det. Som sygeplejersker står vi i det etiske dilemma, at vi medvirker til at påføre denne patient et behandlingsinduceret morfinmisbrug, men vi kan ikke få ændret ordinationen, fordi den praktiserende læge ikke ønsker at blande sig i behandlingen, så længe han afventer svar fra jer.*

*Vi beder jer venligst indkalde patienten og iværksætte en relevant smertebehandling. Alternativt bedes I afslutte patienten med epikrise til egen læge, så denne kan overtage behandlingsansvaret.*

*Venlig hilsen  
Hjemmesygeplejerskerne*

Desværre er problemet nok ikke løst så let, idet *Karoline* formodentlig har fået et problem og hermed har brug for kyn-dig smertebehandling/afvænnning, og netop derfor foreslår jeg kopi til embedslægen.

*Liv Frich, forsknings-sygeplejerske, Tværfagligt Smertecenter, Rigshospitalet.*

## Vi har et medansvar

Ja, jeg synes i høj grad, at vi har et medansvar over for *Karoline*. Det er os, der kan have overblikket og "se, hvad vej det går."

Som ortopædkirurgisk sygeplejerske og tidligere hjemmesygeplejerske har jeg mødt lignende situation ved genindlæggelse af patient. Den ordinerede smertebehandling ved indlæggelsen slår ofte ikke til, og vi begynder at give p.n.-medicin osv.

For nylig havde jeg en ung lærling, som fik en halv finger amputeret samt beskadiget flere fingre ved en rundsav.

Han bad ofte om mere smertestillende og helst som injektion, for det hjalp hurtigst. Han kunne også mærke suset!

I forældrenes nærvær oplyste jeg dem alle tre om, at dette her kunne føre til noget uheldigt!

## Brug for afvænnning

Mit bud på den komplicerede situation er følgende brev:

*Kære behandlende overlæge  
Kopi til embedslægen*

*Vi henvender os til dig vedrørende en behandling, som er iværksat i jeres regi.*

*Vi kommer som hjemmesygeplejersker hos NN, som er blevet behandlet af jer efter et trafikuheld, hvorefter hun har været indlagt med infektioner i hjernen nogle gange. NN har hovedpine efter dette. Sidste ordination fra neurokirurgisk afdeling vedrørende smerter er:*

*"Inj. nicomorphin indtil anden behandling kan iværksættes," og dette har nu været effektueret af hjemmesygeplejen et stykke tid.*

## Magtudøvelse. Om torturens ondskab og ondskaben i sygepleje. Sygeplejersker kan have de bedste hensigter, men alligevel komme til at gøre deres patienter ondt. Flere af torturens elementer indgår nemlig i sygeplejen.

Det kan virke provokerende at blande tortur og sygepleje. Hvad har bevidst ondskab over for andre mennesker at gøre med sygepleje? Den store ondskab er den, hvor de onde handlinger udføres med vilje. Den lille ondskab er den, hvor sygeplejersken kommer til at gøre patienten ondt uden at ville det.

Torturens virkemidler kan opdeles i forskellige elementer, og flere af disse elementer er en del af den pleje, der udøves til alle patienter. Elementerne er ganske hverdagsagtige og indgår i enhver sygeplejerskes overvejelser, når hun udøver sygepleje. Disse elementer kan bruges således, at de styrker patientens identitet og autonomi, men – og det er her, forskellen kommer ind – de kan også bruges til det modsatte, nemlig at patienten føler sig som et objekt eller som en patient, hvor selvtilliden ligger på et meget lille sted.

Der er stor forskel på intenderet ondskab som tortur og den ikke intenderede ondskab, som kan snige sig ind i plejen af andre mennesker. Forskere diskuterer stadigvæk, hvorfor mennesker, herunder plejepersonale, udøver intenderet ondskab (1).

Når man er sygeplejerske, arbejder man i et asymmetrisk magtforhold i forhold til patienten, borgeren eller brugeren, uanset hvor meget der arbejdes på patienternes medbestemmelse og medindflydelse. Sygeplejersken vil altid være den, der har magten, magten til f.eks. at bestemme, hvornår behandlingen skal foregå, hvor lang genoptræningstid den enkelte patient får tildelt, hvilke hjælpemidler der skal stå i hjemmet, hvordan omgangstonen er på en afdeling, og hvilke uskrevne regler og normer der hersker (2).

Det er sygeplejersken, der sætter dagsordenen i forhold til den tiltaleform, der hersker, det er sygeplejersken, der træder ind over dørtærsklen i det private hjem, og det er også hende, der gør det private hjem til et minihospital; hun institutionaliserer hjemmet (3).

### I bakspejlets lys

Det er altid lettere at se i bakspejlets klare lys, hvornår det, der blev gjort, var godt eller ondt, men som altid blev udført i den bedste hensigt. Der er ingen, der benægter, at det var ondt, da man i samfundet behandlede kejtåandede ved at binde deres venstre hånd fast på låret eller sindssyge ved at give dem kolde bade. I dag ved vi godt, at det var ondt. Den kejtåandede var ikke kejtåandede, men venstrehåndet. Den sindssyge kunne ikke hjælpes med kolde bade eller dårekiste (4).

Det var ikke af ond vilje, at man kun havde besøgstid en gang om ugen på børneafdelingerne i modsætning til i dag, hvor der er tilbud om medindlæggelse af forældre. Det var ikke af ond vilje,

man lod små nattevædere stå på bare fødder i vådt tøj for at lære dem ikke at tisse i sengen. Det var ikke af ond vilje, at man tvangssteriliserede åndssvage eller dårligt begavede, det var for at sikre samfundet (5).

Den ondskab, der i dag kan snige sig ind i behandlersamfundet, har mange ansigter. Vi skal stadigvæk være helt klar over, at det er en ikke intenderet ondskab. Sygeplejerskerne handler altså ikke af ond vilje, men ”gør det bare, fordi det gør man.” Den største risiko er, når vi under dække af et kollektivt ”vi plejer” er med til at udøve en ikke intenderet ondskab (”vi gjorde det ikke med vilje”). Den samme undskyldning, som er den første, alle børn lærer, når de gør noget, de ikke må (”det var ikke med vilje, og jeg kunne ikke gøre for det”).

En anden og stor ikke-intenderet holdning er, når dem, vi skal passe, bliver vores fjender. Det skal forstås på den måde, at sygeplejersken føler sig presset i og af systemet i plejesituationen. Frustrationen kommer til at gå ud over patienten, klienten, borgeren. Patienten kan komme til at fremstå som en årsag til de problemer, der er i organisationen. Sygeplejersken kan da let komme til at øve magtovergreb, som ikke er intenderet, men det gør jo ingen forskel for den, det går ud over. Andre faldgruber opstår, når sygeplejersken føler sig som samfundets vogter og bidrager med at genopdrage patienten, at afsløre, disciplinere eller negligere patienten. I visse kredse kaldes det for adfærdsregulering. I sådanne tilfælde er det overordentlig vigtigt, at sygeple-

# Den store og

jersken overvejer det etiske kodeks, hun arbejder under (6). Det er uhyre let at blive det herskende systems forlængede arm.

### Torturens elementer

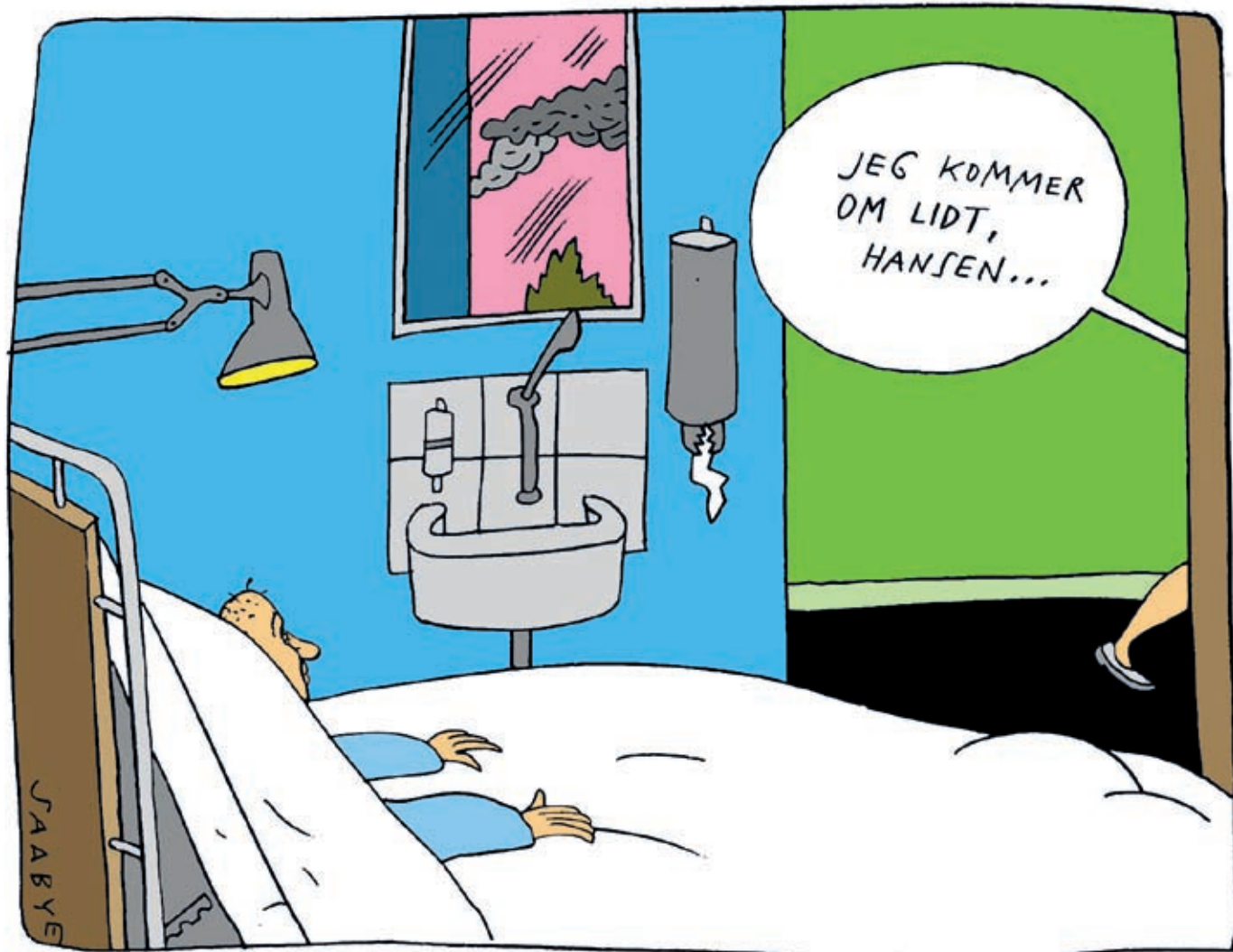
Hvis man ser på de enkelte elementer, der systematisk bliver brugt i tortur, og som kan overføres til ikke-intenderet ondskab, er det elementer som tid, rum, kommunikation, krop og personlig integritet.

Disse elementer kan virke banale, og det er netop det farlige, fordi der er så lille en margen mellem det gode og det onde.

### Tid

Tiden bliver brugt som tortur. En bøddel sørger for, at offeret ikke ved, hvornår noget skal ske. Offeret skal ikke vide, hvor lang





# den lille ondskab

tid noget skal vare. Der er nogen, der bestemmer over den andens tid. Det er et intenderet og nøje planlagt overgreb at bruge tiden som tortur, det giver angst og magtesløshed. Hvis vi overfører den intenderede brug af dette virkemiddel til behandlerkollektivet, kender vi alle eksempler på, at vi ikke oplyser patienterne om ventetiden. "Jeg kommer om lidt" er et vidt begreb og kan variere fra få til rigtig mange minutter. I hjemmeplejen må patienten ligge og vente, til hjemmesygeplejersken kommer, eller patienten må vente på en undersøgelse. Det er stadigvæk ikke alle steder, der er indført differentieret tidsbestilling eller mere præcise behandlingstidspunkter. Når patienten er indlagt eller skal behandles i hjemmet, er det systemet, ofte sygeplejersken, der bestemmer over tiden. Tiden er systemets ejendom, patienten har ingen ret til sin egen tid. Det er jo ikke, fordi sygeplejer-

skerne er bevidst onde, men den følelse af afmagt, den enkelte patient føler, når det udelukkende er personalet, der bestemmer over tiden, kan virke som et overgreb. Patienten har ingen mulighed for at bestemme over sin egen tid, har ingen mulighed for privatliv. Vi handler måske ud fra den kollektive bevidsthed, at vi skal få systemet til at fungere, og dermed kan vi risikere at gøre patienten til et objekt, en genstand, vi rykker rundt med, for at få tiden til at fungere for systemet.

## Rum

Hvert rum har sin betydning. Under tortur kan rummet være lille, varmt eller koldt, et rum, der er beregnet til én funktion, kan bruges til en anden funktion. Rummet kan være som en stue med en radio, der spiller underholdningsmusik, eller der kan ►

Sygeplejersken har forelagt Elisabeth Wederkinck Andersens artikel for tre sygeplejersker og bedt om en kommentar.

## Artiklen provokerer mig



**Af Lene Lykke Martin, primærsygeplejerske**  
Artiklen provokerer mig. Jeg synes, forfatterens påstande er meget skræmsende, og at hun glemmer, at sygeplejersker er sammensat af mange egenskaber, følelser, humør, gåpåmod, viden, erfaring, empati

og menneskelig varme, hvilket i sidste ende er afgørende for opfattelsen af sygeplejen og omsorgen for den enkelte patient.

Som hjemmesygeplejerske er jeg altid gæst i borgerens hjem. Så snart jeg træder over dørtærsklen, gælder det sædvanlige regelsæt for gæster i almindelighed. Jeg tilbyder mig som samarbejdspartner og gør brug af min menneskelige og faglige viden.

Det er meget muligt, at jeg har fat i den lange ende med hensyn til tiden. Eller har jeg? Vi planlægger besøgene i aftenvagten, så det passer den enkelte borger bedst muligt. Ventetid? Det er der også hos købmanden og tandlægen.

Er det ubevidst eller bevidst ondskab, når visitator visiterer fem minutter til medicingivning eller 10 minutter til at give insulin og måle blodsukker?

*Lene Martin er ansat i den helintegrerede sundhedsordning i Præstø Kommune.*

## Ligeværdighed trods skævt magtforhold



**Af Ruth Møller, primærsygeplejerske**  
Som sygeplejerske med demensomsorg som speciale, oplever jeg, at "den lille ondskab" ofte stikker næsen frem. I den bedste mening. På plejehjemmet har mange rutiner og begreber overlevet i årtier. F.eks. bruger vi uniformer, og

personalet arbejder i dag-, aften- eller nattevagt. Begreberne har altid eksisteret i vores fag, men ordene sender signaler om en militæragtig, magtfuld institution og giver ingen fornemmelse af, at der her er tale om beboernes hjem. Hovedparten af beboerne på plejehjemmet har en demenssygdom og er derfor særligt følsomme over for den kommunikation, der foregår.

I kampen for at komme "den lille ondskab" til livs har jeg haft stor gavn af at læse og bruge Tom Kitwoods beskrivelse af "De vigtigste psykologiske behov," "Blomsten" og "Den ondartede socialpsykologi." (Tom Kitwood: En revurdering af demens. Munksgaard 2003).

Det vigtigste er at være bevidst om, at magtforholdet mellem beboere og personale er skævt. Vi er ikke ligestillede, men det er vores ansvar at skabe ligeværdighed i forholdet. Vi skal aktivt give beboerne al den magt, der er mulig, for at styrke den enkeltes identitet og autonomi.

*Ruth Møller er ansat på plejehjemmet Fjordgården i Præstø.*

- blive ført en samtale mellem personalet om den sidste fest eller andre hverdagsbegivenheder, eller rummet kan være beregnet til personlig hygiejne. Denne betydning af rummet bliver udnyttet af bødlerne, således at torturoverleveren i al fremtid vil blive mindet om sin tortur, når han er i et rum, der minder om det, hvor torturen foregik, eller hvor der spilles underholdningsmusik.

I behandlerkollektivet kan vi komme til at udøve ondskab ved at krænke patientens opfattelse af rummets betydning. Et badeværelse er et rum, hvor man normalt udfører personlig hygiejne, og derfor kan det virke krænkende at tale om andre emner i dette rum. Sygeplejersken kan ikke tale om alt i dette rum, hvor patienten er nøgen (som et torturoffer) og forsvarsløs. Derfor skal der for eksempel ikke lægges planer sammen med en patient, der er ved at vaske sig. Det er et overgreb. Har rummet funktion som et opholdsrum, og er samtalen mellem personalet privat og intim, kan det virke krænkende for patienten f.eks. at skulle have skiftet sin kolostomipose. Det at komme af med sin afføring hører ikke hjemme i dagligstuen. Ligesom bødlernes

bevidste udnyttelse af det flashback, der kommer, hver gang man udsættes for samme rum, vil patienten miste lysten til at hygge sig i dagligstuen, hvis dagligstuen ændres til badeværelse. Soveværelset er privat, det er her, man sover med sin ægtefælle eller kæreste, her tales om privatlivet, og her er meget privat. Hjemmesygeplejerskens opførsel i dette rum skal respektere soveværelsets intimitet for ikke at krænke patienten. Rummet har sin egen betydning, og en overskridelse af denne kan virke krænkende for patienten. Begrebet enestue har også en dobbelt betydning. På de sygehuse, hvor patienten automatisk indlægges på en to- eller firesengs stue, kan det virke som en positiv gestus fra personalets side at tilbyde en enestue. Den opfattelse, der hersker blandt patienter, kan derimod være, at en enestue er den stue, hvor man lægger døende patienter. Derfor kan en positiv gestus komme til at virke som ondskab.

### Kommunikation

Under tortur tiltales offeret i tredje person som et dyr, som en genstand. Offeret bliver hånet, fornædret og latterliggjort.

## Forlang, at samtaler foregår i enrum



**Af Lone Lind Pedersen, afdelingssygeplejerske**

Vi siger, at patienten er i centrum. Men det meste på et sygehus er planlagt, inden patienten indlægges, og meget er planlagt på personalets præmisser f.eks. arbejdstider.

Der er stort set ikke mulighed for privatliv på sygehuset. Der er for få enestuer og flest firesengsstuer, dvs. at der altid er andre, der hører med. Vi har ikke engang altid mulighed for, at patienten og lægen kan tale sammen alene. Stuegangen foregår med medhør. Jeg undrer mig tit over, hvor meget patienterne finder sig i, og at de ikke forlanger samtaler i enrum. Det er meget svært overhovedet at komme til at være alene med en patient, der mangler simpelthen rum til det.

Dagligt står vi ved patienter, som ikke kan få et præcist tidspunkt at vide, men som må vente på journaloptagelse, blodprøver, rundvisning i afdelingen, hjælp til personlig pleje, operation eller information, eller som bare ønsker at tale med en sygeplejerske. Vi siger, vi kommer om fem minutter, men fem minutter på hospitalet er ofte 10-20 minutter, derfor siger vi også tit: "Jeg kommer om lidt."

*Lone Lind Pedersen er ansat på Parenkymkirurgisk afdeling, Storstrømmens Sygehus, Næstved.*

Som sygeplejersker er vi bevidste om, at sproget som kommunikation er en vigtig og meget bevidst del af sygepleje. Sproget og omtalen af den enkelte patient kan komme til at virke krænkende for patienten. Det at blive omtalt som en diagnose eller et sengenummer kan virke som ondskab, idet patienten kan komme til at føle sig som et nummer. Selvom det ikke er ondt ment, kan det virke krænkende for patienten. Tiltalen kan være mere uskyldig, men det at blive tiltalt med enten fornavn eller efternavn kan virke krænkende, hvis man reelt ønsker noget andet. Man kan tale med mennesker eller til mennesker, man kan også tale ned til nogen eller hen over hovedet på nogen. Det er den enkeltes oplevelse, der bestemmer, hvorvidt tiltalen bliver opfattet som en krænkelse og dermed som ond. Kommunikation er mere end ord, det er også det nonverbale sprog, latter og fnis. Latter kan virke befriende, hvis man ler sammen med patienten, men kan også virke krænkende, hvis man griner ad patienten (7). Humor og ironi er en knivskarp kant at bevæge sig på. Det nonverbale sprog er det mest sigende. Patienter kan føle sig afvist, hvis sygeplejersken overser én, ikke hører, når der kaldes,

forsvinder hen ad gangen i den specielle sygeplejerskegalop. Det at blive afvist, overset eller ignoreret gør ondt på den, det går ud over. Det at blive tiltalt som et barn, selvom man er en ældre herre, der måske har tabt visse færdigheder – men ikke sin intelligens – virker ondt, det er krænkende.

Det er ikke intenderet ondskab, når sygeplejersken bruger et teknisk sprog, eller et sprog, der normalt benyttes inden for handel og økonomi, til at forklare behandlingen eller manglen på samme. Den ikke-intenderede ondskab viser sig ved, at det er næsten umuligt for patienten eller de pårørende at komme med argumenter imod sygeplejersken, fordi de pårørende taler inden for omsorgsterminologien. Det er altid svært at argumentere de bløde værdier op imod hårde økonomiske kendsgerninger. Sygeplejerskens sprog gør altså, at hendes argumenter er svære at tilbagevise (4).

### *Krop*

Under udøvelse af tortur er kroppen ofte nøgen, spændt fast, udstillet og bliver ikke mindst slået på og mishandlet. Torturofferet kan ikke gemme sig under sit tøj.

Det at være nøgen eller ikke have sit eget tøj på som beskyttelse for andres blikke virker krænkende for de fleste patienter. Alle har deres intimzone eller urørlighedszone. Hvis sygeplejersken kommer til at træde ind over denne zone uden accept fra patienten, kan det virke som en krænkelse.

Undertiden skal studerende eller nye sygeplejersker se, prøve eller øve sig. Det er en naturlig del af en uddannelse, da sygepleje også er udøvelse af praktiske handlinger. Denne praksis kan komme til at virke som ondskab i situationer, hvor patienten kommer til at eksponere sin krop for andres blikke uden selv at ville det. Sygeplejersken ser ikke en patient, der er nøgen, men er fokuseret på den praktiske handling, der skal øves eller vises. Sygeplejersken tænker ikke altid på, at det kan virke krænkende for patienten. Det er en del af vores kollektive opfattelse og væremåde, "sådan gør vi her på afdelingen." En kilde til debat er brugen af handsker. Ud over de hygiejniske forholdsregler skal sygeplejersken være opmærksom på den følelse, brugen eller ikke-brugen af handsker kan give patienten. Det kan virke som et overgreb, hvad enten man bruger eller ikke bruger handsker, hvis brugen eller manglen på samme ikke begrundes (7).

### *Personlig integritet*

Begrebet personlig integritet kan også kaldes en persons ret til at bestemme over sig selv. Under tortur er en af bødlerens vigtigste opgaver at nedbryde offerets personlighed eller selvstændighed, ikke at dræbe offeret. De allerfleste torturofre betragtes som fjender eller modstandere, og derfor er målet at ændre dem, at ydmyge dem, at få dem væk fra at være modstandere af de herskende meninger og ideologier.

Det kan komme til at virke som ondskab, når vi som sygeplejersker bestemmer over og for patienten. Dette kaldes også for paternalisme, en "vi ved bedst"-holdning, men vi gør det i den bedste hensigt. Det er ikke intenderet ondskab, når sygeplejersken lige bestemmer, for det er det letteste og hurtigste. Vi tænker imidlertid ikke altid på, at denne evige krænkelse af patientens egen mulighed for at bestemme over eget liv og handling ganske langsomt kommer til at nedbryde patientens opfattelse af sig selv som et selvstændigt tænkende individ. ►

### ► Efterskrift

Omsorg er i lighed med livsytringerne en ontologisk kendsgerning og har derfor karakter af noget godt (8). Det er ikke omsorgen, der er ond, men det er omsorgshandlingerne, der kan være gode eller onde. Det er den oplevelse, omsorgsmodtageren har af den ydede omsorg, der er afgørende for, hvornår omsorgen opleves god eller ond, uanset om sygeplejersken gør det i den bedste hensigt.

*Elisabeth Wederkinck Andersen er ansat i CVU Øresund H:S Sygeplejerskeuddannelsen.  
ewa@sygpludd.hosp.dk*

### Litteratur

1. Sætersdal B. Ondskaben der forsvandt. In: Sætersdal B. & Heggen K. I den bedste hensigt? Ondskab i behandlersamfundet. København: Gads Forlag; 2004. p.52-66.
2. Lillestø B. Krænkende omsorg. In: Nielsen BK. Sygeplejebogen 2 – 1. del. København: Gads Forlag; 2003. p.99-126.
3. Jensen K. Hjemlig omsorg i offentlig regi. København: Hans Reitzels Forlag; 1997.
4. Heggen K. Krænkende pleje og behandling. In: Sætersdal B, Heggen K. I den bedste hensigt? Ondskab i behandlersamfundet. København: Gads Forlag; 2004. p.28-51.
5. Kirkebæk B. Mindreværdighed, værdiløshed og farlighed – om eugenik-

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Andersen EW. The greater and the lesser evil. *Sygeplejersken* 2006;(1):40-4.

Torture makes use of notorious methods, the purpose of which is to undermine people's self esteem and integrity. The torturer chooses methods which give him control of his victim's *time, space, communication, body and personal integrity.*

Nurses may, without being aware of it, practise nursing which offends the dignity of a patient. She may not be aware of the effect of her care if the patient no longer has control of his own time, if rooms are used for purposes other than those for which they are intended, if communication is inadequate, the language used is jargon or renders the patient an object, if their body is exhibited to others or is used for practice purposes or if the nurse assumes control "with the best of intentions."

kens, racehygiejnens og genteknologiens genealogi. In: Sætersdal B, Heggen K. I den bedste hensigt? Ondskab i behandlersamfundet. København: Gads Forlag; 2004. p.119-43.

6. Dansk Sygeplejeråd. De sygeplejeetiske retningslinier af 26. maj 2004.
7. Lawler J. Bak Skjerm Brettene. Oslo: Gyldendal; 1997.
8. Martinsen K. Fra Marx til Løgstrup. København: Munksgaard; 1997.



# LEDELSE DER VIRKER

## SEMINAR

COMWELL I KOLDING

2. OG 3. FEBRUAR 2006

**Kravet og forventningerne til den offentlige leder bliver skærpet i disse år.**

**Den offentlige sektor vil blive målt og vejret på resultater, og nye forandringer kræver mere og mere ledelse – god ledelse.**

Der er mange krav til god ledelse, men hvad er det, der skal til for at ledelse lykkes?

- Kan personalet give svaret på, hvad god ledelse er?
- Strategisk ledelse – et kraftfuldt værktøj
- Ledelse gennem dialog
- Hvordan kommunikerer vi i øjenhøjde?
- Ledelse der virker, viser sig i organisationen ved optimisme, initiativ og lyst til at løse udviklede problemstillinger
- LEAN – et ledelsesværktøj

DSS-seminaret fokuserer på hovedingredienserne i god ledelse.

- Hvad er det, der efterlyses?
- Hvilke kernekompetencer taler vi om?
- Hvilke redskaber skal vi bruge?
- Hvad er det, der gør, at ledelse lykkes?

– et inspirationsseminar om ledelse der virker

Tilmelding og yderligere oplysninger  
på [www.DSSnet.dk](http://www.DSSnet.dk)

Dansk Selskab  
for Sygehusledelse

Seminaret er tværfagligt og henvender sig til politikere, forvaltninger, sygehus- og afdelingsledelser, mellemledere på alle niveauer samt personalerepræsentanter m.fl. med tilknytning til sundhedsvæsenet.



## Med ror og kompas

Berit Støre Brinchmann (red.)

### Etikk i sykepleien

Oslo: Gyldendal  
Akademisk 2005  
210 sider, 280 nkr.  
ISBN 82-05-34083-8

Hvorfor bør sygeplejersker og sygeplejestuderende lære om etisk teori, spørger redaktøren af den norske bog "Etikk i sykepleien," og hun svarer selv med *Leonardo da Vincis* ord: "Den som bare elsker praksis uten teori, er som sjømannen som sejler en skute uten ror og kompas. Han vil drive med vær og vind uten mål og mening."

Lærebogens mål er, at sygeplejestuderende og sygeplejersker lærer at forholde sig til etiske dilemmaer i praksis gennem erfaring og ved at møde gode rollemodeller, men også ved at læse og reflektere ud fra etisk teori. Etisk teori kan være et teoretisk værktøj, kompas og ror, når sygeplejersker skal identificere etiske spørgsmål og vælge den bedste handling, når de står i etiske dilemmaer.

Alle kapitler indledes med en fortælling af en patient, en sygeplejestuderende eller sygeplejerske, hvorefter teorien belyses og reflekteres ud fra fortællingen. Hermed får læseren grundigt kendskab til de etiske teorier, og der skabes mulighed for refleksion og for at opøve etisk argumentation for sygeplejerskens daglige valg, der har betydning for andre.

Hvert kapitel afsluttes med et spørgsmål fra en sygeplejestuderende, *Kari*, som f.eks. efter kapitlet om dydsetik spørger forfatteren: "Efter å ha læst kapitlet om dydsetikk sitter jeg igjen med en følelse av at dyder ikke er noe jeg kan lære ved å lese en lærebok, men at jeg snarere må tilegne mig dem gjennom livserfaring og ved å jobbe som sykepleier. Har du noe kommentarer til

det?" Forfatteren svarer kort ud fra den præsenterede teori og egen erfaring.

Den velskrevne og letlæselige bog udmærker sig på især to områder. For det første er det en af de få lærebøger i etik, der ser på forholdet mellem etik og jura i sygeplejen. Den stiller spørgsmålet: Hvilken betydning har det, at den stadigt mere omfattende sundhedsjura i dag regulerer områder i sygeplejen, hvor etikken før var enerådende? Holdningen i lærebogen er, at jura og etik kan læres teoretisk hver for sig, men i praktisk sygepleje er det nødvendigt at se fagene i sammenhæng. "Etikk i sykepleien" vil være et godt bud på at imødekomme denne store udfordring i sygeplejerskedannelsen og for sygeplejersker i praksis.

Forskningsetik er et andet område, der uddybes, og hvor det er svært at finde relevant litteratur. Forskningsetik tager udgangspunkt i hensynet til forsøgspersonen. Udgangspunktet er her en bacheloropgave, hvor de studerende ønsker en interviewundersøgelse af en skoleklasses spisevaner. Opgaven analyseres med henblik på forskningsetiske krav. Holdningen i lærebogen er, at de forskningsetiske normer også er vigtige at følge, når der er tale om sygeplejestuderendes opgaver.

Det er en inspirerende lærebog for både nye og garvede i sygeplejen, og man skal ikke lade sig afskrække af, at bogen er norsk. Der er megen lighed mellem etiske dilemmaer og lovgivning i Danmark og Norge.

Af *Hanne F. Mortensen*,  
sygeplejelærer på  
Sygepleje- og radiografskolen  
i Københavns Amt.

## Sygepleje med omsorg for ordene

Kari Martinsen  
Samtalen, skjønnnet  
og evidensen

Oslo: Akribie 2005  
168 sider, 357 kr.  
ISBN 82-7950-087-1

De tre områder, samtale, skøn og evidens, har hver især betydning i mange sygeplejerskers hverdag. Nogle vil mene, de repræsenterer forskellige eller modsatrettede forskningstraditioner, men her tager *Kari Martinsen* dem op som sammenhængende.

I fire selvstændige essays, hvoraf to tidligere er publiceret, skriver Martinsen om ordenes betydning, om deres sammenhæng med tænkning og handling, samt om ordenes forbindelse til relationer, sociale sammenhænge og deling af erfaringer. Hun lægger vægt på omsorgen for ordene som en sprogskat, hvori der findes varierede ord til at beskrive den situation, vi befinder os i. Det er omrejsningspunktet og det samlede i de fire artikler: 1. Samtalen, kommunikationen og sagligheden i omsorgsfagene. 2. Livsfilosofi og evidens i sundhedsvæsenet. 3. Skøn og evidens. 4. Omsorg i sygeplejen – en moralsk udfordring.

To andre gennemgående temaer er livsfilosofi og undring. Livsfilosofi skal forstås som det at undres, at filosofere, at stille spørgsmål til vores liv nu og her og til egen eller fælles erfaring og faglige praksis. Undring kræver tid, ro og åbenhed. Det er en langsom proces, der skal behandles med varsomhed samtidig med, at den kan opstå på baggrund af uro og spænding.

Læseren føres først med undren til samtale, dernæst til livsfilosofi og fortællingen som tænke- og arbejds metode. Siden arbejdes med evidente indsigter i både forskning og

klinisk praksis med baggrund i skønnet. Et skøn, der er forbundet med tænkning, får sproget til at folde sig ud med spørgsmål, indfald og undren. Martinsen slutter af med at skrive om skøn og sprog i forhold til klinisk praksis.

Livsfilosofien bygges stadig på baggrund af *Løgstrup* og *Skjervheim*, men nu med inddragelse af *Kierkegaard* og med yderligere betoning af undren, sproget, tiden, samtalen og skønnet som grundlag for sygeplejerskens møde med patienten.

Læseren, der kender Martinsens tidligere udgivelser, vil nok ikke hæfte sig meget ved den måde, hun føres op og ned ad den filosofihistoriske trappe på. Den nye læser kan roligt begive sig ud i teksten om samtalen, kommunikation og saglighed, selvom den indledes med både *Kierkegaard* og *Sokrates* i de første to linjer. Martinsen skriver om mennesket, der både kan være i rollen som sygeplejerske, patient eller noget helt andet, og hun ser dem i forbindelse med den vestlige filosofis livsfilosofiske historie.

Af *Lisbeth Uhrenfeldt*,  
ph.d.-stipendiat, Institut for  
folkesundhed, Afdelingen for  
sygeplejevitskab, Aarhus  
Universitet.



# Har du fodret dit omsorgssystem i dag?

Forestil dig, hvor mange timer du bruger om måneden på at fodre dit omsorgssystem med ord, tal og krydser. Forestil dig så, at de samme timer går til at hjælpe de syge og de svage.

Du har nu to muligheder.

Den ene er at fastslå, at fanden skabte alle omsorgssystemer, og at de er en personlig straf, du er pålagt for dine utalige synders skyld.

Den anden er at klynge dig til troen på, at din dokumentation gør en positiv forskel i plejen, og at de oplysninger, du formidler, bliver brugt til noget fornuftigt.

Hvis du ikke kan beslutte dig for hvilken, så vælg begge. Det gør jeg: mandag til onsdag det første, torsdag til fredag det sidste.

Der er aldrig skabt en times mere omsorg på grund af et omsorgssystem. Til gengæld er der skabt systemer, der kan bevise, hvor lidt omsorg der beviliges og ydes, og det i sig selv er ikke så ringe.

Omsorgssystemer giver simpelthen mindre omsorg for de samme penge, for systemet skal fodres, så bevisbyrden kan løftes. Det er et faktum, og hvis nogen her i 2006 vil påstå, at der spares tid ved at indføre eller opgradere systemer, så er det tilladt at klaske sig på lårene og udstøde hånlige lyde. Glem det. Omsorgssystemer er krævende, altædende monstre på linje med drager og vampyrer.

Så meget desto vigtigere er det at holde fast i de andre formål med systemerne: gennemsigtighed og dokumentation.

Hvad går sygeplejersker og laver – hvis de laver noget – hos patienterne? Det ved vi faktisk meget om i dag. I de fleste

kommuner laver de mere, end de har normeringer til, men det forstyrrer ikke store ånder. Det siger måske noget om kvaliteten, men det er ikke den, vi måler på.

”Når der ingen klager kommer, er alt godt,” var devisen i mange år. Systemet byggede på tillid og den kontrol, der ligger i kollegernes øjne, når vi blev afløst. Det vil sige, vi kontrollerede os selv, og den individuelle

sygeplejerskes hukommelse var en del af dokumentationen. Således har jeg som leder skullet prioritere og vurdere på baggrund af, at ”... Erna bestemt mener at kunne huske, at hun måske skiftede sår hos fru Frandsen i onsdags ...” og den

holder ikke i byretten. Faktisk har jeg været i byretten med den, og den holdt ikke. For vi skrev ikke det ned, vi havde planlagt, og vi skrev slet ikke noget, hvis vi ændrede på planerne, hverken om pleje eller besøg.

Aldrig har der været noteret så meget ned om hver eneste lille prut, og aldrig har det været så besværligt og arbejdskrævende at fodre det elektroniske udyr, der tilsyneladende aldrig bliver mæt.

Og aldrig har pleje været så dyrt, og aldrig har så få timer nået borgerne. Det bekymrer politikerne, der ikke kan bestemme sig til, hvad de helst vil investere i fremover: flere timer i hjemmet hos borgerne eller vurderinger og dokumentation, der tæller som administration.

De kan godt få det hele, men så er det pungen op af lommen to gange, for selv en femogtyveøre kan kun bruges én gang.

Og når de nu har pungen oppe af lommen, så helst lidt mere end en femogtyveøre.

*redaktionen@dsr.dk*

**”Der er aldrig skabt en times mere omsorg på grund af et omsorgssystem. Til gengæld er der skabt systemer, der kan bevise, hvor lidt omsorg der beviliges og ydes, og det i sig selv er ikke så ringe.”**

## 5 faglige minutter skrives på skift af tre sygeplejersker:



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



Jørn Ditlev Eriksen, sygeplejerske, forstander på botilbuddet Slotsvænget.



Birgitte Harild, sygeplejerske. Leder af visitationsgruppen i Frederiksværk Kommune.