

Nyuddannede fravælger ikke-specialiserede afdelinger • 4

Ekstraordinær kongres: Begge strukturforslag bortfaldt • 12

DSR støtter sundhedscenter for hiv-smittede sygeplejersker i Swaziland • 18

Insulinfiltrater kan forebygges med undervisning • 60

SYGEPLEJERSKEN 5

Sygeplejersker
tør ikke yde
åndelig omsorg • 48-58

Husk at forsikre dig selv...

PKA⁺GRUPPEFORSIKRING

De fleste husker at forsikre bilen, huset og indboet, men mange glemmer at sikre sig selv – og familien.

En PKA⁺GRUPPEFORSIKRING kan bestå af op til tre forskellige dækninger: Sum ved død, invaliditet og kritisk sygdom.

PKA⁺GRUPPEFORSIKRING er attraktiv, hvis

du er under 55 år og ikke er omfattet af tilsvarende dækninger i fx pensionskassen – eller hvis du ønsker flere af slagsen.

Ring til PKA på 39 45 46 00 og hør mere om PKA⁺GRUPPEFORSIKRING – eller klik ind på www.pkaplus.dk.

Vi glæder os til at hjælpe dig.

PKA⁺
...mere pension



ekstraordinær kongres

- 12 Uafgjort 76-76**
- 14 Afstemningen, der endte blindt**
- 17 Professor: Brug sammenbruddet positivt**

solidaritet

- 18 Sygeplejersken er selv hiv-smittet**
- 22 Thank you, madam Christensen**
- 24 Aids har en kvindes navn**

sygeplejerskers nye roller

- 28 Giv hinanden et fagligt spark**
- 30 Ny kultur i hjemmeplejen**

ny direktør i DSR

- 32 Vi skal yde service af høj kvalitet**

fremtidens DSR

- 34 Den lokale næstformand: Klar arbejdsdeling med formanden**

læsernes redaktør

- 37 Fair og afbalanceret journalistik**

fag

- 48 Døende patienter har brug for åndelig omsorg**
- 55 Åndelig omsorg bør have mere plads i sygeplejen**
- 57 Patienten sætter dagsordenen**
- 60 Insulinfiltrater kan forebygges med undervisning**
- 64 VIPS – på klos hold**



i hvert nummer

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 4 Aktuelt | 59 Dilemma |
| 38 Dansk Sygeplejeråd mener | 66 Anmeldelser |
| 38 Debat | 68 Fem faglige minutter |
| 44 In memoriam | 69 Stillingsannoncer |
| 46 Resumeer | 84 Kurser/Møder/Meddelelser |
| 47 Faglig information | |

Forsidefoto: Anne-Li Engström

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



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



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



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



DLS

Er du leder i
sundhedssektoren?

Eller vil du gerne
være det?

Så er DLS
noget for dig

DLS er en teoretisk funderet lederuddannelse for sundhedssektoren, der på 2 år giver dig et solidt fundament for udvikling af godt lederskab. DLS har eksisteret i mere end 10 år, og vores erfaringer med over 800 studerende viser, at uddannelsen giver konkrete resultater.

DLS udbydes i hele Danmark.

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

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

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

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

tlf. 54 888 224 • www.ceus.dk

Nyuddannede fravælger ikke-

Af Lars Flindt Pedersen, journalist

Selektive. På trods af introduktionsprogrammer og efteruddannelse, der skal tage hånd om nyuddannede sygeplejersker på ikke-specialiserede afdelinger, bliver disse afdelinger valgt fra, når de nyuddannede skal vælge arbejdsplads.

Det er bestemt ikke alle steder i landet, at man kan nikke genkendende til det billede, som *Sygeplejersken* gav i nr. 3/2006. Her skrev tidskriftet, at det var svært for nyuddannede at finde job, og at hvis de gjorde, var det som regel kun som vikar.

På Kirurgisk afdeling D på Amtssygehuset i Gentofte blev man nærmest lidt provokeret over artiklen. Afdelingen har haft 10 ledige stillinger pga. barsel og udvidelse af afdelingen. Stillingerne har været slået op på sygeplejerskejob.dk fem gange, ligesom de har været slået op i Urban, og afdelingen har flere gange fået hjælp af Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasses jobformidling. Men på trods af stor ihærdighed og fokuseret søgning efter nyuddannede har resultatet været meget nedslående – fem ansøgere i alt, som alle er blevet ansat.

"Vi har et skræddersyet introduktionsprogram for nyuddannede sygeplejersker, vi tilbyder kompetenceudvikling, supervision og

laver kommunikationstræning, som vi ved, at mange sygeplejersker efterspørger. Vi har sammen med andre kirurgiske afdelinger lavet en kirurgisk efteruddannelse, som også er attraktiv. Derfor er det svært for os at forstå, at vi ikke får flere ansøgere – især når man læser, at nyuddannede kun kan få vikarjob," siger oversygeplejerske *Kirsten Ravn*.

Det er hendes erfaring, at mange nyuddannede går målrettet efter de mere specialiserede afdelinger:

"Jeg er også oversygeplejerske på en operationsgang. Der har vi ikke de samme problemer med at rekruttere sygeplejersker. Mange nyuddannede vil have godt af at begynde deres karriere på en afdeling med basissygepleje.

Det kræver en hel del at være ansat på en intensivafdeling. Det er nødvendigt at have det basale i orden, hvis man vil være en god sygeplejerske, og det får man f.eks. på en kirurgisk afdeling som vores. Men jeg tror desværre, at de mange weekendvagter afskrækker de unge."

Weekendvagter afskrækker

Kirsten Ravn bakkes op af vicedirektør på Gentofte Sygehus, *Torben Laurén*.

"Kirurgisk afdeling D er desværre ikke en

Vidste du at ...

... 40 pct. af alle kvinder er ansat i amt eller kommune mod 12 pct. af mændene?
54 pct. af alle kvinder er ansat i den private sektor mod hele 80 pct. af mændene.

Kilde: Beskæftigelsesministeriet.

Rettelse

Hjemmesideadressen i faktaboksen om Det Nationale Gennembrudsprojekt om tvang i psykiatrien i *Sygeplejersken* nr. 4/2006 side 9 var desværre faldet ud. Den bringes her:

www.dpsnet.dk/fileadmin/web-filer/PDF/Rapporter/Evalueringsrapport.pdf

Gode råd til skilsmissebørn

Børnesnak. Børns Vilkår har udgivet en pjece, der retter sig mod professionelle, f.eks. sundhedsplejersker, som kommer i kontakt med skilsmissebørn. Organisationen har desuden udarbejdet en pjece specielt til børn og en anden til forældre, som de professionelle kan have ved hånden. Pjecerne indeholder både praktiske, juridiske og psykologiske råd.

Baggrunden for udgivelsen af pjecerne er en interviewundersøgelse, hvor Børns Vilkår har spurgt 64 børn om, hvordan de oplever deres forældres skilsmisse.

Pjecerne "Børns behov i daginstitution og skole, når far og mor bliver skilt," "Når far og mor skal skilles" og "Til forældre om børns behov, når far og mor bliver skilt" kan downloades på Børns Vilkårs webside, www.bornsvilkar.dk, hvor de også kan bestilles i papirform.

(ast)

“Danmark ligger som nummer 24 ud af 28 lande på OECDs fedmeliste. For at bremse udviklingen i Danmark er det vigtigt, at de danske sundhedsmyndigheder styrer de sundhedsfremmende initiativer og ikke industrien.”

Bente Klarlund Petersen, professor, dr.med., formand for det Nationale råd for forebyggelse, til Børsen.

aktuel

5/2006

Sygeplejersken

specialiserede afdelinger



ARKIVFOTO: NORDICPHOTOS.COM

enlig svale. Vi har problemer med at rekruttere sygeplejersker nok på stort set alle vores ikke-specialiserede afdelinger. Det er min fornemmelse, at nyuddannede sygeplejersker ikke har det godt med aften- og weekendvagter, men det er en del af det at være sygeplejerske, og vi kan ikke fjerne de vagter,” siger Torben Laurén.

Også på Herlev og Glostrup Sygehuse så man gerne, at flere nyuddannede slog vejen forbi afdelingerne. Herlev Sygehus plejer ikke at have store problemer med at få nyuddannede, bl.a. fordi de har et introduktionsforløb på halvandet år.

“Det er første gang, vi har oplevet, at vi ikke har fået dækket vores behov for nyuddannede. Vi mærker det ikke kun på ikke-specia-

liserede afdelinger, men også på specialafdelingerne,” siger vicedirektør Lone Møller.

På Glostrup Sygehus har man også den erfaring, at weekendvagter afskrækker nyuddannede fra ikke-specialiserede afdelinger.

“Jeg hører oversygeplejersker sige, at der er en klar forventning om, at man kun har weekendvagter hver tredje uge. Men det er kun de færreste ikke-specialiserede afdelinger, der kan overholde det. Det tror jeg, der er mange, der står af over for,” siger vicedirektør Marie Nonnemann.

Tryghed som nyuddannet

Hos Sygeplejestuderendes Landssamslutning (SLS) tror man ikke, at det er aften- og weekendvagter, der skræmmer de nyud-

Nyuddannede sygeplejersker vælger de specialiserede afdelinger, fordi de ved, de kan vælge dem, forklarer formanden for de sygeplejestuderende, Signe Hagel Andersen.

dannede væk. “Vagterne er en del af sygeplejen. Det ved man som nyuddannet sygeplejerske. De ikke-specialiserede afdelinger skal sælge sig selv på, at her lærer man det grundlæggende på en god og tryk måde med introduktionsprogrammer, kompetenceudvikling osv.

De skal fortælle, at her bliver du en god sygeplejerske og forsikre, at man ikke har de første nattevagter alene – for det er en skræmmende tanke for mange,” siger formand for SLS, Signe Hagel Andersen.

Hun erkender, at der er en tendens til, at nyuddannede tager job på specialiserede afdelinger.

“De nyuddannede vælger de specialiserede afdelinger, fordi de kan. De ved, at der er job til dem, og så går de uden om afdelinger med basissygepleje,” siger Signe Hagel Andersen, som i øvrigt tror, at uddannelsesstederne kunne blive bedre til at sælge de ikke-specialiserede afdelinger til de studerende.

“Skolerne skal fortælle, hvor vigtigt det er, og at man bliver en bedre sygeplejerske, hvis man har den basale sygepleje i orden, inden man specialiserer sig inden for sygeplejen,” siger formanden for de sygeplejestuderende.

Udskriver konkurrence om fremtidens lokalcenter

Af Grethe Kjærgaard, journalist

Udlisitering. Århus Kommune griber til utraditionelle midler i kampen om de ældre. Det sker bl.a. for at imødegå mere udlisitering på ældreområdet.

“Det er da tåbeligt at udlisitere sin gamle bedstemor,” siger rådmand og 1.-viceborgmester i Århus Kommune, Niels Erik Eskildsen (SF).

Derfor er han blandt initiativtagerne til en utraditionel konkurrence om fremtidens lokalcentre i kommunen. Konkurrencen, der er delt i to – én, der er åben for alle borgere, og én, der er forbeholdt særligt indbudte som

arkitekt og andre – skal ses som led i konkurrencen om de ældre i kommunen.

“Siden fritvalgsordningen på ældreområdet har vi måttet konstatere, at de private er ved at få indpas på området. I Odense Kommune er mere end 40 pct. af hjemmeplejen udlisiteret til private firmaer. I Århus er det godt 20 pct. Den udvikling vil vi gerne vende. De private skal have kamp til stregen, er vores ambition,” siger Niels Erik Eskildsen og uddyber:

“For os er det en kommunal kerneopgave at tage os af de ældre, og det er her, vi mener, at lokalcentrene kan komme til at spille

en større rolle, end de gør nu. En del har allerede genoptræningsfaciliteter, og når vi overtager den funktion fra sygehuse i 2007, hvor kommunalreformen træder i kraft, skal det være et tilbud på alle centrene. Men herudover skal der være sundhedsaktiviteter, der er målrettet alle borgere i lokalområdet – ikke kun de ældre.”

De indkomne forslag bedømmes af en dommerkomité, der foruden Niels Erik Eskildsen bl.a. består af en fremtidsforsker, en arkitekt og en kultursociolog. De tre bedste forslag udløser præmier på hhv. 50.000 kr., 30.000 kr. og 20.000 kr.

Sygeplejersken efterlyser Information om lønsedler

Lønsomt. Sygeplejerskens redaktion arbejder på at skrive en række artikler om sygeplejerskers lønsedler. Er de gennemskuelige? Hvordan ser en god lønseddel ud? Hvordan bliver fremtiden med elektroniske lønsedler? er blandt spørgsmålene, Sygeplejersken vil kigge på.

Vi søger derfor hjælp blandt vores læsere. Bl.a. efterlyser vi sygeplejersker, som enten har fået for meget eller for lidt i løn. Vi vil også gerne tale med sygeplejersker, som har svært ved at gennemskue, hvad de ud fra deres lønseddel får betaling for. Og vi søger også kontakt med sygeplejersker, der er ansvarlige for indtastning af oplysninger til lønsedler.

Ring eller skriv til journalist *Lotte Havemann* på tlf. 4695 4179/lha@dsr.dk eller til journalist *Lars Flindt Pedersen* på tlf. 4695 4192/lfp@dsr.dk, hvis du har lyst til at bidrage med viden til artiklerne.

Redaktionen

Sygeplejerskeuddannelsen Som at investere i obligationer

Af Lotte Havemann, journalist

Risikovillighed. Er du typen, der gerne løber en risiko for at tjene mange penge, eller er du mere tiltrukket af at langtidsinvestere for at få et lavt, men sikkert afkast? Hvis du læser disse linjer i dit fagblad, er der stor sandsynlighed for, at du hører til i den sidste gruppe.

Hvorfor vil nogen overhovedet være sygeplejerske, når lønnen er så lav sammenlignet med visse andre faggrupper?

Svaret kan være, at når vi vælger uddannelse, vurderer vi, hvor stor chancen er for at få en stabil indtægt, og hvor stor risikoen er for at blive arbejdsløs.

Hvis man er den risikovillige type, vælger man sandsynligvis en levevej, hvor der er chance for at tjene meget, men hvor risikoen for at miste sin indtægt pga. ledighed også er høj. Lidt som at investere i aktier.

Men hører man til gruppen af mennesker, der har det bedst med en fast indkomst på et stabilt fagområde, vælger man gerne en uddannelse som f.eks. sygeplejerske. Det svarer til at sætte sine penge i ob-

ligationer, der leverer et mindre, men sikkert afkast.

Et nyt forskningsprojekt fra Aarhus Universitet viser nemlig, at valget af uddannelse afhænger af den enkeltes lyst til – eller modvilje mod – at løbe en risiko. Og sygeplejefaget er her rubriceret som et lavrisikofag.

Projektet er baseret på data fra 10 pct. af den danske befolkning indsamlet i perioden 1984-2001. Det drejer sig om data for, hvilke uddannelser folk har taget, koblet med udviklingen i deres indkomst. På den måde har forskerne kunnet se, hvilke uddannelser der gav høje, men svingende indtægter – ligesom aktier – og hvilke der var mere karakteriseret som obligationer ved en lav, men stabil indkomst.

Lektor i nationaløkonomi ved Aarhus Universitet, *Helena Skyt Nielsen*, som står i spidsen for forskningsprojektet, siger:

“Dem, der har valgt at blive sygeplejerske, er ikke så risikovillige. Sygeplejersker er sikre på at have et job, og det ser også ud, som om deres indkomst er sikker. Derfor bliver de heller ikke kompenseret med en høj løn.”

Vidste du at ...

... 20 pct. af alle kvinder er ansat som enten sygeplejersker, folkeskolelærere, børnehavepædagoger eller hjemmehjælpere?

Kilde: Beskæftigelsesministeriet.

Et slag for folkesundheden

Livsstil. Sundhedsfremme og forebyggelse prioriteres for lavt i det danske sundhedsvæsen. Det mener Dansk Sygeplejeråd, som har taget initiativ til at udarbejde en national handlingsplan, der skal forbedre folkesundheden. Først skal Folketinget dog overbevises. Strategien er beskrevet i rapporten “Forebyggelse er fremtiden,” som Dansk Sygeplejeråd offentliggør den 10. marts 2006 på en konference på Christiansborg.

(sbk)

Gode råd skal nå at virke

Utæt livsstil. Selv unge kvinder kan få inkontinensproblemer. De har så travlt, at de dårligt kan sidde stille på toilettet, og flasken med kildevand er en fast del af deres påklædning, både i fitnesscenteret og andre steder.

“De læser i damebladene, at man skal drikke meget. Så udskiller man affaldsstoffer og får en pæn hud. Mange glemmer også, at te og kaffe tæller med i regnskabet,” siger kontinenssygeplejerske *Jonna Bjørk*, Aalborg Sygehus.

“Men man kan stresser blæren med at drikke for meget, og vi ser folk, der drikker op til fem-seks liter om dagen.”

Jonna Bjørk og hendes kolleger i Gynækologisk Obstetrisk Afdeling rådgiver kvinder med kontinensproblemer. Afdelingen følger, som mange andre, Minimal Care-principperne.

Den første del af udredningen foregår hos en sygeplejerske, der også giver gode råd om toiletvaner, knibeøvelser, mad og drikke. Og i Aalborg lægger man vægt på, at der er

god tid mellem det første besøg hos sygeplejersken til det efterfølgende lægebesøg. Det har givet gode resultater.

“Kvinderne skal have lov til at afprøve de råd, de får. De skal have tid til at virke,” siger Jonna Bjørk.

I perioden april 2003 til april 2004 modtog inkontinensklinikken 83 kvinder. 14 havde ikke længere problemer, da de mødte hos lægen to måneder senere. 22 havde oplevet en bedring.

(kb)

Magnus, 12 år. Atopiker og konkurrencesvømmer.

NYHED

Er du ved at gå ud af dit gode skind?

Fordi huden føles tør, den klør, den prikker, den strammer



Sommertid og arbejdstid

Søndag den 26. marts 2006 kl. 02.00 går vi over til sommertid. Uret skal derfor stilles en time frem – kl. 02.00 bliver til kl. 03.00.



Skiftet fra vintertid til sommertid kan have indflydelse på tilrettelæggelsen af arbejdet. De sygeplejersker, som den 26. marts udfører normaltjeneste i form af natjeneste, vil kunne pålægges det sædvanlige antal timers tjeneste. Eksempelvis kan en sygeplejerske, som skal arbejde fra kl. 23.00 til kl. 07.00, med tjenestelistens varsel arbejde til kl. 08.00.

Den sidste time kan også pålægges afviklet gennem omlægning af normaltjenesten inden for rammerne om afvikling af den gennemsnitlige ugentlige arbejdstidsnorm.

Den 29. oktober 2006 kl. 02.00 skifter sommertid igen til vintertid.

Undgå at videreføre smitte – giv computeren et bad

Bakterieorgie. Bakterier stortrives på tastaturer. Bakteriepodninger viser, at der rent faktisk kan være flere colibakterier på et tastatur, end der kan være på et toiletbræt. Pc'en bliver derfor en ny potentiel kilde til smitteoverførsel – specielt i forbindelse med indførelsen af Elektronisk Patientmedicinering og Elektronisk Patientjournal, når det bliver en realitet. Det skriver Rigshospitalets interne blad IndenRigs.

Derfor har Rigshospitalets Infektionshygiejniske Enhed og IT-afdelingen i fællesskab lavet en vejledning til, hvordan man undgår, at tastaturet bliver en smittekilde. Fremover vil der stå spritservietter, som mus, tastatur og skærm skal tørres af med, hvis pc'en står uden for et kontor, dvs. på sengestuer, i skyllerum, medicinrum mv. Hvis der er tale om synlige pletter, skal de vaskes af med vand og sæbe. Rigshospitalet afprøver netop nu tastaturer, der kan tåle rigelige mængder af sæbe. (lfp)

Valg til amtsbestyrelser

Kandidater. Udfaldet af den ekstraordinære kongres 2006 betyder, at Dansk Sygeplejeråds medlemmer i den nær fremtid skal vælges til 15 amtsbestyrelser. Opstillingsfristen for kandidater er fredag den 7. april kl. 15. Kandidatopstillingsblanketten bringes i næste udgave af *Sygeplejersken* og kan inden da findes på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside.



A A R H U S U N I V E R S I T E T



Efter- og videreuddannelse

Humanistisk sundhedsvidenskab og praksisudvikling, sundhedsantropologi, etik og værdier i organisationer, retorik og formidling, it og organisation og meget meget mere

- Masteruddannelser
- Enkeltmoduler
- Enkeltfag i dagtimerne

Mere information, program og tilmelding på www.au.dk/evu

Ansøgningsfrist 1. juni 2006, for enkeltfag i dagtimerne 1. august 2006

Studiestart 1. september 2006

De studerende sætter klinikken under lup

Uddannelseskvalitet. Lever de kliniske uddannelsessteder for sygeplejestuderende ikke op til de fastsatte retningslinjer, bør de erklæres uegnede til at modtage nye sygeplejestuderende, indtil der har fundet en ny evaluering sted.

Med denne vedtagelse har årsmødet i Sygeplejestuderendes Landssammenslutning (SLS) strammet sit princip- og visionsprogram, hvad angår de kliniske uddannelsessteder for sygeplejestuderende. Det er sygeplejeskolernes rektorer, der er ansvarlige for, at alle kliniske uddannelsessteder lever op til retningslinjerne, konstaterer SLS.

De sygeplejestuderendes genvalgte formand, *Signe Hagel Andersen*, siger til *Sygeplejersken*, at SLS vil gøre sygeplejeskolerne opmærksom på problemet, hvis SLS modtager flere klager om samme kliniske uddannelsessted fra sygeplejestuderende.

SLS har i øvrigt netop udgivet "Klinikhåndbogen" som en hjælp til sygeplejestuderende i den kli-



De sygeplejestuderendes forretningsudvalg 2006-2007 består af fra venstre Linda Noer, Århus, Elaine Rasmussen, Herlev, Signe Hagel Andersen (formand), Line Gadegaard Knudsen, Århus (næstformand) og Karen Marie Grosbøll, Århus.

FOTO: HEINE PEDERSEN

niske del af uddannelsen. Håndbogen kan i nær fremtid læses under SLS på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside, www.dsr.dk/sls

Der kan være stor forskel på, hvad den sygeplejestuderende og det kliniske undervisningssted opfatter som en god klinikperiode i uddannelsen, konstaterer SLS. De sygeplejestuderende vedtog sidste år at yde en

ekstra indsats for at forbedre den kliniske del af uddannelsen.

Årsmødet i SLS fandt sted for nylig i Haslev. Årsmødet vedtog bl.a. en tilføjelse til SLS' princip- og visionsprogram, hvoraf det fremgår, at SLS tager skarpt afstand fra nedskæringer inden for det offentlige sygehusvæsen. Nedskæringer vil skabe ulighed i adgangen til god og effektiv pleje og behandling og være til skade

for patienter, personale og studerende, mener SLS.

De sygeplejestuderende får ikke i denne omgang direkte valg af formand ved urafstemning blandt medlemmerne. Blandt argumenterne imod forslaget var, at der ville være risiko for, at valget fik for meget karakter af "præsidentvalg" – ikke mindst med henvisning til den korte valgperiode på kun ét år. Det er dog nyt, at der bliver direkte valg på årsmødet blandt alle deltagende medlemmer.

SLS får fremover en person, der er særligt ansvarlig for det internationale politiske område samt samarbejdet med udenlandske søsterorganisationer. Bestyrelsen har udpeget den tidligere næstformand, *Ståle B. Skaar*, til denne post.

I det nyvalgte forretningsudvalg varetager *Karen Marie Grosbøll* det sundhedspolitiske område, *Linda Noer* organisationspolitik og *Elaine Rasmussen* det uddannelsespolitiske område. *Line Gadegaard Knudsen* er valgt til næstformand.

(sp)

Indsamler hospitalsudstyr til Afrika

Containermission. Behovet er stort, siger biokemiker Marie Johannessen, der har logistikken på plads og nu håber, at hospitaler og institutioner vil donere kasseret, men stadig brugbart udstyr.

Hvorfor ikke kombinere sin faglige viden med at prøve at opfylde et behov for hospitalsudstyr i et par af verdens fattigste lande? Cand. scient. i biokemi, *Marie Johannessen*, er for nylig gået på efterløn og bruger nu tid på at få indsamlet og afsendt kasseret – men stadig brugbart – hospitalsudstyr til Tanzania.

Logistikken er på plads gennem samarbejdet med Containermission, der har rutine i at pakke containere til Afrika og kan sørge for,

at tingene når frem uden mellemlid og korruption.

"Det sværeste er i virkeligheden at få fat på tingene. Derfor efterlyser jeg kontakt til fagfolk, der arbejder inden for sundhedsvæsenet," siger hun.

Marie Johannessen er gået grundigt til værks med sit projekt. Studieture til Tanzania og en diplomuddannelse i Afrika-studier er ny viden, der er kommet til, siden hun stoppede med sit job som biokemiker i medicinalindustrien, hvor hun i hele sit arbejdsliv har været med til at udvikle nye lægemidler.

"Jeg ved derfor meget om laboratorieudstyr, som jeg selv kan kvalitetsvurdere, når jeg får noget tilsendt. Det er en stor fordel,

for der er jo ikke vundet noget ved at sende ting til Afrika, der ikke kan repareres, hvis det går i stykker. Jeg har også kontakt til et laboratorium, som har sendt mig en liste over de ting, laboratorieudstyret skal leve op til kvalitetsmæssigt."

Marie Johannessen har "ønskelister" med hjem fra de afrikanske hospitaler og sundhedsklinikker og understreger, at det ikke kun er laboratorieudstyr, men også meget andet, der er brug for. Hospitalssenge og kørestole eksempelvis.

Hvis man vil hjælpe med udstyr, kan man kontakte Marie Johannessen på telefon 4581 9498 eller via e-mail: mariejoh@c.dk

(gk)

Master i evaluering

Master i



■ Med en master i evaluering bliver du i stand til at analysere en evalueringssituation samt tilrettelægge og gennemføre en evaluering med henblik på kvalificeret anvendelse. Du lærer også at kaste et systematisk og kritisk blik på evaluering. Adgangskravet er en universitetsuddannelse eller en professionsbachelor som f.eks. lærer.

Vi holder informationsmøde den 6. april. Søg nu eller senest den 1. maj.

Vi starter den 15. august.

■ Kontakt mastersekretariatet ved Institut for Statskundskab på tlf. 6550 3327 eller evaluering@sam.sdu.dk eller klik på www.evaluering.sdu.dk

Helsingør Sygehus

Sygeplejersker sagde stop

Af Lotte Havemann, journalist

Forsidehistorie. Mange medicinske afdelinger er ramt af permanent tidspres og dårlig økonomi, men det er sjældent, at sygeplejerskers protester over urimelige arbejdsforhold når ud i pressen. Helsingør Sygehus er én af undtagelserne. Her kom protesterne i avisen.

Sygeplejersker på mange medicinske afdelinger rundt om i landet kan nikke genkendende til stressede arbejdsdage, som går ud over patienter, pårørende og kolleger.

Flede steder går sygeplejerskerne til ledelsen for at få den til at løse problemerne. Med større eller mindre held. Men det sker som regel internt og uden de store overskrifter i pressen.

Anderledes gik det på Helsingør Sygehus. Her havde sygeplejerskerne gennem lang tid gjort ledelsen opmærksom på problemerne, bl.a.: For lidt plejepersonale pr. patient. Patienter på gangene. Døende patienter på tosenngstuer. Pårørende, der ikke får trøst og vejledning. Patienter, der ikke bliver vasket eller får skiftet ble. Patienter, der sendes hjem uden ordentlig instruktion om medicin. Påtvungne dobbeltvagter.

Da forholdene ikke blev bedre, fik sygeplejerskerne nok. Tillidsrepræsentanterne fra skadestue, mave-tarm-afdeling, kirurgisk af-



Sygeplejerskernes klager over arbejdsforholdene på de medicinske afdelinger på Helsingør Sygehus blev forsidestof i de lokale aviser.

deling og hjerteafdelingen satte sig sammen for at skrive et læserbrev til den lokale avis, Frederiksborg Amtstavis, men da de samtidig blev kontaktet af en journalist fra avisen, blev læserbrevet skiftet ud med et interview med sygeplejerskerne og to artikler, hvoraf den ene kom på forsiden.

"Uværdige forhold for patienter" og "Frygt for plejen af patienter," lød overskrifterne i avisen den 4. februar i år.

Kun Helsingør råbte op

Fællestillidsmand for sygeplejerskerne på Helsingør Sygehus, *Lisbeth Torp Kastrop*, er overbevist om, at de andre sygehuse i Frederiksborg Amt lider under tilsvarende forhold:

"De problemer, vi har, er ikke noget særsyn for Helsingør Sygehus. Dét, jeg hører, er, at det også gælder for de andre sygehuse i amtet. I hvert fald på de medicinske afdelinger, og afdelinger, som ikke har planlagte forløb. Men ledelsen håndterer denne situation, som om det kun er et problem her. Måske er det, fordi vi er de eneste, der råber op."

Sygeplejedirektøren i Frederiksborg Amt, *Bente Ourø Rørth*, er enig i, at de trange vilkår på de medicinske afdelinger ikke er et isoleret fænomen for Helsingør Sygehus.

"Vi betragter det som en helt generel udfordring for amtets fire sygehuse, og derfor er vi også i gang med en samlet indsats på

Arbejdsgivere skal betale natarbejdes

Vågn op. Har man over 300 timers natarbejde om året, har man ret til at få et gratis helbredstjek af sin arbejdsgiver. Muligheden for gratis helbredstjek er kommet, efter at Sundhedskartellet i forbindelse med overenskomstforhandlingerne i 2005 indgik en tillægs-

aftale med de (amts-)kommunale arbejdsgivere om helbreds kontrol ved natarbejde.

Aftalen betyder, at medarbejdere, som udfører natarbejde i mindst 300 timer inden for en periode på 12 måneder, har ret til et helbredstjek. Retten til hel-

bredstjek har eksisteret siden 1993, men det har hidtil været afgrænset til ansatte, der normalt udfører mindst tre timer af deres daglige arbejdstid i natperioden. Derfor var der tvivl, om det kun omfattede ansatte med fast natarbejde, eller også skifteholdsar-

området i hele amtet," siger hun.

Hun havde dog helst set, at kritikken aldrig var endt i spalterne i Frederiksborg Amtstavis.

"Jeg vil gerne have, at vi tager diskussionen inden for sygehusets fire vægge. Ikke så meget for sygehusets skyld, men fordi jeg synes, det må være voldsomt for borgerne at læse, at nogle patienter f.eks. ikke får skiftet ble. Hvis jeg selv var pårørende til en patient indlagt hos os, ville jeg blive bekymret og ked af det. Og som jeg har forstået det, er der tale om enkeltstående tilfælde."

Sejt at motivere

Fællestillidsmand Lisbeth Torp Kastrup har ikke indtryk af, at der er sket den store forandring siden artiklerne i avisen, men hun og de andre tillidsrepræsentanter er godt klar over, at ledelsen ikke kan stampe en løsning op til i overmorgen.

Hun håber dog på, at ledelsen vil skaffe penge til at ansætte mere plejepersonale. Hun ville også ønske, at sygehusledelsen ville melde mere markant ud til amtspolitikerne om, at der er brug for flere penge.

"Afdelingssygeplejerskerne og sygeplejecheferne (svarer til oversygeplejersker, red.) gør meget for at få økonomien til at strække. Men grænsen er nået. Man har tidligere beskåret og beskåret i troen på, at man kunne effektivisere, men det er kun muligt til en vis grad," siger hun.

Bente Ourø Rørth må imid-

lertid informere om, at afdelingerne ikke får flere penge.

"Amtspolitikerne ved godt, at vi vil have flere penge, men der kommer ikke flere, og slet ikke nu, hvor vi står foran regionaliseringen," fortæller hun.

Hun mener stadig, at der kan effektiviseres, så arbejdsmiljøet kan blive bedre, og peger på de tiltag, der allerede er i gang, nemlig:

- Styrke det tværfaglige samarbejde – med fokus på brug af alles kompetencer og kvalifikationer (herunder frivillige patientstøtter, sygeplejestuderende og andre)
- toårigt projekt om optimering af patientforløb – med fokus på belastende spildtid og ventetid
- Kriterier for visitation til indlæggelse skærpes, og visitationen lægges over til mere erfarne læger – kun de rette patienter skal indlægges, og der skal lægges langsigtede planer for dem.

Sygeplejedirektøren erkender, at sygehusets medarbejdere i en for lang periode har været udsat for pres og mange forandringer.

"Derfor er det også forståeligt, at personalet ikke har så meget energi og tro på de nye forandringer, vi skal igennem. Det er ledelsens opgave at motivere dem, og det synes jeg går o.k. Men det er da lidt sejt, og det kræver et tæt samarbejde mellem ledere og medarbejdere på alle niveauer."

Gravide skal holde sig fra rygere

Røgalarm. Fostre, der udsættes for passiv rygning, har forøget risiko for samme type fosterskader, som hvis deres mor var ryger. Det viser en undersøgelse fra Pittsburgh universitet i USA. Fosterskaderne kan bl.a. føre til for tidlig fødsel og kræft senere i livet.

Forskeren bag undersøgelsen fandt også ud af, at selv hvis en gravid holdt op med at ryge fra begyndelsen af graviditeten, gav det ikke en mindre risiko for skader. Det skyldes sandsynligvis, at mange af de mødre, der selv ryger eller har røget, lever i et hjem, hvor de bliver udsat for passiv rygning. Derfor bør en gravid kvindes samlever også kvitte smøgerne, eller i hvert fald lade være med at ryge i nærheden af hende, konkluderer forskeren.

Resultaterne lægger ifølge forskeren op til, at der bliver taget flere forholdsregler for at beskytte gravide, ikke mindst på arbejdspladser.

Kilde: Grant, Stephen G. "Qualitatively and quantitatively similar effects of active and passive maternal tobacco smoke exposure on in utero mutagenesis at the HPRT locus," Department of Environmental and Occupational Health, Graduate School of Public Health, University of Pittsburgh, Pennsylvania, USA. Artiklen kan læses på: <http://www.biomedcentral.com>

(ast)



TEMPUR® EN PROFESSIONEL PARTNER

TEMPUR Venepuden er til forbedring af blodcirkulation og til tryklastning af ben og hæle.

TEMPUR Venepude

Venepuden er specielt velegnet til at aflaste tryk på hæle. Venepuden fås med blødt velour betræk eller med inkontinensbetræk.



TEMPUR er et viskoelastisk, temperaturfølsomt materiale bestående af åbne celler, der følger kroppens konturer nøjagtigt. Den sfæriske cellestruktur bevæger sig nænsomt omkring kroppens kurver, så der ydes fuldkommen støtte, hvor der er behov for det, dog uden der dannes modtryk.

TEMPUR Danmark A/S · Holmelund 43 · 5560 Aarup
Tlf.: 63 43 43 69 · www.tempur.dk

helbredskontrol

bejdere var omfattede. Sundhedskartellet har udgivet en pjece, der fortæller om helbredstjekket.

Formålet er at forebygge de risici, der er ved natarbejde. Undersøgelser har vist, at natarbejdere har større risiko for for-

højet blodtryk, øget risiko for blodpropper i hjertet og blødninger i hjernen samt større risiko for brystkræft.

Læs mere eller download pjecen på www.dsr.dk/dsr/tekstlink.asp?id=4086059&menu=263

Ekstraordinær kongres 1.-2. marts 2006

►► KONGRESREPORTAGE:

Sigurd Nissen-Petersen, Søren Palsbo,
Lars Flindt Pedersen
Foto: Heine Pedersen

En om'er. Det var en tydelig bevæget formand for Dansk Sygeplejeråd, der før tid måtte afslutte den kongres, der skulle have givet rådet en helt ny politisk struktur. Helt usandsynligt endte afstemningen om to nye strukturmodeller uafgjort 76-76. Resultatet betød, at begge modeller bortfaldt. Så nu skal Dansk Sygeplejeråd atter tilbage til tegnebrættet.

Uafgjort 76-76 var det værst tænkelige – og helt usandsynlige – resultat, som ingen kunne bruge til noget.

Dansk Sygeplejeråds ekstraordinære kongres, som fandt sted i Falkoner Centret i København den 1. og 2. marts, skulle have været kronen på værket efter mange års hårdt arbejde med at få en ny politisk struktur i Dansk Sygeplejeråd. Den første nye politiske struktur i 30 år.

Valget stod mellem en kredsmodel og en regionsmodel. Men uenigheden om modellerne blandt de 153 delegerede var dyb og grundlæggende. Så grundlæggende, at afstemningen om aftenen den 1. marts endte i en frustrerende remis med 76 stemmer for en regionsmodel og 76 stemmer for en kredsmodel og en fatal stemme, der var blank.

Det overraskende afstemningsresultat

gav de delegerede en tidlig fyraften på kongressens anden dag. Der var ikke mere at snakke om, men meget at tænke over.

Stemningen på kongressens anden dag mindede mest om oprydningen efter en heftig julefrokost.

Alle deltagerne led af kraftige afstemningstømmermænd og blev ved med at stille sig selv spørgsmålet: Hvad skete der egentlig i går?

Og efterhånden som oprydningen skred frem hen under formiddagen med spørgsmål og møder og flere spørgsmål, begyndte det måske at dæmre for nogle af deltagerne.

Mange af de problemer, som en ny struktur skulle have løst, er der nemlig stadigvæk.

Resultatet af afstemningen betyder, at Dansk Sygeplejeråds nuværende struktur

med 15 amtskredse består. Og scenarierne er formentlig noget specielle, når de 14 amter bliver erstattet af fem regioner, og antallet af kommuner bliver reduceret til 98 den 1. januar 2007.

Hvem skal f.eks. forhandle med Region Hovedstaden? Er det Hovedstadens, Københavns eller Frederiksborg amtskreds? Og hvad med amtskredsene i Viborg og Vejle, der bliver delt mellem to regioner?

Der er også nye kommuner, hvor kommunegrænserne skærer ind imellem to amtskredse – hvad skal der ske dér?

Spørgsmålene er mange og virkede på kongressens andendag givetvis temmelig uoverskuelige.

Godt samarbejde uanset struktur

På trods af, at Dansk Sygeplejeråd indtil videre nu skal holde fast i den oprindelige

Uafgjort 76-76





”Nej, det er ikke sandt.” Forbløffelsen blandt de kongresdelegerede var til at få øje på, da Dansk Sygeplejeråds formand, Connie Kruckow, meddelte, at begge forslag til ny politisk struktur var bortfaldet, idet ingen af dem havde opnået flertal.

amtskredsstruktur og dermed ikke i strukturen, der følger de nye sygehusregioner og de nye kommuner, tror Dansk Sygeplejeråds formand, *Connie Kruckow*, ikke, det vil få nævneværdig betydning i forhold til samarbejde og forhandlinger med de kommunale og regionale arbejdsgivere.

”Jeg tror ikke, der er nogen arbejdsgivere, der har siddet og ventet på, hvad vi ville beslutte i dag. Som jeg også sagde til kongressen, betyder det faktisk, at vi denne gang ikke får en ny struktur, at vi har en særlig forpligtelse til at sørge for, at medlemmernes interesser bliver varetaget. Og det vil de blive.”

Det var i det hele taget en skuffet, men fattet formand for Dansk Sygeplejeråd, der efter kongressens afslutning rundede forløbet af.

Hensigten var jo, at kongressen skulle

have besluttet, om Dansk Sygeplejeråd skulle inddeles i fem regioner eller i otte nye kredse. Et valg, der af mange blev udlagt som en kamp mellem slagkraft og nærhed.

Skuffet formand

”Resultatet er udtryk for holdningsmæssige forskelle. Den ene halvdel af kongressens deltagere synes, at nærhed er det vigtigste, mens den anden halvdel mener, at slagkraft er det vigtigste. Det var ikke et ”enten-eller,” men mere et ”hvad vil man have mest af.” Og dét var der dybe holdningsmæssige forskelle på,” siger Connie Kruckow, som en forklaring på, hvorfor det ikke på denne kongres lykkedes at få en afklaring på Dansk Sygeplejeråds fremtidige struktur.

Det var tilbage i 2004, at det blev beslut-

tet, at Dansk Sygeplejeråd skulle have en ny politisk struktur, og gennem store dele af processen har Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse – ligesom kongressen – været delt i to mellem regions- og kredsmodellen.

”Vi har været splittet i hovedbestyrelsen, men vi har vurderet, at skulle vi have været enige om ét forslag, så ville der på kongressen være kommet en række af ændringsforslag i stedet for. Og så er det ikke sikkert, at det ville have forandret processen. Man kunne nemt være havnet i samme situation, fordi der er så store holdningsmæssige forskelle blandt de delegerede,” siger Connie Kruckow, der med vilje har holdt igen med at melde sin egen holdning ud i forhold til regions- og kredsmodellen.

”Det er med velberådet hu, at jeg ikke i min indledningstale til kongressen (den blev fremført tirsdag den 1. marts red.) meldte ud, hvilken model jeg foretrak. Jeg syntes, det var vigtigt, at debatten fik lov til at udvikle sig med udveksling af synspunkter. Ellers kunne nogen mene, at ”her kommer jeg og tromler min mening igennem.” Først senere på dagen fremlagde jeg mine overvejelser og pegede på regionsmodellen.”

Ingen snuptagsløsninger

Det uafgjorte resultat skal ikke betragtes som et nederlag, forklarer Connie Kruckow. Hun ser det snarere som et udtryk for, at der er stærke holdninger i Dansk Sygeplejeråd, der trækker i forskellige retninger.

Hun afviser blankt snuptagsløsninger i den nærmeste fremtid, og det var bl.a. derfor, at der ikke blev lavet en ny afstemning med det samme.

”Hovedbestyrelsen mødes i næste uge (den 7. og 8. marts, red.), og her må vi drøfte, hvornår det er realistisk at fremlægge et nyt og kvalificeret forslag til en kongres. Jeg vil ikke – og det vil hovedbestyrelsen heller ikke – fremlægge et forslag, som ikke er gennemarbejdet. F.eks. ved at tage det samme forslag og stemme om det igen og igen, til det er gået igennem. Sådan kan vi ikke arbejde,” siger Connie Kruckow, der var tydelig trist og ærgerlig over, at den nye struktur ikke blev vedtaget i denne omgang.

Ekstraordinær kongres
1.-2. marts 2006

Dødt løb. Uenigheden mellem de 153 delegerede på Dansk Sygeplejeråds kongres kunne ikke have været mere tydelig i spørgsmålet om en ny model for en politisk struktur. Det, der skulle have været en længe ventet beslutning om enten nye regioner eller nye kredse, endte i en klokkeklar remis og en chokeret kongres.

Reportage

Afstemningen, der endte blindt

”For en kredsmodel stemte 76, for en regionsmodel stemte 76, og så var der én blank stemme. Det betyder, at ingen af forslagene er vedtaget.”

Ordene kom fra dirigenten *Lis Ekner* fra Farmakonomforeningen, sidst på aftenen i Falkoner Centret den 1. marts 2006 efter en lang debat, og fik nogle af de 153 medlemmer af Dansk Sygeplejeråds kongres til at klappe og le af bar overraskelse.

Men latteren og klapsalverne holdt hurtigt op, for der var i virkeligheden ikke meget at grine af.

Stemmeresultatet betyder nemlig, at projektet med at vedtage en ny struktur for fremtidens Dansk Sygeplejeråd indtil videre er sat på standby.

Dansk Sygeplejeråds formand, *Connie Kruckow*, gik på talerstolen umiddelbart efter offentliggørelsen af afstemningsresultatet og konstaterede, at situationen nærmest var til at grine af, for ellers ville man græde:

”Jeg synes, at det er trist, at vi står i en situation, hvor vi ikke har en ny struktur. Vi har haft et demokratiprojekt i gang si-

den 1998, og vi har brugt rigtig lang tid på at forberede os på denne kongres. Vi har kvalificeret forslagene, vi har lagt frem, og vi har debatteret i rigtig lang tid.

Men uanset hvad, så besluttede vi ved den sidste ordinære kongres, at vi skulle have en ny struktur. Det har vi ikke fået,” sagde formanden, som efterfølgende mødtes med hovedbestyrelsen for at drøfte den ny situation.

Den ny situation betyder, at Dansk Sygeplejeråd indtil videre fortsætter med en struktur med 15 amtskredse.

Da denne kendsgerning stod klart for kongressen, bredte der sig en stærk følelse af antiklimaks blandt de delegerede oven på en langvarig og engageret debat om tre nye forslag til politisk struktur.

Afstemningen kom i sidste ende til at stå mellem to forslag om henholdsvis en regionsmodel og en kredsmodel, som var fremlagt af hovedbestyrelsen. Det var en realitet, da Frederiksborg amtsbestyrelse sidst på dagen trak sit forslag om en sektormodel.

Kongressens første dag startede med, at

Dansk Sygeplejeråds formand lagde op til den historiske afgørelse med en konstatering af, at den siddende kongres siden det seneste valg til amtsbestyrelserne i 2003 har været samlet et rekordstort antal gange.

Første gang bare tolv dage efter det seneste valg i 2003, hvor kongressen besluttede, at Dansk Sygeplejeråd skulle forlade det store forhandlingsfællesskab KTO og i stedet arbejde målrettet for forhandlingsfællesskabet i Sundhedskartellet.

Kongressen mødtes igen i 2004 og tog beslutninger om holdningspapirerne, som afstikker organisationens kurs, når det gælder at påvirke og skabe fremskridt for organisation, fag og samfund.

Og endelig sidste år mødtes kongressen ekstraordinært to gange. Første gang for at tage stilling til overenskomstresultatet. Anden gang – den 17. juni – for at forlænge valgperioden for de siddende amtsbestyrelser og skyde den sidste fase af forberedelserne til fremtidens DSR i gang.

”Det var en beslutning, der rakte ud i

Vi skal starte helt forfra

Hvad er din reaktion på afstemningen?

”Jeg er skuffet over, at vi ikke er nået frem til et resultat, for vi skal have en ny politisk struktur. Som vores amtskreds (Viborg Amtskreds, red.) ser ud i dag, følger den ikke de nye regioner og kommuner.”

Hvad synes du, DSR skal gøre nu?

”Vi skal tænke fremad og måske lidt alternativt. Vi skal prøve at få nogle nye idéer, som rækker ud over

de to modeller, og bruge det næste år eller halvandet til at starte helt forfra.”

Har du ændret holdning i løbet af debatten om ny politisk struktur?

”Det gjorde stort indtryk, at lige min stemme kunne have gjort udslaget. Men ellers er jeg hele tiden gået ind for regionsmodellen, og det gør jeg stadig.”



Ane Gleerup, anæstesi-sygeplejerske, Viborg Sygehus.

(snp)

Af Søren Palsbo, journalist • Foto: Heine Pedersen



Hvad nu? Formand, Connie Kruckow, sammen med næstformændene Grete Christensen og Aase Langvad i samtale med formanden for amtskredsen i Århus, Else Kayser (tv.), umiddelbart efter det chokerende valgresultat.

fremtiden, fordi vi ville gøre vores arbejde færdigt med at skabe en ny struktur for Dansk Sygeplejeråd,” sagde Connie Kruckow tidligt på dagen mange timer før afstemningen. Hun konstaterede, at beslutningen om en ny struktur ikke er let, selv om der foreligger et grundigt gennearbejdet beslutningsgrundlag. Det skulle hun siden hen få ret i. Efter formandens indgangstale indtog Dansk Sygeplejeråds 1.-næstformand, *Grete Chri-*

stensen, scenen og præsenterede to af strukturforslagene.

Udfordringerne

”Der er sket rigtig meget med regionsmodellen og kredsmodellen, siden jeg præsenterede dem på den ekstraordinære kongres den 17. juni 2005. Vigtigst er nok, at vi er nået til en erkendelse af, at modellerne ikke kan vægte nærhed, sammenhængskraft og slagkraft lige højt,”

konstaterede hun. Amtskredsformand *Dorte Steenberg*, Frederiksborg, pegede i sin præsentation af sektormodellen på en række udviklingstræk i det danske samfund, der betyder, at Dansk Sygeplejeråds nuværende struktur er ude af trit med udviklingen.

”Vi vil gerne gøre hverdagsproblemer og erfaringer til genstand for politikudvikling. Vi vil gerne give disse et samfundsmæssigt perspektiv, og vi vil gerne ▶

Frustrerende, men vi skal videre

Hvad er din reaktion på afstemningen?

”Dyb frustration. Træthed. Håbløshed. Men også en voksende beslutsomhed. Vi skal videre. Halvandet år er lang tid at vente, men de halvandet år skal bruges fornuftigt.”

Hvad synes du, DSR skal gøre nu?

”Det vigtige er nu, at vi yderligere får kvalificeret det grundlag, vi arbejder ud fra. F.eks. skal vi se på, hvad vi kan gøre ved problemet med de delegerede,

der er ”politisk inaktive.” Måske skal vi have menige kongresmedlemmer med i en ny politisk styregruppe, når vi igen skal se på vores struktur.”

Har du ændret holdning i løbet af debatten om ny politisk struktur?

”Nej, jeg er stadig tilhænger af regionsmodellen. Men jeg synes, vi skal lade os inspirere af de dele af sektormodellen, som er værd at lade sig inspirere af.”
(snp)



Michael Juhl, næstformand i Hovedstadens amtskreds.

Ekstraordinær kongres 1.-2. marts 2006

► kunne pege på, hvilken måde sygeplejen kan udvikles i takt med kravene til forandring. Vi vil kunne pege på, hvad der mere præcist skal til for at forandre vilkår for både borgere, patienter og personale.”

Derefter var der fri debat for de 153 delegerede, og den viste, at de forskellige indgangsvinkler til strukturforslagene gav anledning til de største meningsforskelle.

Medlem af den politiske styregruppe for strukturarbejdet i DSR, amtskredsformand *Bo Smith*, sagde fra talerstolen, at man ikke kan vurdere de fremlagte strukturmodeller uden at foretage en analyse af, hvordan samfundet udvikler sig:

”De generelle samfundsforhold har betydning for, hvordan vi skal organisere os for at udvikle den decentrale interesseva-



retagelse. Jeg vil opfordre til, at vi ikke kun tænker på, hvordan vi kan fastholde det nuværende niveau, men at vi har fokus på, hvordan vi kan udvikle interessevaretagelsen. Der er brug for udvikling inden for alle dele af interessevaretagelsen, altså både løn- og ansættelsesforhold og sundhedspolitik, men i meget høj grad også det faglige område,” sagde den fyn-

►► **LANG FORBEREDELSE.** Udredninger fra arbejdsgrupper, ekspertrapporter, fokusgruppeinterview, medlemsdebatter, talrige amtsbestyrelsesdebatter, talrige hovedbestyrelsesdebatter og kongresdebatter lå forud for den ekstraordinære kongres om fremtidens Dansk Sygeplejeråd i Falkoner Centret i København i dagene 1. og 2. marts 2006.

De aktuelle ønsker om en ny organisationsstruktur har linjer tilbage til Dansk Sygeplejeråds demokratiprojekt i 1998.

I 2004 besluttede den seneste ordinære kongres, at tiden var kommet til, at Dansk Sygeplejeråd skal have en ny struktur for at være i stand til at imødekomme og realisere medlemmernes forventninger og krav, både på arbejdspladsen, i det lokale område og centralt. Beslutningen blev truffet på grundlag af en rapport fra en hovedbestyrelses-analysearbejdsgruppe. Opgaven med at formulere konkrete forslag til strukturændringer blev overdraget den politiske styregruppe, som har haft 1.-næstformand *Grete Christensen* som formand og i øvrigt været sammensat med hovedbestyrelsesmedlemmerne *Poul Engholm*, *Viborg*, *Else Kayser*, *Århus*, *Bo Smith*, *Fyn*, og *Vibeke Westh*, Hovedstaden.

Den eksisterende amtskreds-struktur passerede 30-års-fødselsdagen i februar 2006. Nu får amtskredsene efter alt at dømme endnu et par år på bagen.

ske amtskredsformand, der anbefalede en regionsmodel.

Uenigheden om kredsmodel og regionsmodel var på mange måder paradoks, fordi der faktisk blandt de delegerede var bred enighed om, at udviklingen i det danske samfund i almindelighed og sundhedsvæsenet i særdeleshed gør det helt nødvendigt, at Dansk Sygeplejeråd geares til fremtiden med en ny struktur.

Men her hørte enigheden altså op, for der var kredstillhængere, regionstillhængere og tvivlere. Og der var masser af uenighed om modellerne.

En uenighed, der til slut resulterede i dødt løb mellem regionsmodellen og kredsmodellen.

Måske havde amtskredsformand *Bodil Carstensen*, Ringkøbing, en anelse om, at debatten kunne ende sådan. I hvert fald sagde hun fra talerstolen:

”Med mindre vi vælger ikke at foretage ændringer, så vil det være opgaven for de nye bestyrelser, hvad enten der bliver tale

om regioner eller kredse, at opbygge nye netværk mellem medlemmer og bestyrelse, mellem tillidsrepræsentanter og bestyrelse og mellem ledere, studerende og bestyrelse. Det er de nye bestyrelser, der skal planlægge og iværksætte aktiviteter, som indebærer, at medlemmerne føler organisationens nærvær.”

Efter at have mødtes både om aftenen den 1. marts umiddelbart efter den historiske afstemning og på andendagen, morgenen efter, valgte Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse at foreslå, at kongressen nøjedes med at tage stilling til, om man kunne udskyde den næste kongres fra maj til uge 45 i november 2006 og dermed også forlænge næstformændenes valgperiode til den næste kongres.

Det vedtog de 153 delegerede på en meget kort anden kongresdag, hvorefter dirigenten lukkede kongressen flere timer, før den ellers skulle have været afsluttet.

sp@dsr.dk

Et kæmpe vakuum

Hvad er din reaktion på afstemningen?

”Jeg er overrasket og havde slet ikke tænkt, at det kunne ende sådan. Lige nu føler jeg, at der bliver et kæmpe vakuum, fordi det her bare er stilstand.”

Har du ændret holdning i løbet af debatten om ny politisk struktur?

”Jeg var i tvivl hele dagen. Og jeg besluttede at stemme for kredsmodellen i sidste øjeblik. De to forslag er jo ikke så forskellige, men jeg valgte

kredsmodellen, fordi de argumenter, der var for kredsmodellen, i mine øjne tog udgangspunkt i medlemmerne.”

Hvad synes du, DSR skal gøre nu?

”Vi skal evaluere processen. Kvalificeringsfasen har tilsyneladende ikke været god nok. Vi har heller ikke været gode nok til at få medlemmerne med. Jeg tror, vi har haft en oplevelse af at blive hørt, men ikke inddraget.”

(snp)



Laila Mohrsen Busted, underviser på Sundheds- og Sygeplejerskolen i Rønne.

Forvaltningsprofessor Brug sammenbruddet positivt

Chokbehandling. Dansk Sygeplejeråd kommer i nærmeste fremtid til at fremstå svækket efter den fatale afstemning, forudser en forvaltningsprofessor, fordi det ikke lykkedes at finde en struktur. Men hun mener samtidig, at sammenbruddet på langt sigt kan bruges positivt.



Efter afstemningen på kongressen den 1. marts opfordrer forvaltningsprofessor Eva Sørensen fra Roskilde Universitetscenter Dansk Sygeplejeråd til at tænke langtidsholdbart, når der skal laves en ny struktur for organisationen.

”Dansk Sygeplejeråd skal vende bøtten og bruge de gode tanker fra det, man allerede har brugt kræfter på.”

Dansk Sygeplejeråd er ude i en mindre krise, vurderer forvaltningsprofessor *Eva Sørensen* fra Roskilde Universitetscenter, efter at det ikke lykkedes for kongressen at vedtage en ny politisk struktur. På en ekstraordinær kongres den 1. og 2. marts i København endte en afstemning om to nye strukturmodeller med uafgjort med stemmerne 76-76, hvilket betød, at begge forslag bortfaldt. Dermed står Dansk Sygeplejeråd tilbage med den gamle struktur og en ny udfordring.

”Det svækker Dansk Sygeplejeråd, at man ikke har været i stand til at finde en løsning. Det kan tolkes som en slags handlingslammelse, som en modpart i kommende forhandlinger vil kunne udnytte. Så det er langt fra optimalt, at Dansk Sygeplejeråd ikke har været i stand til at finde en ny ledelsesstruktur,” siger Eva Sørensen, der har fulgt Dansk Sygeplejeråd tæt gennem de seneste år.

Hun mener, at det nu er vigtigt, at organisationen i en overgangsfase ruster den

gamle ledelsesstruktur til at klare de kommende udfordringer, bl.a. at amter bliver til regioner, og antallet af kommuner reduceres, og at de får flere sundhedsopgaver.

Hun tror også, at chokket over, at man ikke i denne omgang fik gennemført en ny struktur, kan gøre det lettere for organisationen at finde fælles fodslag om en ny og tredje model.

Og på langt sigt mener Eva Sørensen, at det faktisk kan komme Dansk Sygeplejeråd til gode.

”Dansk Sygeplejeråd skal vende bøtten og bruge de gode tanker fra det, man allerede har brugt kræfter på, og gennemtænke en ny, ordentlig, men først og fremmest langtidsholdbar struktur. Ligesom det gjaldt med borgerne i forhold til kommu-

nalreformen, er det de færreste medlemmer, der interesserer sig for strukturforandringer. Medlemmerne er i det store og hele ligeglade med, hvordan strukturen ser ud – bare den virker,” siger hun, og opfordrer sygeplejerskerne fagforening til at kigge på andre fagforeninger for at se, hvad de gør.

”Nu har I den fordel, at I kan stoppe op og se, hvad de andre fagforeninger gør, og så tage det, I kan bruge,” siger Eva Sørensen.

lfp@dsr.dk

Surrealistisk oplevelse

Hvad er din reaktion på afstemningen?

”Undren. Det virker surrealistisk i forhold til, at vi hele dagen har snakket om ny struktur, og så får vi den gamle igen. På den anden side ville det have været fatalt med et snævert flertal for en af modellerne. En ny struktur skulle gerne bunde i en bred enighed.”

Hvad synes du, DSR skal gøre nu?

”Man skal tænke over processen. Om den har været god nok. Vi bør også tænke over, om der er noget i

de tre forslag (kredsmodel, regionsmodel og sektormodel, red.) som kan udgøre en form for kompromis, vi kan arbejde videre med.”

Har du ændret holdning i løbet af debatten om ny politisk struktur?

”Jeg stemte for en kredsmodel, og nej, jeg har ikke rykket mig. Debatten var præget af tro på, hvad der kommer til at ske. At tale om formodninger uden reel viden, rykker ikke noget for mig.” *(snp)*



Bente Junk, serviceleder, Aabenraa Kommune.



Sygeplejersken er selv hiv-smittet

Dobbelt ramt. For sygeplejersker i Swaziland er aids en dobbelt byrde. Hver måned begraver de en kollega. Og hver dag kommer nye patienter ind på sygehusene med hiv-relaterede sygdomme.



Den medicinske afdeling for mænd på Mbabane Government Hospital i Swaziland er knap så overfyldt som kvindeafdelingen. Enkelte må ligge på gulvet, men de fleste har en seng.

Sygeplejersken er selv hiv-smittet

► Den medicinske afdeling for kvinder på Mbabane Government Hospital i Swaziland er beregnet på 30-35 patienter. Denne tirsdag eftermiddag i januar ligger der 65. Sengene står tæt, og under hver eneste seng er der redt op på gulvet til endnu en patient.

Rundt om madrasserne står krus, drikkevarer og bylter med personlige ejendele. Det er svært at finde et sted at sætte fødderne for personalet og de pårørende, som hjælper til, når patienterne skal mades og vaskes.

Sygeplejerske *Patrick Ntshangase* står med ansvaret for medicingivning, sårpleje, temperaturmåling, stuegang, bestilling af undersøgelser, anamnese ved indlæggelserne, information og undervisning i sundhedsadfærd ved udskrivelserne.

En nærmest håbløs opgave, og lugten på den store stue vidner om, at rengøring og hygiejne også har svære betingelser.

Aids-epidemien er ved at få Swazilands sundhedsvæsen til at bryde sammen, advarer den organisation, som repræsenterer Patrick Ntshangase og de 3.000 andre swazi-sygeplejersker.

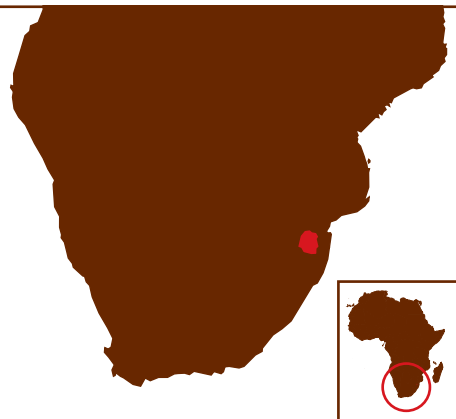
"Selv om der efterhånden er mange initiativer, der skal gøre det muligt for aids-syge at blive passet hjemme, vokser arbejdsbyrden på hospitalerne stadig," fortæller *Masitsela Mhlanga*, formand for Swaziland Nurses' Association (SNA).

"Og det betyder igen, at patienternes tilid til sygeplejerskerne er begyndt at svigte. Den har været stor, men i dag oplever patienterne, at de ikke får den samme

"En sygeplejerske, der er smittet med hiv, søger ikke rådgivning af sig selv. Hun synes, hun ved alt om sygdommen og om de forskellige stadier. Men det gør hendes viden endnu tungere."

Masitsela Mhlanga, formand for Swazilands sygeplejersker.

►► **SWAZILAND** er et lille kongedømme med ca. 1,1 mio. indbyggere, som ligger på grænsen mellem Mozambique og Sydafrika. Landbrug med kvæghold er udbredt, men der er også skovbrug i de højereliggende områder. Swaziland har fem offentlige sygehuse og klinikker i landområderne. Der er omkring 3.000 sygeplejersker, hvoraf godt 2.000 er medlemmer af Swaziland Nurses' Organisation. Swaziland er bedst kendt i resten af verden for jomfrudansen, hvor kongen hvert år vælger en ny kone.



pleje som tidligere. Den kan man ikke give, når én sygeplejerske har ansvaret for 60-80 patienter."

Unge sygeplejersker dør

Mens det vælter ind med patienter med hiv-relaterede sygdomme, bliver sygeplejerskerne færre og færre. Af alle afrikanske lande har Swaziland den højeste andel af hiv-smittede i den voksne befolkning. Det officielle skøn ligger omkring 40 pct., og mange sygeplejersker er selv hiv-smittede.

"Hver måned eller hver anden må vi begrave en sygeplejerske," konstaterer *Masitsela Mhlanga*. "Og selv om vi uddanner 80 sygeplejersker om året, mister vi endnu flere. Ikke kun fordi de dør, men også fordi de rejser til andre lande."

I 2005 rejste 161 swazilandske sygeple-

jersker til et job i udlandet, de fleste af dem til Storbritannien. Der får de en meget bedre løn, men det er ikke den væsentligste grund til, at de forlader deres eget land.

"Vi har lavet flere undersøgelser, og hver gang angiver sygeplejerskerne deres arbejdsvilkår som den væsentligste grund," siger *Masitsela*.

"En anden undersøgelse har vist, at 95 pct. af sygeplejerskerne går rundt og er bange for stikuheld."

Hvis sundhedsvæsenet ikke skal gå helt i opløsning, må sygeplejerskerne have hjælp til at klare hverdagens belastninger. Og man må sikre, at alle hiv-smittede sygeplejersker kommer i behandling, så de kan blive ved med at passe deres arbejde.

Det er en hjertesag for Swaziland Nurses' Association, og det er formålet med



►► **HIV OG AIDS.** Aids er stadig en af de alvorligste sygdomme i verden.

Aids er den hyppigste dødsårsag for mennesker under 60 år.

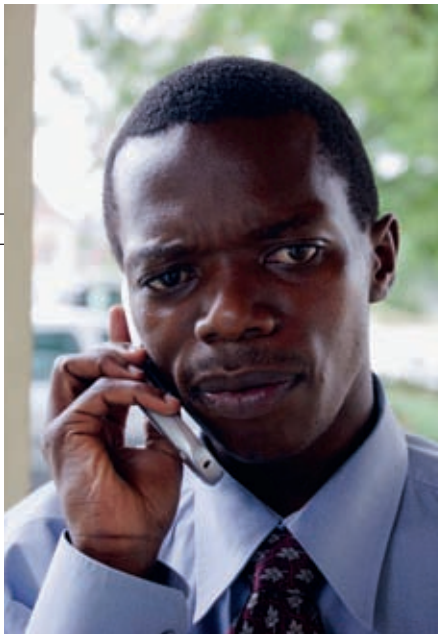
I 2005 døde 8.220 mennesker om dagen af aids eller aids-relaterede sygdomme.

40 mio. mennesker verden over er smittet med hiv, flest i Sydøstasien og Afrika syd for Sahara. Men udviklingen er trods alt begyndt at vende. Smitteraterne falder i en række afrikanske lande, og flere hiv-smittede får livsforlængende medicinsk behandling, også i udviklingslande.

Sygeplejersken har besøgt det lille sydafrikanske kongedømme Swaziland, der har Afrikas højeste andel af hiv-smittede.

Se www.who.int under Health Topics.

Hiv og aids er forklaringen på den voldsomme overbelægning på de medicinske afdelinger i Swaziland. Nogle patienter har aids i udbrud, men flere har følgesygdomme til smitten som diare, luftvejsinfektioner og tuberkulose.



Masitsela Mhlanga er formand for Swaziland Nurses' Association. Han underviser til daglig sygeplejersker på regeringens sygehuse i hvordan de undgår at få eller sprede smitten på arbejdet.

Af Kirsten Bjørnsson, journalist • Foto: Jørn Stjerneklar

►► HIV OG AIDS I SWAZILAND

Befolkning	1,08 millioner
Skønnet antal voksne, der lever med hiv/aids (alder mellem 15 og 49 år)	200.000
Skønnet antal kvinder, der lever med hiv/aids	110.000
Skønnet antal forældrelose på grund af hiv/aids	65.000
Skønnet forekomst af hiv-smitte	38,8 pct.

Kilde: WHO/ Stephen Lewis Foundation (www.stephenlewisfoundation.org).

det sundhedscenter, som SNA er ved at oprette med hjælp fra Dansk Sygeplejeråds Solidaritetsfond.

Når det nye sundhedscenter, Comprehensive Wellness Centre for Health Workers, lukker dørene op ved udgangen af marts, bliver rådgivning og kurser i stresshåndtering et af de allerførste tilbud til sygeplejersker og andre sundhedsarbejdere. Hiv-test og medicinsk behandling, hvis man er smittet, skal sygeplejerskerne også kunne få i centeret fra den første dag.

Svær dobbeltrolle

I dag kan alle i Swaziland blive testet på regeringens sygehuse og klinikker, og, hvis man er smittet, få udleveret gratis medicin. De dage, hvor afrikanske regeringer kunne finde på at lukke øjnene og benægte epidemien, er endegyldigt ved at være forbi.

I dag kører der store oplysningskampagner i Swaziland, og sundhedsministeriet udleverer gratis kondomer. Men blandt befolkningen er hiv og aids stadig noget, man ikke gerne taler åbent om.

Derfor må der et særligt tilbud til, hvis man skal have opdaget alle hiv-smittede sygeplejersker i tide og få dem i behandling.

"I dag må sygeplejersker stå i kø sammen med andre patienter og vente på deres behandling. Og vi kan se, at det går ud over befolkningens tillid," siger Masitsela Mhlanga.

"I dag er begge patienter. I morgen er den ene af dem sygeplejerske og skal pleje den,

hun stod i kø med i går. Det går ud over til-liden hos den person, der skal have pleje."

Kender sin egen prognose

Rådgivning er et ord, som Masitsela hele tiden vender tilbage til.

"En sygeplejerske, der er smittet med hiv, søger ikke rådgivning af sig selv. Hun synes, hun ved alt om sygdommen og om de forskellige stadier. Men det gør hendes viden endnu tungere.

Hun ved, hun kan dø af smitten, og det gør det svært for hende at leve med sin situation. Hun har brug for nogen at tale med for ikke at miste håbet."

Centerets tilbud skal både være til sygeplejerskerne som privatpersoner og som professionelle. De to sygeplejersker, der bliver ansat i centeret, skal også undervise i sikre arbejdsprocedurer og i, hvordan

sundhedsvæsenet bliver bedre til at rådgive og behandle patienterne.

Det handler ikke mindst om at forebygge de mange følgesygdomme, som rammer hiv-smittede, diare, lungebetændelse og tuberkulose, hudlidelser, osv. Eller opspore disse sygdomme så tidligt, at de kan behandles.

"Hver dag ser vi dødsfald i sygehusafdelingerne, som kunne være forebygget. Som sundhedsprofessionelle har vi slet ikke været forberedt på den voldsomme udvikling, vi har haft de sidste 10-15 år," siger Masitsela.

"Men i dag er hiv-smitte en tilstand, der kan forebygges og holdes nede i et stærkt sundhedsvæsen. I dag behøver hiv ikke at være andet end en kronisk sygdom som så mange andre."

kbj@dssr.dk



Esther Dlamini er afdelingssygeplejerske på provinshospitalet Mankayane Government Hospital. Der er så få sygeplejersker, at de pårørende må hjælpe med at passe patienterne.

Thank you, madam Christensen

Rejsegilde. Verdens første sundhedscenter for hiv-smittede sygeplejersker blev indviet i Swaziland den 15. februar. Med Dansk Sygeplejeråds næstformand, Grete Christensen, som en af hædersgæsterne.

”Vi vinder ikke kampen mod hiv og aids, hvis vi forsømmer vores sundhedspersonale. Det er folk i frontlinjen, der skal bære vores indsats, og det er godt, at der endelig var nogen, der vågnede op.”

Taleren i skyggen under den svære presenning er en elegant klædt lille kvinde, dr. *Velephi Okello* fra Swazilands nationale aids-program.

Det er en smuk og efterhånden meget varm formiddag på en byggeplads i Manzini, det tætteste man kommer på en industri i Swaziland.

Mens officielle gæster og sygeplejersker i røde og hvide uniformer sidder under presenningen og vifter sig med programmet for åbningsceremonien, går et hold bygningsarbejdere længere nede på grunden og pudser væggene til det, hele begivenheden drejer sig om:

Et sundhedscenter, hvor sygeplejersker og andre sundhedsarbejdere kan blive testet for hiv, få behandling, hvis de er smittede, og ikke mindst rådgivning, uanset om de har hiv eller ej. Om hvordan de skal forholde sig som privatpersoner, og hvor-

dan de håndterer de problemer, som epidemien giver på deres arbejdspladser.

Swaziland Nurses' Association har købt grunden, lagt planerne og skaffet international bistand. Formanden og bestyrelsesmedlemmerne har også selv stillet telte op, slæbt stole og samlet højtaleranlæg, før formand *Masitsela Mhlanga* har budt gæsterne velkommen med nogle få bevægede ord. Om sundhedsvæsenets hjerte, medarbejderne, der er ved at forbløde under aids-epidemien.

Grete Christensen, næstformand i Dansk Sygeplejeråd, er den næste taler under den bagende varme presenning. Hun hilser fra de danske sygeplejersker.

”Hver måned går en del af deres kontingent til en fond, som gør det muligt at støtte kolleger i andre lande,” siger Grete Christensen om de 500.000 kr., hun har haft med til projektet.

”Dette center vil blive en vigtig del af Swazilands sundhedssystem, og vi tror på, at det kan blive en model for andre lande.”

Den canadiske Stephen Lewis Founda-



Næste uge, lød det fra håndværkerne, da Grete Christensen spurgte, hvornår det blev færdige. Voldsom regn har forsinket byggeriet af centeret, som nu forventes at stå klar den 31. marts.



Mange sygeplejersker kom til indvielsen af sundhedscenteret i uniform - den hvide og røde fra sygehusene eller den grå fra primærsektoren.



Der var glasfigurer som gaver til hædersgæsterne efter åbningen af sundhedscenteret for hiv-smittede sygeplejersker. Fra venstre: Kosie Mthetwa fra WHO, sygeplejerske Brian Cindzi fra SNAs bestyrelse (i uniform), dr. Velephi Okello fra Swazilands nationale aids-program, næstformand Grethe Christensen, Dansk Sygeplejeråd og departementchef Nomathemba Dlamini, Swazilands sundhedsministerium. Yderst til højre skimtes formanden for Swazilands sygeplejersker, Masitsela Mhlanga fra SNA.

tion er den anden store bidragsyder. Men *Stephen Lewis* deltager ikke kun i ceremonien som donor. Han er også FNs særlige udsending for hiv og aids og understreger endnu en gang, hvor vigtig en rolle sygeplejersker spiller i bekæmpelsen af epidemien.

Sundhedsministeriets magtfulde departementschef *Nomathemba Dlamini* takker Dansk Sygeplejeråd og de øvrige bidragsydere for støtten og Swaziland Nurses' Association for at gøre Swaziland til et foregangsland.

"Jeg føler mig ydmyg over at stå her, hvor en organisation har måttet vise retningen, mens ministeriet ikke har set behovet," tilføjer hun.

"En indsats for sundhedspersonalet er en indsats for hele befolkningen. Den er et nødvendigt element, men et, som vi ikke tidligere har været opmærksomme på."

kbj@dsr.dk

►► DANSKE SYGEPLEJERSKER STØTTER AFRIKANSKE KOLLEGER. Danske sygeplejerskers bidrag rækker langt. Det koster kun 10 kr. fra hvert medlem at hjælpe sygeplejersker i Swaziland med at åbne et sundhedscenter for hiv-smittede sygeplejersker, deres familie og andre sundhedsarbejdere.

De i alt 500.000 kr. kommer fra Solidaritetsfonden, som hvert medlem betaler én krone om måneden til over kontingentet.

"Med årene har fonden samlet en formue på over 15 mio. kr., og den besluttede hovedbestyrelsen sidste år, at vi skal bruge mere aktivt," siger DSRs 1.-næstformand *Grete Christensen*.

Hun ser flere gode grunde til, at DSR støtter projektet i Swaziland. "Hiv og aids er vores internationale sundhedspolitiske indsatsområde," forklarer hun.

"Samtidig er det vigtigt for os, at den internationale sygeplejerskeorganisation ICN er garant for indholdet. Og for, at der står en stærk national sygeplejerskeorganisation bag, som deler vores holdninger til organisationsarbejde og har kræfterne til at gennemføre projektet"

Grete Christensen har ingen betænkeligheder ved at give Swazilands sundhedsarbejdere et andet tilbud end resten af landets hiv-smittede.

"Vi gør det jo ikke for deres skyld, men for hele sundhedsvæsenets skyld. Vi ved, at der bliver trukket store vekslere på sundhedsarbejderne, så vi ruste dem bare til at blive ved med et give."

Dansk Sygeplejeråd betaler halvdelen af centrets drift i to år. Den canadiske *Stephen Lewis Foundation* betaler den anden halvdel.

”Vi har set folk rejse sig fra deres døds seng og gå på arbejde igen.”

Gcebile Ndlovu, sygeplejerske og aids-koordinator.

Aids har en kvindes

Historien om aids i Afrika er ikke uden lyspunkter. I de seneste år er smitteraten faldet i lande som Kenya og Zimbabwe. Og hiv-smittede i de afrikanske lande begynder at komme i medicinsk behandling.

Der er indgået aftaler med medicinalindustrien om patentrettigheder, og der bliver givet store beløb fra internationale organisationer og fonde til medicin.

Men det sydlige Afrika er stadig ufatteligt hårdt ramt. I det lille kongedømme Swaziland på grænsen mellem Sydafrika og Mozambique var 43 pct. af de gravide kvinder, der kom til svangrekontrol i 2004, smittet med hiv.

”Vi begynder at se resultaterne af den gratis behandling,” siger en centralt placeret swazilandsk sygeplejerske, *Gcebile Ndlovu* fra organisationen International Community of Women Living with Hiv/Aids.

”Vi har set folk rejse sig fra deres døds seng og gå på arbejde igen. Men det er også i disse år, at vi ser alle dødsfaldene blandt de mennesker, der blev smittet for 10-15 år siden.”

Som sygeplejerske har *Gcebile Ndlovu* set hiv og aids forandre det samfund, hun er vokset op i. Hun har set folk ligge syge med uforklarlige symptomer, dengang hun begyndte at arbejde i et hjemmehospiceprogram i 1993. Hun har plejet mange aids-syge til en rolig og smertefri død i de syv år, hun arbejdede her. Uden at vide, at hun samtidig forberedte sig på at pleje sin egen mand. Han døde af en hiv-relateret sygdom i 1998.

”For 10 år siden kom folk på sygehuset, lå der et par dage eller en uge og kom hjem igen,” siger hun om sygeplejerskernes særlige situation.

”Nu er de indlagt i lang tid, og mange dør på sygehuset. En stor belastning for sygeplejerskerne. For samtidig er man måske selv smittet. Eller man har en mand eller kusine eller søn, som er syg derhjemme og har brug for pleje.”

Gcebile Ndlovu har været hiv-smittet siden 1989 og er en af de meget få sundhedsprofessionelle, der taler åbent om ▶

Dødelig fordømmelse. Fattigdom og manglende ligestilling forhindrer mange hiv-smittede kvinder i Swaziland i at få den behandling, som regeringen nu stiller gratis til rådighed. Fordomme og tavshed er andre sten på deres vej.



ansigt

►► WHO-KAMPAGNE FOR BEHANDLING

I 2003 satte WHO det mål, at 3 mio. hiv-smittede skulle være i behandling i år 2005. På WHO's hjemmeside kan man læse, hvad der er opnået i bestræbelserne på at give hiv-smittede adgang til behandling: www.who.int. Søg på "3 by 5".



Smangele Jele har ligget på Mankayane Government Hospital i to måneder. Hendes mor, Mirriam Mvubu, bad Sygeplejerskens fotograf tage et billede af datteren, da Sygeplejersken besøgte afdelingen. Hun ønskede ikke at få det sendt, hun bad kun om, at det skulle tages. Smangele Jele er 24 år.

Gcebile Ndlovu er en af de meget få sygeplejersker i Swaziland, som står frem og fortæller, at hun er hiv-smittet.



► det. Som regional koordinator for en organisation af hiv-smittede kvinder arbejder hun først og fremmest på at skaffe kvinder samme adgang til behandling som mænd.

”Som FN har sagt, har aids-epidemien en kvindes ansigt. Hvis kvinder havde samme status i dette samfund som mænd, ville epidemien slet ikke have fået samme udbredelse,” siger hun.

Smittet i deres egen seng

I Swaziland har regeringen i de seneste år sørget for gratis medicin til hiv-smittede. Og når man ser, at der står flere kvinder end mænd i kø ved klinikkerne, har man måske svært ved at forestille sig, at kvin-

der skulle have et særligt problem med at komme i behandling.

Men man skal vide, at mange mænd foretrækker at blive testet og behandlet hos en læge i stedet for at få deres behandling i fuld offentlighed, fortæller Gcebile Ndlovu.

”Hver gang man ser 10 kvinder og fem mænd i en kø på et behandlingssted, er der 1.000 kvinder, der ikke får den behandling, de burde have. Fordi transporten koster penge, men også fordi de ikke bryder sig om at fortælle deres omgivelser, at de er smittede.

Hvis de ikke selv arbejder, må de bede deres mand om penge til bussen, eller deres svigermor, hvis manden arbejder uden

for landsbyen. Hun må forklare, hvorfor hun skal med bussen, og hvis hun ikke er parat til at fortælle det, må hun lyve.

For det er stadig sådan, at mange kvinder får skylden for smitten. Selv om vi ved, at de har fået den i deres egen seng.

Og mange gange fortæller manden ikke sin kone, at han er smittet og har søgt læge. Det får hun først at vide, den dag han bliver syg.”

Hold kvinderne i live

I sundhedsvæsenet bliver hiv-smittede kvinder stadig mødt med fordomme og fordømmelse.

”De går ud fra, at så snart man er hiv-smittet, har man mistet sin seksualitet:



To tredjedele af Swazilands befolkning lever under fattigdomsgrænsen, og det giver aids og følgesygdomme gode betingelser. Sund kost og rent vand er lige så vigtig som medicinsk behandling, når man er smittet.



Hvis man er hiv-smittet i Swaziland, kan man få gratis livsforlængende behandling. Men mange kvinder har problemer med at udnytte tilbuddet.

”Hvis kvinder havde samme status i dette samfund som mænd, ville epidemien slet ikke have fået samme udbredelse.”

Gcebile Ndlovu, sygeplejerske og aids-kordinator.

Af Kirsten Bjørnsson, journalist • Foto: Jørn Stjerneklar

5/2006

Sygeplejersken

Hvorfor er du gravid, når du er smittet? Hvorfor kommer du her for at få prævention? Meget sundhedspersonale ved ikke engang, at man sagtens kan få et sundt barn, selv om man har hiv.”

Swaziland er et af de lande, der rent faktisk har gjort en indsats for at få hiv-smittede i behandling. Men hiv-smittede har ikke kun brug for medicin, påpeger Gcebile Ndlovu. Det handler også om sund kost, rent vand og omgivelser, der støtter én i at få adgang til behandling og i at tage medicinen korrekt.

”Jeg er selv smittet, men jeg har ikke brug for medicin endnu. Jeg har råd til at spise godt, og min krop er stadig stærk.

Men 69 pct. af Swazilands befolkning lever under fattigdomsgrænsen, og kvinder er de fattigste af de fattige.

Det er ikke store ting, der skal til for at gøre en forskel for Swazilands kvinder. En lille køkkenhave, så de kan dyrke grønsager. Penge til at købe lidt fjerkræ for. Men mange har ikke engang det.”

Man burde ellers gøre alt for at holde kvinderne i live. For det er god samfundsøkonomi, siger Gcebile Ndlovu.

”Tag mine børn som eksempel. Da min mand døde, var min yngste to år og tre måneder. I dag er han 10 år, og mine to andre sønner er 20 og 22.

Jeg vil gerne leve, så jeg kan nå at se mine børnebørn. Men hvis jeg dør nu, er det trods alt bedre for dem, end hvis jeg var død, da den yngste var to år. Og det ville have været en større byrde for samfundet.”

For 15 år siden var Swaziland et tæt og meget traditionelt samfund. Men det har epidemien også ændret.

”Mennesker, der burde dø hjemme, må blive på sygehuset, fordi der ingen er til at passe dem. Aids har opløst det tætte samfund, vi engang havde.

Før i tiden vidste jeg, at hvis jeg dør, vil min mor eller min tante tage sig af mine børn. I dag har bedstemødre og tanter alt for mange at tage sig af. Der er ikke bare mine børn, der er også min søsters og min svigerindes.

Men noget af det mest opmuntrende, vi ser i disse år, er regeringens forsøg på at styrke de lokale samfund. At få lederne til at tage ansvar for de forældrelose børn, sådan at jeg kan vide, at min landsby vil tage sig af mine børn, hvis jeg dør.”

kbj@dsr.dk



►► **PIGEBARNET ER SÆRLIG UDSAT.** Xolisiles mor var sygeplejerske. Nu er hun død af aids, og de fem søskende er forældrelose. Morens sygeplejerskepension dækker kun den mad, de spiser, og rækker ikke til skolepenge.

Men 14-årige Xolisile går alligevel i skole. Hun og ni andre forældrelose piger på forskellige skoler i Swaziland får skolepenge, skoleuniform, sko og transport betalt af en fond til pigers uddannelse, Girl Child Education Fund.

Xolisile klarer sig godt i sin nye klasse, fortæller lærerinden *Thembie Dlamini* de fremmede, som er kommet på besøg en torsdag i februar for at høre, hvordan det går.

Xolisile fortæller, selv om hun er lidt genert, at hendes yndlingsfag er matematik.

Pigerne skal der ikke peges fingre ad, fordi deres mødre er døde af aids. Derfor sidder Xolisile og hendes lærer og snakker med gæsterne på skoleinspektørens kontor.

På plastikstolene sidder *Grete Christensen*, næstformand i Dansk Sygeplejeråd, som var blandt de første organisationer, der gav et bidrag, da Girl Child-fonden blev oprettet af den internationale sygeplejerskeorganisation ICN i 2005, ICNs kommunikationsdirektør *Linda Carrier-Walker* og bestyrelsesmedlemmer fra Swaziland Nurses' Association SNA, der står for den lokale del af projektet.

Foreløbig er der kun én pige på skolen, der får hjælp fra fonden.

”Men jeg tænkte på, om I kan hjælpe et barn, vi har i en anden klasse,” spørger Thembie Dlamini.

”Ja, faktisk er der tvillinger, men jeg vil høre, om I i det mindste kunne hjælpe pigen? Regeringen betaler kun halvdelen af skolepengene, og bedstemoren, som de bor hos, har ingen penge.”

Det viser sig, at formanden og sekretæren fra SNAs bestyrelse har arbejdet sammen med tvillingernes mor, der var sygeplejerske på et af regeringens sygehuse, før hun døde af aids.

Næstformand, *Portia Makgolane*, lover at se på sagen.

Som regel er der en pension efter den afdøde sygeplejerske. Men lige så ofte er der allerede disponeret over pensionen. F.eks. til en brors uddannelse.

Xolisile er ikke pigens rigtige navn. Om projektet se i øvrigt www.icn.ch Søg på Girl Child.



Timen udnyttes effektivt, når sygeplejerskerne i Ishøj hjemmepleje holder monofagligt møde. Birgitte Hjørund (i midten) er tovholder og styrer debatten, hvis den løber af sporet. Den 23. februar blev følgende påstand diskuteret: "Sygeplejerskerne i hjemmeplejen vil hellere bruge deres tid ude hos borgerne end til faglig udvikling."

Giv hinanden et fagligt

Ensom. Hjemmesygeplejersker har ry for at være sygeplejefagets ensomme cowboys. Et projekt i Københavns amtskreds viser, at hjemmesygeplejersker udvikler sig og inspirerer hinanden, når de holder faste møder i sygeplejerskegruppen.

Der sker noget, når sygeplejersker sætter sig sammen og diskuterer sygepleje. Bl.a. kommer der ord på det ellers ofte ensomme arbejde i hjemmeplejen.

Det bliver tydeligt, at der kan være forskellige måder at gøre tingene på, og at arbejdet måske med fordel kan organiseres på en anden måde.

I Ishøj Kommune lyder vurderingen fra hjemmeplejeleder *Joan Andersen* og hjemmesygeplejerske *Birgitte Hjørund*, at der er kommet mere kvalitet i plejen ved at indføre torsdagsmøder hver 14. dag, hvor sygeplejerskerne sætter sig sammen til en faglig diskussion fra kl. 12.30 til kl. 13.30.

Birgitte Hjørund er tovholder i fagidentitetsprojektet i Ishøj Kommune. Det er hende, der sætter emner på dagsordenen og styrer debatten. Hvis diskussionen kører af sporet, ringer hun med en klokke for at få deltagerne til at holde sig til emnet.

"Vi har brug for et fagligt spark. Hjemmesygeplejersker har ry for at være fagets ensomme specialister. Alle sygeplejersker har været glade for at tale om faglig udvikling og for at blive inspireret af hinanden med ny viden. Det kan være måden at behandle et sår på, eller hvor meget man kan inddrage de pårørende i behandlingen.

►► **STYRK FAGIDENTITETEN.** Projektet "Din viden – borgerens sikkerhed" gik i gang i august 2004 i Dansk Sygeplejeråds lokale amtskreds i København, og det går ud på at styrke sygeplejerskers fagidentitet. 12 kommuner og to hospitalsafdelinger gennemførte projektet og evaluerede det i august 2005. De fleste er fortsat med at holde monofaglige møder. I januar 2006 fortsætter projektet i en ny fase, hvor det er hospitalsafdelinger, der medvirker.

Læs evalueringer af projektet på hjemmesiden: www.dsr.dk/kbhamt, hvor der også ligger projektbeskrivelse, folder, diskussionskort og links til baggrundsmateriale.

Den kollegiale sparring har højnet kvaliteten i plejen," siger Birgitte Hjulund, der selv har arbejdet i hjemmeplejen i 12 år.

Officielt afsluttede Københavns amtskreds fagidentitetsprojektet i eftersommeren 2005. I Ishøj og mange af de andre kommuner, der deltog i projektet, har man valgt at fortsætte med de monofaglige sygeplejemøder. Emner er der nok af, og der kommer hele tiden nyt personale, som har brug for at diskutere sygeplejen.

Hjemmesygeplejerskerne i Ishøj Kommune har altid haft møder kun for sygeplejersker, men det er nyt, at de har været fastlagt én gang om måneden med fokus på den faglige identitet.

Joan Andersen og Birgitte Hjulund er enige om, at fagidentitetsprojektet har skabt større klarhed over, hvad sygeplejersker kan og skal tage sig af, og hvad der kan uddelegeres til andre faggrupper. Det



Som leder af hjemmeplejen ser Joan Andersen det som en fordel, at sygeplejerskerne er fokuseret på faglig udvikling. Ikke mindst fordi kommunerne fremover skal tage sig af nye opgaver med sundhedsfremme og forebyggelse.

social- og sundhedsassistentopgave, har fyldt meget. Sygeplejerskerne i Ishøj Kommune er ikke i tvivl om, at sygeplejersker først og fremmest skal tage sig af den komplekse pleje, hvor der er mere end én sygeplejekrævende problemstilling.

Men de er også blevet mere bevidste om, at det er deres opgave at bevare helhedssynet. Helhedssynet gælder også de forløb, hvor der måske kun er en enkelt problemstilling, som f.eks. en tidlig cancer, men hvor der er brug for at tage nogle forholdsregler for, at situationen ikke risikerer at udvikle sig til kompleks pleje.

"Et eksempel kan også være en borger, som kommer hjem fra hospitalet efter indlæggelse pga. KOL (kronisk obstruktiv lungelidelse, red.). Her er det vores opgave at være opsøgende i forhold til at finde ud af, hvordan borgeren klarer f.eks. sin medicinering. En KOL-patient kan have tynd hud pga. prednisonbehandling eller have svært ved at komme hurtigt nok ud på toilettet, hvilket er et problem, hvis man også lider af inkontinens," siger Birgitte Hjulund.

I dag kommer sygeplejerskerne derfor ud på opsøgende besøg hos borgere, som de tidligere ikke ville være kommet til.

Netop fordi sygeplejerskerne i Ishøj

Kommune er blevet bevidste om, at det ikke er ligegyldigt, om det er en sygeplejerske eller en social- og sundhedsassistent, der kommer ud til borgeren, er det lykkedes at holde politikerne fast på, at der er brug for at opnormere sygeplejen i aftenvagten, så der er to i vagt.

"Det er sygeplejersker, der skal løse de komplekse opgaver i dagtimerne, og dermed også sygeplejersker, der skal stå for opgaverne i aftentimerne," siger Joan Andersen.

Slipper opgaver

De opsøgende opgaver, som sygeplejerskerne i Ishøj Kommune nu skal være mere opmærksomme på, har skaffet dem ekstra arbejde, men de har også uddelegeret andre opgaver til social- og sundhedsassistenterne.

"For at vi kan uddelegere opgaver, skal social- og sundhedsassistenterne og -hjelperne være klædt på til opgaven, og det er vores opgave at sørge for deres udvikling," siger Joan Andersen.

Erfaringen fra Ishøj hjemmepleje er, at social- og sundhedsassistenterne oplever det positivt, at sygeplejerskerne er blevet mere afklarede om deres egen rolle.

"De oplever, at de får mere faste retningslinjer for, hvad de skal tage sig af, og ►

spark

har synliggjort sygeplejerskers betydning for oplæringen af social- og sundheds-hjelperne. Det har også ført til helt konkrete resultater i form af en særlig uddannelsesstilling til en nyuddannet sygeplejerske. Endelig har det også betydet, at sygeplejerskerne har fået ryddet op i opgaverne. I dag er det f.eks. sekretæren, der faxer medicinbestillinger, og sygeplejersker henter ikke længere medicin for borgerne og bringer den ud.

Sygeplejerske ud til nye opgaver

Diskussionen om, hvornår noget er en sygeplejerskeopgave, og hvornår det er en

► hvad de ikke skal tage sig af,” siger Birgitte Hjørund.

Hjemmeplejen har forsøgt at udnytte sygeplejerskernes ressourcer maksimalt ved at organisere arbejdstiden sådan, at dagvagterne kun er på seks timer mod tidligere otte (for deltidsansatte). Til gengæld er der flere arbejdsdage. Sygeplejerskerne arbejder efter systemet med, at hver sygeplejerske har et antal tildelte borgere. De sygeplejefaglige diskussioner i fagidentitetsprojektet har ifølge Joan Andersen og Birgitte Hjørund været med til at sikre kvaliteten i arbejdet.

”Når det er den samme sygeplejerske, som tilser en borgers sår, risikerer vi ikke, at såret blot bliver ordnet ud fra den ydelse, visitator har visiteret. Når man selv kommer ud i hjemmet hver anden dag, lægger man hurtigere mærke til, når det pludselig ikke er nødvendigt at komme så tit, og når opgaven kan overtages af en social- og sundhedsassistent,” siger Birgitte Hjørund.

Fagidentitetsprojektet har også sat fokus på den specialviden, den enkelte sygeplejerske har.

”Vi ansætter bevidst efter, hvilke spidskompetencer vi har brug for,” siger Joan Andersen.

I gang med plejplaner

Diskussionerne i sygeplejegruppen har også medført, at der er sket en ændring i holdningen til at bruge plejplaner og standarder. I dag har sygeplejerskerne en positiv holdning til at dokumentere sygeplejen, og der bliver lavet flere plejplaner.

Nogle af de spørgsmål, sygeplejerskerne i Ishøj Kommune fremover skal diskutere på deres månedlige torsdagsmøder, er netop brugen af standardplejplaner, og hvad de vil bruge deres nye it-system til. Et andet emne er sundhedsfremme og forebyggelse, som kommunerne får ansvaret for i 2007, når kommunalreformen træder i kraft. Holdningen blandt sygeplejerskerne er, at de er meget ivrige efter at få del i de nye opgaver. Det myldrer med ideer fra sygeplejerskerne. En af dem er at åbne klinikker, hvor borgerne kan komme ind og få råd om eksempelvis kost og livsstil.

”Vi, der har været uddannet i 10-20 år, higer efter at få del i de nye opgaver og få et nyt input,” siger Birgitte Hjørund.

sbk@dsr.dk

Ny kultur i hjemmeplejen

Taler sammen. Sygeplejersker i 12 kommuner har i over et år holdt monofaglige sygeplejemøder, hvor de tager faglige emner op. De har bl.a. fundet ud af, at dokumentationen halter, og at de bruger tid på opgaver, der ikke er relaterede til sygeplejen.

Hvilken forskel gør det for *Fru Jensen*, der er KOL-patient og netop udskrevet fra sygehuset, at hun får besøg af en hjemmesygeplejerske og ikke af en social- og sundhedsassistent? Sådant kunne et typisk emne lyde på et sygeplejemøde i en kommune, der er med i projekt ”Din viden – borgernes sikkerhed.” Københavns amtskreds har med stor succes kørt et fagidentitetsprojekt i 12 kommuner, hvor sygeplejersker i over et år har holdt monofaglige møder.

Efter projektet officielt sluttede i august 2005, har de fleste kommuner taget traditionen til sig og er fortsat med at holde møder og diskutere fag.

”Sygeplejersker har behov for at tale sammen, og et af projektets vigtigste resultater er, at vi har været med til at skabe en ny kultur i hjemmeplejen,” siger *Vibeke Hvas*, der er kommunikationsmedarbejder i Københavns amtskreds og projektleder.

Københavns amtskreds besluttede allerede for over tre år siden, at der var behov for at opruste sygeplejerskers fagidentitet. Ifølge amtskredsformand *Vibeke Scholtz* har sygeplejersker svært ved at definere, hvornår det er dem, der skal varetage sygeplejen ude hos borgerne frem for social- og sundhedsassistenter.

”Når vi kom ud til forhandlinger med arbejdsgiverne, oplevede vi, at de faglige ledere også selv havde svært ved at præcisere værdien af en sygeplejerske. Arbejds-

giverne kunne ikke se forskel, så hvorfor skulle en sygeplejerske f.eks. have tillæg for en speciel funktion,” siger *Vibeke Scholtz*.

For tre år siden var manglen på sygeplejersker mere udtalt end i dag, og ifølge *Vibeke Scholtz* var der politisk interesse for at ansætte andre faggrupper i hjemmeplejen og udnytte sygeplejeressourcerne på sygehusene. I dag er situationen en anden.

”Kommunalreformen har sat fokus på sammenhængende patientforløb og sygeplejerskers koordinerende rolle, så patienter ikke havner mellem to stole i primær og sekundær sektor. Vores projekt har gjort sygeplejerskerne bevidste om deres

”Alle andre faggrupper holder monofaglige møder, f.eks. læger, ergoterapeuter og fysioterapeuter, så hvorfor skulle sygeplejerskerne ikke også gøre det?”

egen faglige kunnen, og hvilke opgaver de kan uddelegere til andre,” siger *Vibeke Scholtz*.

Rydder op i depotvarer

Omkring 250 sygeplejersker i 12 kommuner har holdt monofaglige møder i et år, hvor de har brugt diskussionskortene fra Københavns amtskreds som inspiration. Hvad brugte du tiden på i går? Sådant lød en hjemmeopgave. En liste fra en kommune viste bl.a., at sygeplejersker ud over de sygeplejefaglige opgaver tjekker stati-

Af Susanne Bloch Kjeldsen, journalist • Foto: Poul Rasmussen



Hvordan skal sygeplejerskerne igangsætte alle de udviklingsprojekter, de brænder for, og hvordan skal de implementeres f.eks. i form af standardplejeplaner, når sygeplejerskerne har så travlt i hverdagen? Den diskussion er hjemmesygeplejerskerne i Ishøj Kommune i gang med i øjeblikket på deres monofaglige møder hver anden torsdag.

stikker, bestiller medicin, tager sig af sygemeldinger, fylder op i depotet og sørger for benzin til bilen.

”Det er opgaver, som en sekretær, en hjemmehjælper eller en leder skal tage sig af, men sygeplejerskerne gør det, fordi kulturen er sådan. Vi har ikke målt, om projektet har betydet, at sygeplejerskerne nu har sluppet de opgaver, men de er helt sikkert blevet mere bevidste om, hvad de bruger deres tid på,” siger Vibeke Hvas.

De sygeplejefaglige diskussioner har bl.a. afsløret, at det halter med dokumentationen i hjemmeplejen. Stort set ingen af de 12 kommuner lavede ifølge Vibeke Hvas fremadrettede plejeplaner, inden projektet gik i gang. Dokumentationen var mangelfuld og uoverskuelig, og den manglede mål og evalueringer.

”Sygeplejerskerne er blevet mere bevid-

ste om nødvendigheden af den fremadrettede plan frem for den bagudskuende rapportering. Hvorfor det f.eks. ikke er nok at skrive ”Har sovet godt,” men at der også skal være en plan for, hvordan borgeren f.eks. får en god søvn, hvis søvn er et pro-

”Kommunalreformen har sat fokus på sammenhængende patientforløb og sygeplejerskers koordinerende rolle, så patienter ikke havner mellem to stole i primær og sekundær sektor.”

blem. De fleste af de kommuner, der har deltaget, har forbedret deres dokumentation, men det er en lang proces,” siger Vibeke Hvas.

Ud af 18 kommuner i Københavns Amt gik de 14 i gang med fagidentitetsprojektet, men de to faldt hurtigt fra pga. mang-

lende opbakning fra lederen eller, at tovholderen fik nyt arbejde undervejs.

Ud over kommunerne deltog også to sygehusafdelinger. I januar 2006 er der startet en ny fase af projektet, hvor 28 tovholdere fra de tre amtssygehuse i Glostrup, Gentofte og Herlev er gået i gang med at arrangere monofaglige møder for sygeplejersker.

”Alle andre faggrupper holder monofaglige møder, f.eks. læger, ergoterapeuter og fysioterapeuter, så hvorfor skulle sygeplejerskerne ikke også gøre det?”

Flere ledere har givet udtryk for, at det er kærkomment, at vi som tredjepart bringer diskussionerne ind på arbejdspladserne,” siger Vibeke Hvas.

sbk@dsr.dk

►► **BLÅ BOG.** *Anne Granborg* er uddannet sygeplejerske fra Hvidovre Hospital i 1980 og tog i 1996 en videreuddannelse som Master of Public Administration fra Handelshøjskolen i København. Efter lederansættelser på flere københavnske sygehuse blev hun i 1994 centerchefsyrgeplejerske på Rigshospitalet og i 1995 chefsygeplejerske på Hillerød Sygehus. I 1997 kunne hun skrive sygeplejedirektør i Frederiksborg Amt på sit visitkort, og i 1999 tog hun springet til det private erhvervsliv som direktør i advokatvirksomheden Bech-Bruun. Hun er gift og mor til to teenagebørn.



Dansk Sygeplejeråds nye administrerende direktør Anne Granborg: "Jeg bliver meget tændt, når jeg ser andre vokse og udvikle sig."

Vi skal yde service af høj kvalitet

Direktørskifte. Dansk Sygeplejeråds nye direktør, Anne Granborg, glæder sig til udfordringerne. Dem bliver der rigeligt af. En af dem er at skabe tilfredshed hos medlemmerne. De skal opleve, at organisationen er til for dem, siger hun.

Hun er sygeplejerske. Men det er ikke derfor, hun blandt mange ansøgere blev den udvalgte til jobbet som Dansk Sygeplejeråds nye administrerende direktør. Når 49-årige *Anne Granborg* nu kan sætte sig i direktørstolen, skyldes det primært hendes erfaringer som topledere gennem en årrække – både inden for det offentlige og det private erhvervsliv.

"Jeg er selvfølgelig glad for min sygeplejerskebaggrund, og på mange måder føler jeg, at jeg er kommet tilbage til "familien." Men min store interesse har i mange år været virksomhedsledelse," forklarer hun og griner lidt over at blive beskyldt for at have et særligt ledergen.

"Jeg kan godt lide at have ansvar. Kan lide at lede. Jeg er den type, der elskede at få vagtplanen til at gå op, da jeg trådte

mine første sko som leder i sygeplejen." Anne Granborg kommer til Dansk Sygeplejeråd fra en stilling som direktør i advokatfirmaet Bech-Bruun, Danmarks største på området med 70 partnere. Da hun tiltrådte, kendte hun absolut intet til advokatverdenen eller det private erhvervsliv.

"Det var virkelig nyt land for mig. Jeg kom som mig selv – uden de sagsmapper og ringbind, man altid får samlet sig, men dog medbringende noget af min litteratur om netop virksomhedsledelse. For det var jo det, jobbet indebar. Ledelse og forandring.

Advokater er i sagens natur utrolig gode til at argumentere og servicere, men selve miljøet er præget af stærke traditioner. Da firmaet fusionerede kort efter min tiltræ-

delse, gav det anledning til nytænkning. Nu handlede det om en helt ny faglig struktur og et nyt værdisæt. Det var inspirerende. Sjovt. Og lige mig. Derfor kan jeg næsten ikke vente med at kaste mig ud i jobbet som direktør i Dansk Sygeplejeråd. Jeg elsker udfordringer."

Store udfordringer

Og netop udfordringer bliver der rigeligt af i den kommende tid. Som så mange andre organisationer skal Dansk Sygeplejeråd indrette sig på et helt nyt Danmarkskort, når kommunalreformen træder i kraft i 2007. Og ligesom kommunerne og de kommende regioner skal tænke nyt i forhold til borgerne, skal Dansk Sygeplejeråd også med sin nye struktur, hvad enten det bliver en model med storkredse

eller regioner, servicere sine medlemmer i et helt nyt regi.

”Det handler selvfølgelig om at være tæt på medlemmerne – både centralt og lokalt, uanset hvilken model der bliver tale om. Medlemmerne skal opleve, at vi er til for dem, at vi kan levere varen,” siger Anne Granborg, der allerede har gjort sig nogle overvejelser, men synes, det er for tidligt at melde ud, inden hun knap nok er startet i sit nye job.

”Den første tid skal jeg fornemme, hvad der rører sig, og derfor skal jeg bl.a. besøge alle amtskredsene i Dansk Sygeplejeråd inden sommerferien,” fortæller hun.

Anne Granborg har fået masser af erfaring i de godt seks år, hun har været ansat hos advokatfirmaet Bech-Bruun, og dem tager hun naturligtvis med til Dansk Sygeplejeråd:

”Meget enkelt fortalt handler det om at yde service af høj kvalitet og bruge ressourcerne bedst muligt i forhold til de opgaver, der skal løses,” siger hun.

”Der er såmænd ikke så stor forskel på virksomhedsledelse, hvad enten det drejer sig om offentlig eller privat virksomhed. Også i det offentlige er man optaget af at kunne levere den optimale ydelse til den rigtige pris, men til forskel fra det private erhvervsliv kan målene være mere diffuse, fordi man her er underlagt en politisk dagsorden. Derfor bliver det vigtigt for mig, som leder i hvad jeg vil kalde en ”semi-offentlig” virksomhed som Dansk Sygeplejeråd, at kunne sætte nogle klare mål og have en strategi, der er tydelig for alle. Medarbejderne skal vide, hvad Dansk Sygeplejeråd vil, og hvor vi er på vej hen. Direktionens opgave bliver at få sekretariatet til bedst muligt at understøtte de mål og visioner, som Dansk Sygeplejeråds formandskab og hovedbestyrelsesmedlemmer udstikker.”

En hård proces

Flytningen til sygeplejerskernes nye domicil i Kvæsthuset har været en hård proces på flere måder. Nu handler det om at få styrket de indre linjer, mener Anne Granborg. Idealet er at få det bedste ud af medarbejderne, at få dem til at trives og føle, at Dansk Sygeplejeråd er en succes. At medlemmerne sætter pris på deres arbejde.

”Jeg bliver meget tændt, når jeg ser andre vokse og udvikle sig. Derfor er det

vigtigt at få etableret en overordnet personalepolitik og en systematisk karriereplanlægning for den enkelte. Hver afdeling skal være på det rene med kerneområdet. Hvad der satses på. Hvad målet er i den kommende tid. Og ud fra det skal den enkelte medarbejder vide, hvad der kræves af ham eller hende i gruppen. Hver især er en vigtig brik i helheden.”

Videndeling er et nøgleord i den proces – både for den enkelte og for teamet. Derfor kan det være dyrt for en virksomhed, når en medarbejder rejser og måske tager al sin knowhow med sig. I stedet drejer det sig om at bruge den viden, der ligger hos den enkelte og i virksomheden på en bedre måde, så man ikke skal starte forfra med Adam og Eva, hver gang der kommer nye til, eller man skal i gang med noget nyt, mener hun.

”Så her er der meget at hente, tror jeg.”

Kritik i pressen

Anne Granborg tiltræder sin stilling efter et år, hvor Dansk Sygeplejeråd har fået negativ omtale i medierne. Nyt domicil og efterfølgende firing af to direktører gav anledning til kritik i pressen. Det samme gør hendes ansættelse, få dage før hun tiltræder sin nye post.

”Lønfest hos sygeplejerskerne” hedder det i en overskrift for nylig i en avisartikel om ansættelsen af hende som ny direktør.

”Den slags er ikke særlig rart, specielt fordi min løn ligger langt under, hvad der oplyses i artiklen. Men jeg aflønnes på linje med direktører i tilsvarende stillinger. Det er selvfølgelig langt mere end en almindelig sygeplejerskeløn, men det er heller ikke som sygeplejerske, jeg er ansat,” forklarer hun.

”I øvrigt er jeg ikke spor nervøs for Dansk Sygeplejeråds image. Dansk Sygeplejeråd er et brand – et fællesskab af sygeplejersker, der brænder for sygeplejen. Hvor nogle fagforeninger oplever medlemsnedgang, oplever Dansk Sygeplejeråd medlemstilgang.

Sygeplejersker har en stærk faglig profil. Og så er de dygtige til at administrere og lede. Jeg ser dem som unikke nøglepersoner i sundhedsvæsenet. De er centrale i patientforløbene. De er koordinatorene, hvad enten det sker i sygehusregi eller ude i kommunerne. Og med den nye kommunalreform bliver det ekstra vigtigt, fordi patientflowet bliver anderledes end det nuværende.

For mig bliver udfordringen derfor at være med til at understøtte sygeplejerskernes rolle i sundhedsvæsenet. Jo tydeligere vi kan fremhæve den, jo stærkere vil sygeplejerskerne fremstå som fagpersoner – og dermed også i kampen om lønkronerne.”

gk@dsr.dk

►► **DIREKTØRLØNNEN.** ”Vi har fået en meget kompetent administrerende direktør med nogle brede kompetencer, og det skal vedkommende naturligvis honoreres efter – akkurat som det sker andre steder i erhvervslivet,” siger Dansk Sygeplejeråds formand *Connie Kruckow* som svar på Ekstra Bladets omtale af den nye direktør *Anne Granborgs* løn.

”I stillingsopslaget stod der intet om, at vi søgte en sygeplejerske til posten som administrerende direktør i Dansk Sygeplejeråd. Vi var enige om i ansættelsesudvalget at gå efter lederkvalifikationer. At vi skulle finde en person, som kunne udvikle og tilpasse sekretariat og medarbejderstab til fremtidens krav. Det har vi fået. I tilgift er vi så rigtig glade for, at Anne Granborg også er sygeplejerske. Men hun aflønnes altså ikke som sådan, men som direktør. Derfor er der heller ikke noget at komme efter med hensyn til kongresbeslutningen om, at Dansk Sygeplejeråds formand til enhver tid skal være den højest lønnede sygeplejerske i Danmark,” understreger Connie Kruckow.

Ekstra Bladet nævnte en direktørløn på 1,8 mio. kr., men ifølge Connie Kruckow er det skudt langt over målet.

”Jeg får selv 1,2 mio. kr. brutto, og Anne Granborgs løn ligger tættere på min løn end det anførte beløb i Ekstra Bladet,” siger Connie Kruckow, der ikke kan oplyse det præcise tal.

”Jeg er selv fortaler for åbenhed om vores løn. Da jeg blev formand for Dansk Sygeplejeråd, blev netop de politisk valgte lønninger offentliggjort, men det indgår ikke i Anne Granborgs kontrakt, at hendes løn skal offentliggøres. Derfor må det komme an på en senere drøftelse med hende og den øvrige direktion. Det er ikke noget, jeg egenhændigt bestemmer.”

“Dagbogen viser, at formanden og jeg er forskellige. Vi beskriver tingene forskelligt. Derfor giver dagbogen anledning til nogle rigtig gode refleksioner,” siger den fynske næstformand, Linda Rise, som her drøfter en sag med sin formand, Bo Smith.



Valg til lokale bestyrelser 2006

Den lokale næstformand

Klar arbejdsdeling med formanden

Aftale. Klarhed om gensidige forventninger og samarbejdet med formanden er væsentligt for den lokale næstformand på Fyn. Og så skriver de parallelle dagbøger.

Har du et arbejdsliv i skyggen af formanden, eller gemmer du dig bag formanden? Ingen af delene, svarer *Linda Rise*, der er sygeplejerskernes lokale næstformand på Fyn. Hun blev valgt af amtsbestyrelsen til posten blandt tre kandidater i 2003.

Linda Rise:

”Jeg valgte at stille op som næstformand, fordi jeg synes, det er det, der er spændende. Men jeg er da ikke i tvivl om, at der er forskellige forventninger til en lokal formand og en lokal næstformand. Der er også forskel på de opgaver, vi beskæftiger os med. Det er formanden, der tegner amtskredsen udadtil. Det er også formanden, der er involveret i hovedbestyrelsens arbejde.”

Linda Rise siger, at det er af stor betydning, at den lokale formand og næstformand på Fyn har en klar aftale om arbejdsdelingen:

”Kort efter, at jeg tiltrådte som næstformand, indgik formanden (*Bo Smith* red.) og jeg en aftale om, hvordan vi ville arbejde sammen, og hvordan vi ville fordele opgaverne mellem os. Vi har set på, hvilke arbejdspladser vi hver især har den primære kontakt til, så vi ved, hvem der re-

præsenterer amtskredsen i de tilfælde, hvor der skal være politisk deltagelse.

Det giver klarhed for os i forhold til vores indbyrdes forventninger. Men det giver også klarhed på amtskredskontoret med hensyn til, hvem der går ind i opgaverne. Vores arbejdsdeling er sådan, at formanden og jeg tager ud, hvis de faglige sekretærer vurderer, at det er nødvendigt, at der deltager en politiker. Det kan være i tilfælde, hvor man må vente særlig komplicerede forhandlinger. Ellers klarer de faglige sekretærer en meget stor del af sagerne, ligesom vore tillidsrepræsentanter også klarer en meget stor del af sagerne på arbejdspladserne.”

Den lokale næstformand fortæller, at hun er tovholder i forhold til arbejdet i bestyrelsen, ligesom det er hende, der udarbejder statusnotater, bilag og dagsorden til bestyrelsesmøderne.

”Det har også fungeret fint, at formanden og jeg ca. en gang hvert halve år gør politisk status over, hvad det er, vi gerne vil det næste halve år: Hvad er det for politiske kontakter, vi gerne vil etablere. Hvilke netværk vil vi gerne dyrke. Hvilken politisk dagsorden skal vi arbejde

med. Den planlægning bliver meget styrende for vore aktiviteter, og vi er gode til at holde fast i den,” siger Linda Rise.

Dagbøger

Og så skriver de *dagbog*, både formanden og næstformanden på Fyn.

Linda Rise:

”Til alle vore bestyrelsesmøder foreligger udskrift af både min og formandens dagbog, så bestyrelsen kan følge med i, hvad det er, vi laver hver dag. Jeg mener, at dagbogen er noget af det første, bestyrelsen læser, fordi de synes, det er spændende. Det er vores fokus, at der skal være stor åbenhed om vores arbejde. Dagbogen viser, at formanden og jeg er forskellige. Vi beskriver tingene forskelligt. Derfor giver dagbogen anledning til nogle rigtig gode refleksioner,” siger næstformanden.

Hvad overraskede dig mest ved jobbet som næstformand?

Linda Rise:

”Jeg var rimelig godt forberedt ved at have været tillidsrepræsentant og fællestillidsrepræsentant på OUH (Odense Universitetshospital, red.) og haft tæt kontakt til amtskredsen gennem en del år. Jeg



►► **EN DAG I DAGBOGEN.** 8. februar. "Efter morgenmødet et kort møde i et team, hvor vi er ved at planlægge et møde med de nyvalgte politikere i de nye storkommuner. Invitationen er ved at være på plads, og vi skulle blive helt præcis på målgruppen for invitationerne.

Herefter lønforhandling med vores kommunikationsmedarbejder sammen med *Bo* og *Anni*.

Resten af dagen havde jeg sat af til at læse post og mail, til at følge op på aktuelle sager og til at arbejde færdig med materialet til amtsbestyrelsen. Jeg fik arbejdet videre med bestyrelsens ændringsforslag til de ny vedtægter og fik sendt dem til Bo, så han også kan se på dem, inden de bliver sendt ud (Bo er til hovedbestyrelsesmøde).

Fik vendt lidt om på planerne, da jeg pga. sygdom blev nødt til at deltage i et medlemsmøde om aftenen.

Kunne lige nå hjem og få lidt at spise, og så af sted til medlemsmøde om stress og stresshåndtering. En god aften med 100 tilmeldte medlemmer, og en god og engageret oplægsholder."

havde også været medlem af amtsbestyrelsen i en del år, da jeg blev næstformand. Så jeg ved ikke, om der er noget, der direkte har overrasket mig. Det, jeg har hæftet mig meget ved, er den koncentration og målrettedhed, der er blandt personalet, i forhold til hele tiden at arbejde for medlemmernes vilkår. Det synes jeg er meget, meget positivt, og det er jeg stolt over."

Hvad gør dig mest glad i jobbet som næstformand?

"Jeg føler mig utrolig privilegeret ved at få lov til at arbejde med politik-dannelsen og at få lov til at arbejde med det, som jeg synes er allermest spændende. Det er rigtig spændende at arbejde med den politiske proces i bestyrelsen og så selvfølgelig også i politikens udmøntning i amtskredsen. Og så har det været spændende at være med til at skabe engagement i forhold til, hvordan Dansk Sygeplejeråd skal se ud i fremtiden.

Jeg mener, at vi under alle omstændigheder skal understøtte nærheden og bevare den gode kontakt til de lokale arbejdspladser og skabe tydelighed om opgavefordelingen."

sp@dssr.dk



Master i Professionsudvikling

– en forskningsbaseret uddannelse på Afdeling for Filosofi, Pædagogik og Retorik

Informationsmøde:

Tirsdag 28. marts kl. 17-19

Sted: Njalsgade 120, 2300 København S
Lokale oplyses på hjemmesiden

Uddannelsen henvender sig til undervisere og udviklere inden for uddannelses-, sundheds- eller socialområderne.

Formålet med masteruddannelsen er at øge deltagernes teoretiske og metodiske kompetencer, så de kan udforske og udvikle egen erhvervspraxis på et videnskabeligt grundlag.

Information om uddannelsen:
www.master.hum.ku.dk/professionsudvikling

Fra Projekt Kommunalreform til fremtiden

Ledende sygeplejersker, TR og SiR
inviteres til temadag den 8. juni 2006
på Hotel Nyborg Strand.

Vi skal i fællesskab generere 1000 fremadrettede ideer som sikrer sygeplejerskers indflydelse på Kommunalreformen og på sundhedsvæsenet, på sygeplejerskers løn- og ansættelsesvilkår og på ledelse i sundhedsvæsenet.

Dagen bliver faglig, festlig og fornøjelig med fokus på fremtiden.

Se mere på www.dsr.dk under kurser/møder/meddelelser, hvor tilmelding også kan finde sted. Seneste tilmelding er den 7.4.2006.

DuoDERM® holder, hvor andre må give op

Den erfaring og dokumentation, som DuoDERM har samlet efter 24 år på markedet gør, at vi vover at stå bag vores påstand.

DuoDERM kan anvendes på tryksår stadie I-IV, bensår, diabetessår, kirurgiske sår, 2. grads forbrændinger, gnavsår og hudoverskrabninger.



Vælg en veldokumenteret bandage med bred erfaring – vælg DuoDERM!

 DuoDERM®



Tips ved anvendelse:

- Varm bandagen mellem hænderne, inden den appliceres på såret
- Applicer DuoDERM med en margin på 3 cm ud over sårkanterne
- Vær obs på, at huden er tør, inden bandagen appliceres
- Ved moderat til kraftigt væskende sår, kan DuoDERM kombineres med AQUACEL® Hydrofiber®-bandage
- Bandagen kan sidde på i op til 7 dage, eller skiftes når det er klinisk indikeret.

Fair og afbalanceret journalistik

Jeg håber, vi lærer meget af Muhammed-sagen. Ikke at alting nu er "afklaret." Tilbage er fortsat en diskussion om, hvor langt vi skal gå for at imødekomme religiøse dogmer. Jeg skal ikke gøre mig klog på, hvordan vi bedst forholder os til muslimers krav om særbehandling, men der er grund til at lytte meget til en tyrkiskfødt akademiker, der i det seneste nummer af ugebrevet A4 sagde følgende: "Muhammed-sagen er et frygtindgydende vidnesbyrd om den rædselsfulde kløft mellem danskere og muslimer anno 2006. Og jeg frygter, at det nu bliver endnu værre. Skrækscenariet for mig er, at danskerne efter Muhammed-sagen er blevet så skræmte, at de ikke tør udfordre de reaktionære værdier og normer i indvandrerulturen, og det er netop det, der skal til for at komme videre."

Denne introduktion er nødvendig for at forstå, hvorfor jeg mener, at fagbladet *Sygeplejerskens* artikler i nummer 2/2006, under overskriften "Indvandrere et problem på sygehusene," er fremragende, fair, afbalanceret og "kærlig" journalistik, måske med en enkelt og ubetydelig skønhedsfejl, nemlig "Hvad mener du?"-spørgsmålet på nettet.

Kritikken af artiklerne går på følgende:

- 1) Overskriften på forsiden ("Indvandrere et problem på sygehusene).
- 2) På forsides billedvalg (en muslimsk kvinde, klædt i tørklæde).
- 3) Om sygeplejerskerne i undersøgelsen har vidst, hvad de gik ind til.
- 4) Om analysefirmaets metode er troværdig.
- 5) Mere generelt – om artiklernes måde at fremstille sagen på er uheldig, diskriminerende, eller endda, som en enkelt kritiker skriver, "fornedrende."

1) Overskriften: Muhammed-sagen har lært os, at medierne skal være ekstremt påpasselige med valg af overskrifter. På den anden side mener jeg, den nuværende overskrift er fair – ikke rar, men fair. En af bladets kritikere mener, at overskriften kunne have været: "Integration kræver en indsats" eller "Sygeplejen er farveblind". Jeg er uenig. Undersøgelsen viser entydigt, at mange sygeplejersker mener, at "kulturmødet" giver store problemer, og det ville have været utroværdigt, unfair, ja nærmest manipulerende, hvis bladets redaktion ikke havde ladet undersøgelsens meget alvorlige resultater afspejle klart og præcist i overskriften.

2) Forsiden: Jeg ved ikke, om det er tilsigtet, men hvis det er, er det genialt af bladets redaktion – den muslimske kvinde på forsiden udstråler varme, hun er smuk, tryk, og dermed danner hun en fin modvægt til den "hårde" overskrift.

3) Vidste de besked: En af bladets læsere rejser tvivl om, hvorvidt de sygeplejersker, der har deltaget i undersøgelsen, har vidst, hvordan deres medvirken ville blive brugt. Det fremgår tydeligt af bladets artikler, at mange sygeplejersker fint har forstået, hvad undersøgelsen gik ud på, og hvordan deres svar skulle bruges.

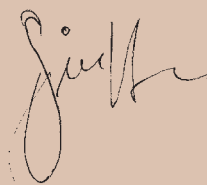
4) Metoden: Det styrker troværdigheden, at der er brugt et professionelt analyseinstitut. Jeg har således ingen grund til at betvivle undersøgelsens resultater eller metode, og jeg noterer mig, at kritikken af metoden er meget lidt konkret.

5) Fremstillingen: En række læsere har kritiseret artikelseriens tone og valg. Særligt, at fagbladet har valgt, for at citere en kritiker: "At signalere med visse sygeplejerskers negative oplevelser – eller er det holdninger – i stedet for at vælge at signalere det, der karakteriserer det gode møde mellem parterne."

Journalister kritiseres ofte, og ofte med rette, for ensidigt at fokusere på problemer, aldrig på løsninger. Jeg mener imidlertid, at denne kritik af bladet er urimelig. Det er sandt, at artiklerne i vidt omfang fokuserer på problemerne, men det er problemerne, der er interessante og skal i fokus, ellers bliver de aldrig genstand for debat – eller løst.

Mange af de anonyme og kritiske kommentarer er spektakulære og rystende og tegner et trist billede af nogle muslimske medborgere og deres adfærd, men med til billedet hører altså, at bladet dækker problemstillingen over 24 (!) sider og giver plads til adskillige artikler med bud på løsninger. Samlet set er det min opfattelse, at bladets artikelserie er forbilledlig, velresearchet, præcis, og at fagbladet *Sygeplejersken* har gjort sit til, at de problemer, der beskrives, nu kommer frem i lyset, at der kan tales om dem – og at de kan løses.

Klummen er forkortet. Det fuldstændige svar på læsernes henvendelser kan læses på www.sygeplejersken.dk




Simon Andersen

**RING ELLER SKRIV
TIL LÆSERNES REDAKTØR**

Mail: sima@dsr.dk
 Telefon: 28 54 07 87.
 Telefontid: Onsdag kl. 20-21.
 Adresse: Pilehaven 12,
 Hareskov, 3500 Værløse.

Fremtiden kommer af sig selv, fremskridtet ikke

Demokratisk proces. Den ekstraordinære kongres i sidste uge skulle have været kulminationen på flere års arbejde med Fremtidens Dansk Sygeplejeråd. Vi skulle have vedtaget en politisk struktur, som sikrede, at vi kunne skabe fremskridt for medlemmerne. Både i forhold til de udfordringer, som f.eks. kommunalreformen medfører, men også i forhold til medlemmernes øvrige forventninger til Dansk Sygeplejeråd. Sådan gik det ikke i denne omgang.

På kongressen var det helt tydeligt, at de 153 delegerede ville fremskridtet for Dansk Sygeplejeråds medlemmer. Men kongressen var delt i to forskellige holdninger til, hvordan Dansk Sygeplejeråds fremtidige politiske struktur skal se ud.

Resultatet var, at begge forslag fik lige mange stemmer – 76 til regionsmodellen og 76 til kredsmo-
dellen – og dermed bortfaldt begge forslag. Det er

”Selvom vi ikke har en ny politisk struktur, så ved vi, hvad vi vil. Vores vision og holdninger er uændrede.”

demokratiet i sin yderste konsekvens, og det respekterer vi naturligvis.

Konsekvensen er, at vi fortsætter med de nuværende love og 15 amtskredse, i hvert fald et stykke tid

endnu. For selvom vi endnu ikke har taget stilling til fremtidens politiske struktur, så står kongressens beslutning fra 2004 om, at Dansk Sygeplejeråd skal have en ny struktur, fast. Og forløbet af kongressen i sidste uge har heller ikke rykket ved det billede. Tværtimod.

Vi har haft en meget åben og demokratisk proces i hele vores organisation. Men det er også klart, at når kongressen ikke kunne blive enige i første omgang – så må vi bruge den nødvendige tid til at finde den rigtige løsning for medlemmerne.

Indtil vi er klar til at drøfte og tage stilling til et nyt forslag, har vi brug for den vilje til dialog og samarbejde, der har været på kongressen. Ikke mindst fordi kommunalreformen i de kommende måneder vil få stor betydning for vores medlemmer og vores organisation.

Medlemmerne har en berettiget forventning om, at Dansk Sygeplejeråd fortsat er en stærk organisation, der varetager deres interesser. De forventninger vil blive indfriet.

Selvom vi ikke har en ny politisk struktur, så ved vi, hvad vi vil. Vores vision og holdninger er uændrede.

Derfor er der også god grund til at deltage aktivt i det valg til Dansk Sygeplejeråds amtsbestyrelser, der starter nu. Sidste

frist for opstilling af kandidater er den 7. april. Og det vil være de nye amtsbestyrelser, som får ansvaret for lokalt at varetage sygeplejerskernes interesser over for arbejdsgiverne med en ny opgavefordeling i sundhedsvæsenet. Og som får ansvaret for at beslutte, hvilken politisk struktur Dansk Sygeplejeråd skal have i fremtiden.

Fremtiden kommer af sig selv, og denne kongres var ikke endestationen. Den var et stoppested på vejen. Indtil vi er klar til at træffe beslutning om den politiske struktur, som understøtter vores arbejde med at sikre fremskridt for medlemmerne.



Connie Kruckow

Connie Kruckow, formand



Negativ kodning

Af Marianne Højberg, sygeplejerske

Kommentar til debatindlæggene "Uværdigt og ubehageligt" og "Racistisk ammunition" i Sygeplejersken nr. 3/2006

Jeg blev glad og varm om hjertet, da jeg i *Sygeplejersken* nr. 3/2006 læste Hanne Rosenvold og Birgit Morthorsts kommentarer til temaet om indvandrere i det danske sygehusvæsen. De skrev det, jeg tænkte og mener. Jeg var dybt frustreret over den præsentation, der var af problemet – først i *Sygeplejersken* og efterfølgende i radio/tv. Jeg benægter bestemt ikke, at der er problemer med indvandre-
re, men det er måden, det præsenteres på samt den generaliserende tone. I forlængelse af deres indlæg vil jeg gerne tilføje, at jeg tror, det næsten daglige bombardement af negativ omtale, der er af indvandrere, muslimer, eller hvordan vores medmennesker nu omtales, koder vores hjerne i en negativ retning, hvilket vil give sig udslag i vores holdninger og videre i vores handlinger – en negativ selvopfyldende profeti. Alle studier/undersøgelser viser, at får man en ting at vide tilstrækkelig mange gange, tror man til sidst på det. Det er en trist måde at møde et andet menneske på! At præsentere denne problemstilling, som det blev gjort i *Sygeplejersken*, er at kaste brænde på et hadfyldt bål – som Hanne Rosenvold skriver, det bidrager til at grave grøfter frem for at fremme dialogen og dermed integrationen. Rigtigt – det er uværdigt og ubehageligt!

Marianne Højberg er ansat på Neurologisk Ambulatorium, Viborg Sygehus.

Ukorrekt og uheldig betegnelse

Af Helena Bruun-Nystedt, sygeplejerske, fil.kand., teol.kand.

Kommentar til temaet om indvandrere i det danske sygehusvæsen i Sygeplejersken nr. 2/2006.

I nummer 2/2006 publicerede *Sygeplejersken* en undersøgelse af danske sygeplejerskers attituder til patienter med udenlandsk baggrund. I overskriften til det statistiske materiale anvendes udtrykket "Den etniske patient." Selv om mange bruger dette udtryk i uformelle sammenhænge, er denne formulering ikke egnet til en undersøgelse, som påberåber sig at være videnskabelig.

Begrebet etnicitet har længe været mål for en livlig debat inden for humanistisk forskning. Det ses først og fremmest som en symbolsk konstruktion af et virkeligt eller formodet kollektivt fællesskab, baseret på oplevelsen af en fælles fremtid eller historisk skæbne. Det er ikke noget, der opstår, når en gruppe mennesker udvikler sin kulturelle

egenart isoleret fra andre befolkningsgrupper, men i berøringsfladerne mod andre etniske grupper, og i kontrast til disse. Disse særpræg er ikke konstante over tid og rum, ligesom den enkelte ikke nødvendigvis er passiv bærer af sin kulturelle identitet, som han/hun ikke kan påvirke eller fjerne sig fra.

Medens fremmede kulturer har en tendens til at opfattes som etisk konsekvente, opfattes ens egen kultur sjældent som udtryk for etnicitet, da de fleste kulturer indeholder en mængde modsatrettede normer, traditioner og smagsretninger. Uanset hvor meget vi end har fjernet os fra vores oprindelse, har vi dog alle sammen baggrund i nogen eller nogle etniske grupper. Derfor er betegnelsen "Den etniske patient" ikke kun sprogligt ukorrekt, men også uheldig, fordi den antyder, at kun personer, som er emigreret til Danmark, er underlagt en kulturel arv, hvorimod danskerne skulle stå frit i forhold til deres kulturelle bag-

grund. Det ville derfor klæde den omtalte undersøgelse at nuancere sit syn på etnicitetsbegrebet, før man lader den publicere i andre medier end *Sygeplejersken*.

Helena Bruun-Nystedt er ph.d.-studerende i migrationsvidenskab ved Lunds Universitet.

►► **MERE OM ISLAM.** Få grundig information om sygepleje og islam på de faglige sider i *Sygeplejersken* nr. 19, 20, 21 og 22/2003. Siderne rummer et længere tema om emnet sygepleje og islam belyst fra forskellige vinkler. Find artiklerne på www.sygeplejersken.dk. Klik på "Tidligere blade" og derefter på "årgang 2003."

Redaktionen.

Et godt fagligt indspark

Af Eva Marianne Hudecek, sundhedsplejerske, MSA

Kommentar til temaet om indvandrere i det danske sygehusvæsen i Sygeplejersken nr. 2/2006.

Jeg blev glad og stolt, da jeg læste indvandreremaet i *Sygeplejersken* nr. 2/2006.

Jeg så det som et godt fagligt indspark i tidens integrationsdebat. I en tid, hvor udlændinge og danskernes relationer til dem i stigende grad bliver problematiseret, finder jeg det vigtigt, at også syge- og sundhedsplejersker begynder at forholde sig kritisk til egen succesrate og tilgang til samarbejdet med udenlandske patienter og familier. Det kan undersøgelsen fra Catinét måske hjælpe os i gang med.

At få problemstillingerne frem i lyset er den første forudsætning for ændringer og faglig udvikling. Men det kan selvfølgelig blive temmelig meget op ad bakke, når undersøgelsen også viser, at sygeplejersker ikke opfatter sig selv som diskriminerende og forskelsbehandlende i mødet med indvandrerpatienter – og når flertallet af sygeplejersker ikke mener, at indvandrerpatienter

terne føler sig forskelsbehandlet. Der har i nyere tid været artikler i *Sygeplejersken*, skrevet af antropologer, der peger på, at nogle indvandrerpatienter føler sig forskelsbehandlende. Det kan være svært at få øje på de af vores handlinger, som kan virke krænkende på andre i en travl hverdag. Men måske kan nogle af de antropologiske undersøgelser fra det danske sundhedssystem være med til at hjælpe os til at se mere kritisk på os selv og vores egen kultur og tilskynde til at arbejde med egne fordomme og holdninger.

Måske kan arbejdet med disse problemstillinger gøre os bedre til at lytte med hjertet, ikke kun i samarbejdet med – og til glæde for de udenlandske patienter og familier – men også i relationer med andre. Jeg venter spændt på de kommende numre af *Sygeplejersken* – vil debatten fortsætte, nye vinkler og nye kursustilbud myldre frem?

Eva Marianne Hudecek er vikar i Sundhedsplejen, Århus Kommune.

Hvad mener du




www.sygeplejersken.dk

Denne uges spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:

Føler du dig rustet til at kunne yde åndelig omsorg til døende patienter?

Svar på spørgsmål stillet i *Sygeplejersken* nr. 3/2006:

Lever du op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om at være fysisk aktiv, så pulsen kommer op i mindst 30 minutter hver dag?

Svar	antal	pct.	
Ja	124	45,9	
Nej	134	49,6	
Ved ikke	12	4,4	
I alt	270	99,9	



Taget ud af sammenhængen

Af Jørgen Greve, sygeplejerske

Kommentar til forsiden af Sygeplejersken nr. 2/2006.

Tak for et temanummer, som fokuserer på integration af indvandrere i det danske samfund set fra mange sygeplejefaglige vinkler.

Det tog noget tid, inden dette gik op for mig, for *Sygeplejersken* nr. 2/2006 fik lov til at ligge hengemt i et hjørne med forsiden nedad ...

Det er forsiden tekst: "Sygeplejersker: Indvandrere et problem på sygehusene" som generer mig. Det er en meget grov og urimelig generalisering og et

sprogbrug, som desværre har vundet mere og mere indpas i medier og almindelig samtale i Danmark.

Man udskiller en gruppe mennesker med en bred definition: indvandrere i almindelighed, men for at vi ikke skal være i tvivl, viser modelfotoet, at man mener muslimer i særdeleshed.

Ser man ikke urimeligheden straks, kan man prøve at udskifte ordet indvandrere med andre grupper af mennesker: handicappede, ældre, mentalt syge, overvægtige, børn, bøsser og lesbiske, jøder, kristne, Jehovas

vidner osv. Ville man lave samme forsider?

At tage en gruppe af patienter og beskrive dem som et problem er problematisk. Det er en retorik, som inkluderer og ekskluderer – langt fra alle intentioner om integration og problemløsning.

Denne forsider må støde rigtig mange velintegrerede muslimer, og i hvert fald støder den under tegnede sygeplejerske, som i øvrigt har masser af indvandrere både som kollegaer og patienter i mit daglige arbejde.

Man kan jo hævde, at man blot citerer en undersøgelse, som viser, hvad danske sygeplejersker tænker om dette emne. Hvad I gør, er at tage detaljer ud af deres sammenhæng, lave jeres tolkning og sætte dem på

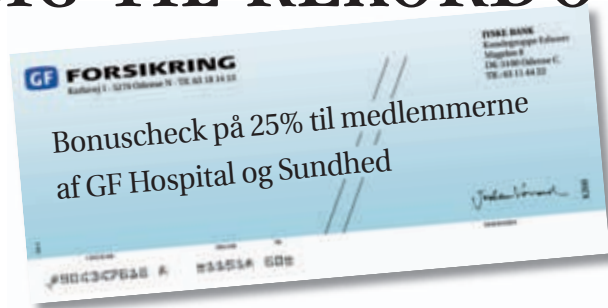
forsiden. I en tid med polarisering og mange ekstreme synspunkter blandt danskere såvel som indvandrere spørger jeg mig selv, på hvilken måde en sådan forsider er en hjælp i den integrationsproces, man åbenbart håber at fremme med denne artikelsamling.

Da forsiden ikke skal sælge bladet, undrer man sig, om formålet måske i stedet var at skabe sensation? I hvert fald gav det genlyd i alle medier, da nummeret kom ud.

Har sygeplejersker problemer med journalister?

*Jørgen Greve
er ansat som
anæstesisygeplejerske
på Universitetssjukhuset
Malmö Allmänna Sjukhus.*

GODE BILISTER KØRER SIG TIL REKORDOVERSKUD



Ring 86 17 43 44 eller besøg billigere-bilforsikring.dk

GF FORSIKRING

Billigere-bilforsikring.dk

GF Hospital og Sundhed · Vestre Strandallé 54 · 8240 Risskov · hospitalogsundhed@gf-forsikring.dk

Formynderisk holdning

Af Karen Marie Serup Lund, sygeplejerske

Kommentar til artiklen "Det skal være surt at ryge" i Sygeplejersken nr. 3/2006.

I *Sygeplejersken* nr. 3/2006 handlede en af nyhedsartiklerne om, at rygning på de psykiatriske afdelinger også skulle forbydes for de psykiatriske patienter. Artiklens indhold var en blanding af hensynet til personalet og hensynet til patienten selv. Jeg kan sagtens forstå, at patienterne skal tage hensyn til personalets arbejdsmiljø, men jeg har meget svært ved at acceptere den formynderiske holdning, der lægges for dagen i forhold til de psykiatriske patienter. Fremmedordbogen (Gyldendal) definerer "holisme/holistisk" som

"den filosofiske opfattelse, at helhederne – ikke deres komponenter – er det afgørende."

Det er svært at se, at et totalt rygeforbud eller et rygeforbud, der indebærer "telefonboksrygning," er i overensstemmelse med det holistiske menneskesyn, som gerne skulle kendetegne sygeplejen i dag.

Der er trods alt en forskel på: vejledning og støtte, kraftige restriktioner eller tvang, eller for at udtrykke det med *Florence Nightingales* "sygeplejelov": "Trøste, lindre og helbrede." Artiklens bidragydere har åbenbart den modsatte opfattelse: Først helbrede (stop rygning), så lindre (tilbyde behandling), og som det sidste

– acceptere patientens situation. Hvor mange øvrige særtemaer, der skal følge efter, tager artiklen ikke fat på, men det måtte da være en spændende opgave for *Sygeplejersken* at få bidragyderne til artiklen til at lave en oplistning af, hvor mange særtemaer der efter deres opfattelse skal med ind under "Det skal være surt at ..."

Som et kuriosum til "Det skal være surt, at ..." kan nævnes, at der var en blok lige ved siden af artiklens sidste side under overskriften "Vidste du, at risikoen for at dø af fysisk inaktivitet er lige så stor som risikoen for at dø af rygning. Kilde: Sundhedsstyrelsen." Så tvungen aktivitet bliver måske det første i en lang række af bedreviden om, hvad der tjener den enkelte patient bedst.

Karen Marie Serup Lund er pensioneret sygeplejerske.

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.

Debatindlæg sendes til redaktionen@dsr.dk

Skønlitterær fortælleform har andre muligheder

Af Lise Andersen, forfatter og sundhedsplejerske

Kommentar til anmeldelsen af bogen "Alabadoster" i Sygeplejersken nr. 4/2006.

Min bog "Alabadoster" blev anmeldt i *Sygeplejersken* nr. 4/06. Denne anmelder brød sig ikke om bogen.

Det er naturligvis enhver anmelders ret at sige sin mening. Det eneste, jeg har at indvende mod det, er den sidste sætning. Der skriver hun, at bogen ikke er relevant for sygeplejersker.

Det er jeg helt uenig i.

Johan, der er hovedpersonen, tænker tilbage på sit liv med konen *Tilli*.

Hun får en dødelig diagnose, og bogen beskriver, hvordan det er at leve med først frygten og siden visheden om, at han vil miste hende.

Det er her, jeg mener, at "Ala-

badoster" i høj grad er relevant for sygeplejersker.

Det er ikke nogen fagbog, men en skønlitterær bog har andre muligheder for at beskrive tanker og følelser.

Bogen handler også om den voksne datter *Signe*.

Hun er psykisk syg, og faren står i et dilemma: Han vil helst beholde hende hjemme, mens andre synes, hun skal i et bofællesskab.

Om det citerer jeg fra lektørudtalelsen: "På trods af Johans specielle situation, har bogen appel til en meget bred læseskare, da hans problemer i virkeligheden ligner alle forældres."

Lise Andersen er ansat i Sundhedsplejen, Aabybro Kommune.

Master i Social Integration (MSI)

– masteruddannelse ved Aarhus Universitet i samarbejde med Den Sociale Højskole i Århus

Masteruddannelsen tematiserer bl.a.:

- Nyere og væsentlige forståelsesrammer inden for social, pædagogisk og socialpsykologisk formidling
- Sociale problemers og institutioners konstruktion og deraf afledte behov skabt lokalt
- Forståelse af mennesker i det sociale felt
- Viden om implementering af forskningsresultater

Masteruddannelsen i social integration henvender sig til professionelle, der arbejder med personer, der er truet af marginalisering.

Uddannelsen er opbygget i moduler. Du kan vælge at tage hele uddannelsen, eller du kan tage et eller flere af modulerne som enkeltfag.

Læs mere om uddannelsen på www.psy.au.dk/msi/ eller www.au.dk/da/evu/

Ansøgningsfrist 1. juni 2006 – studiestart september 2006

Rekvirer fagbeskrivelse og ansøgningsskema hos Sekretariatet for Efter- og Videreuddannelse, tlf. 8942 6761, www.au.dk/da/evu/, e-mail: evu@au.dk



Efter- og Videreuddannelse
AARHUS UNIVERSITET
Et skridt videre. Et lag dybere.



Bak op om myndighedernes anbefalinger

Af Niels Kristensen, apoteker

Kommentar til artiklen "Reklamer for lusemidler holder ikke, hvad de lover" i Sygeplejersken nr. 2/2006.

De to godkendte lægemidler mod lus er stemplet som "virkningsløse," efter at Skadedyrlaboratoriet i efteråret påviste resistens blandt danske hovedlus. Samme holdning formidles i en artikel i *Sygeplejersken* nr. 2/2006.

Ingen vil underkende, at der findes resistente lus, heller ikke apotekerne. Men derfra og så til at mene, at et produkt er virkningsløst og skal fjernes fra hyl-

derne – der er meget langt. Skadedyrlaboratoriet påviste, at der findes resistente lus. Og at resistensen tilsyneladende er mest udbredt for det ene lægemiddel. I undersøgelsen angives, at i 72 pct. af prøverne overlevede alle lusene påvirkning med den ene shampoo, og i 35 pct. overlevede de påvirkning med den anden.

At konkludere på den baggrund, at alle lus er resistente, er efter vores mening en mistolkning af resultaterne. Og det kan slet ikke retfærdiggøre, at de mange danskere, som har effekt af et lægemiddel, ikke skal have

mulighed for at købe det på apoteket.

At behandle lus er aldrig en nem opgave, og for mange vil det bedste valg være en kombination af shampoo og kæmning. Vi vil derfor ikke anbefale den ene frem for den anden. Vi vil fortsat give forældrene et valg og være parat til at rådgive om behandling af lus.

Det gør vi med udgangspunkt i en fælles vejledning fra Sundhedsstyrelsen, Lægemiddelstyrelsen og Skadedyrlaboratoriet, der ganske entydigt siger, at lus kan behandles på flere måder, og en af dem er med lægemidler. Vælger kunderne den sidste model, skal vi selvfølgelig fortælle om risikoen for resistens og vejlede i korrekt behandling.

Jeg vil gerne understrege, at vi

ikke forsøger at gå industriens ærinde, for de danske apoteker tjener hverken mere eller mindre på at sælge lusemidler. Vores ærinde er kun at sige, at jo mere de forskellige aktører diskuterer, desto mere forvirrede bliver forbrugerne.

Forbrugerne kan ikke være tjent med to-tre forskellige anbefalinger afhængigt af, hvem de spørger. Derfor opfordrer Danmarks Apotekerforening de øvrige aktører i sundhedsvæsenet til at bakke op om myndighedernes klare anbefalinger. Frem for at fjerne nogle – for mange vel fungerende – produkter fra hyl-derne på baggrund af en forkert konklusion.

Niels Kristensen er formand for Danmarks Apotekerforening.

Tak til Anne Vesterdal

Af Gerd Johnsen, sygeplejerske

I november sidste år meddelte *Anne Vesterdal*, at hun gik på pension. Jeg fik et chok. Kunne det virkelig være rigtigt, at min bedste formidlings- og sparringspartner forlod *Sygeplejersken*? Nu havde jeg lige gået og glædet mig til at videreudvikle og formidle lammeterapi og grøn omsorg sammen med dig.

I disse dage er der femårsjubelæum for artiklerne om regulering af tarmfunktion ved obstipation, diaré og fæcesinkontinens, og det er de mest læste artikler i *Sygeplejersken* i perioden. Godt nok er

det mig, der har skrevet artiklerne, men det var på dit initiativ, de blev til. Artiklerne har sat fokus på den tabubelagte udskillelse af fæces, og artiklernes indhold er bl.a. blevet omskrevet til en brochure uden fagsprog, der er udsendt i mere end 40.000 eksemplarer. Masser af fæcesundervisning er afviklet. Mange steder i sundhedsvæsenet er udskillelse af fæces blevet et indsatsområde, og patienterne kan nogle steder blive henvist til sygeplejeklinikker for af-føringsproblemer. Dit initiativ har sat sig sine spor. Tak for det.

Dit meget præcise blik for emner og indsatsområder i faglige sammenhænge er vi mange, der har nydt godt af, ikke mindst patienterne. Du har været meget inspirerende, men også skrap i forhold til kvaliteten af indhold, formulering og timing. Var artiklerne ikke gode nok, kom de retur, men altid med en grundig vejledning, og de blev altid bedre. Samarbejdet med dig har været meget lærerigt.

Dit store faglige engagement og din hjælpsomhed fik én til at yde sit bedste og gøre det store arbejde med at få formuleret og beskrevet nye emner i artikler, der kunne publiceres i *Sygeplejersken*. Det lå dig dybt på sinde, at viden og kunnen skulle for-

midles, så det kunne komme patienterne til gode.

Når man henvendte sig til dig med nye ting, metoder eller teori, så stillede du store krav til, at der var et solidt fagligt fundament, og herefter var din indfaldsvinkel straks: Dette bør der skrives om. Altså formidling – formidling – formidling.

Det er ikke nogen hemmelighed, at vi er mange, der vil savne dig. Tit siger man ydmygt, at alle kan erstattes. Det er også rigtigt, men jeg er nu ikke helt sikker.

Du ønskes held og lykke i dit otium og tak for godt samarbejde.

Gerd Johnsen er selvstændig sygeplejerske, gjoh@gerdjohnsen.dk



Efter- og videreuddannelse på Aarhus Universitet
Læs mere og bestil program på www.au.dk/evu

Bakterier på tastaturet? Stetoskopet?

Hospitalsservietter uden glycerol
til aftørring af tastaturer, sakse,
stetoskoper og naturligvis hud.

Lige til at have i lommen.



Brenntag Disinfection - Strandvejen 104A - 2900 Hellerup

Tlf. 4329 2800/4329 2843 - Fax 4329 2896

www.brenntag-disinfection.dk

Signe Østergaard

På et tidligt tidspunkt i karrieren stod det klart, at uddannelse og undervisning skulle blive *Signe Østergaards* område, og hendes indflydelse på såvel grund- som videreuddannelse har været betydelig. Da videreuddannelsen af sygeplejersker i 1969 skulle udvides med en afdeling i København, blev Signe valgt som leder. Den skepsis, der kunne spores med hensyn til denne afdelings overlevelse og succes, blev snart gjort til skamme ved Signes stilfærdige, kloge, modige og kompetente ledelse. Den afdeling, der startede i det små, voksede sig stor og stærk og blev Signes livsværk.

Signe fulgte levende med i udviklingen af fagets teoretiske del, men lod sig ikke blindt rive med af det nye. Hun sorterede og vurderede, hvad der havde betydning for en forbedret udførelse af faget i praktikken – om det var noget, der kom patienterne til gode.

Signe var en meget afholdt og respekteret underviser blandt de

Signe Østergaard. Det var med vemod, vi modtog meddelelsen om, at *Signe Østergaard* var død den 29. januar 2006. Med Signe Østergaards død har Seniorsammenslutningen i Dansk Sygeplejeråd mistet et agtet og dygtigt medlem. Signe flyttede som pensionist fra København til Ringkøbing. Her blev hun inddraget i Seniorsammenslutningens arbejde, idet hun hurtigt påtog sig jobbet som kontaktudvalgsformand for Ringkøbing Amt. I 1991 blev hun landsformand, et arbejde, hun udførte til 1999. Hun blev en respekteret og vellidt formand, som satte en ære i at kende så mange som muligt af medlemmerne fra hele landet. Det viste sig navnlig på de

studerende, som nød hendes uhøjtidelighed og evne og vilje til at lytte til deres ønsker og behov.

Vi medarbejdere på skole lærte meget af Signe og nød godt af hendes store viden, hendes loyalitet og opbakning, samtidig med at hun lod os handle selvstændigt og få medbestemmelse.

Efter pensionering flyttede Signe til Ringkøbing, hvor hun havde sit elskede sommerhus og sin familie. Hun fortsatte sit virksomme og flittige liv som formand for seniorsammenslutningen af sygeplejersker og lagde et stort arbejde heri, samtidig med at hun deltog i faglige sammenkomster og fulgte med i såvel fag- som skønlitteratur.

Derfor var det hårdt, da sygdom i 2002 satte en stopper for disse aktiviteter. For inden i sig bevarede Signe lysten og trangen til at deltage i livet og være aktiv.

Æret være Signes minde.

Inger Pearce, tidl. afdelingslærer ved DSH, afd. i København.

årlige højskoleophold, hvor hun søgte kontakt med så mange, hun kunne. Netop planlægningen af højskoleopholdene gik hun op i med stor faglig dygtighed, for at udbyttet skulle være godt for alle deltagerne. På bestyrelsesmøderne var Signe altid velforberedt, og de punkter, der skulle nås, havde hun nøje gennemtænkt i forvejen. Efter sin fratrædelse som landsformand viste Signe fortsat stor interesse for Seniorsammenslutningen. Æret være Signe Østergaards minde.

*På vegne af Seniorsammenslutningen i Dansk Sygeplejeråd
Hanne Kristensen, formand,
Margit Christensen, tidl. formand.*

Mette Utzon

Søndag den 22. januar 2006 døde vores kære kollega, *Mette Utzon*, efter et halvt års kræftsygdom. Mette blev uddannet sygeplejerske i 1967 og arbejdede gennem flere år i forskellige kliniske specialer. Herefter fulgte nogle år som henholdsvis afdelingssygeplejerske, oversygeplejerske og sygeplejelærer. Fra 1994 blev det palliativ, der optog hende. Hun var ansat på Sankt Lukasstiftelsens Hospice frem til 2002, herefter fik hun stillingen som klinisk sygeplejespecialist på Diakonissestiftelsens Hospice på Frederiksberg. Mette havde stor viden og erfaring inden for det palliative felt og var meget engageret i sit arbejde. Hun tog altid udgangspunkt i, hvad der måtte være det bedste for patienterne, og stillede skarpt på de områder, der i den enkelte patients situation kunne bringe mest muligt liv og lindring ind i deres sidste tid. Det tværfaglige samarbejde var derfor af stor betydning for hende, hun var altid opmærksom

Inge Rasmussen

Afdelingssygeplejerske *Inge Rasmussen*, født den 6. juli 1957, døde fredag den 27. januar 2006 tidligt om morgenen.

Inge blev ansat på skadestuen i november 1979, hvor hun var indtil sin alt for tidlige død. Inge har fungeret som sygeplejerske, som souschef for afdelingssygeplejerske og siden 2002 som afdelingssygeplejerske ved skadestue/modtagelse.

Fra 1989 til 1991 var Inge tillidsmand for sygeplejerskegruppen i området, hvorefter hun i 1991-95 var fællestillidsmand for sygeplejerskerne på Centralsygehuset i Næstved. Mange vil fra denne periode huske hende som meget aktiv og markant ved sygeplejerskernes strejke. Inge har gennem alle årene været utroligt fagligt engageret i og optaget af at udvikle den akutte del af sygeplejen.

Hun var en god kollega, der

på at belyse problemstillingerne ud fra et samlet skøn. Mette bidrog i høj grad til refleksion og udvikling af den enkelte medarbejder på Hospice, bl.a. i kraft af sin erfaring som underviser og uddannelse som sygeplejefaglig vejleder. Hun lyttede opmærksomt og udfordrede os på en støttende og motiverende måde. Hun så det som en vigtig opgave at udbrede viden om arbejdet på et hospice og holdt foredrag på forskellige hospitalsafdelinger og i foreninger herom. Mette var fuld af liv, og det var derfor svært for hende og os at acceptere, at hun blev syg. Der var så meget, hun gerne ville sammen med sin mand, børn og børnebørn. Vores tanker går til hendes dejlige familie, som vi fik lov at lære så godt at kende.

Vi er taknemmelige og lettede over at kunne imødekomme Mettes store ønske om at slutte sit liv på Hospice.

Personalet på Diakonissestiftelsens Hospice.

brændte for sit job. En faglig og kompetent sygeplejerske. Om-sorgsfuld både i forhold til patienter, pårørende og sit personale. En stor personlighed med hjertet på rette sted, som altid var god for en historie, og ved siden af sit fuldtidsarbejde i afdelingen magtede at tage aktivt del i Centralsygehusets revy-gruppe, da denne eksisterede.

Inge fattede tillige interesse for den ledelsesmæssige del af sygeplejen, som hun udøvede med dybtfølt engagement og interesse. Inge har altid været en loyal samarbejdspartner samt en spændende sparringspartner i ledelsesmæssige spørgsmål. Inge var en engageret og udviklende medarbejder i ledergruppen i FBE Ortopædkirurgi, som vi vil savne meget.

Vores tanker går til Inges datter, *Kathrine*.

*Lone Hartmann,
sygeplejefachef.*

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

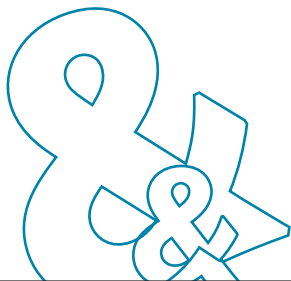
I Sygeplejerskens faglige sektion findes artikler, herunder resumeer af international forskning og anmeldelser, skrevet af sygeplejersker eller andre fagpersoner. Artiklerne i denne sektion er godkendt efter sygeplejefaglig vurdering og vejledning.

faglige artikler

På www.sygeplejersken.dk findes

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

Vejledninger tilsendes også ved henvendelse til redaktionen 3315 1555



Etisk beslutningstagning

Woods, M. (2005) *Nursing Ethics Education: Are We Really Delivering The Good(s)? Nursing Ethics*, 12, 1, 5-18.

Forskning tyder på, at nyuddannede sygeplejersker endnu ikke er helt klar til at bidrage med etiske betragtninger i plejen af patienter eller ved sundhedsvæsnets fremgang generelt. Artiklen stammer fra New Zealand, men ifølge forfatteren er det veldokumenteret, at der er tale om et mere generelt problem.

I undersøgelsen blev der læst relevante forskningsresultater. Herved opstod spørgsmålet om, hvorvidt sygeplejersker egentlig er tilstrækkeligt uddannet til at udfolde deres evner inden for etisk beslutningstagning.

Undersøgelsen havde det formål at virke katalyserende for de undervisere, der har sygeplejerskens etik som hovedvirke, at inspirere til evaluering af egen undervisningspraksis og at undersøge, om den fremmer sygeplejerskers evner til god beslutningstagning.

Der argumenteres for, at selvom undervisningen på grunduddannelsen i sygepleje i etik har gennemgået en stor udvikling i de senere år, så er der stadig behov for en række justeringer for at sikre, at den nyuddannede sygeplejerske kan foretage eller medvirke i klinisk beslutningstagning inden for etisk følsomme områder.

Det konkluderes, at hidtidig forskning viser, at sygeplejestuderende og nyuddannede sygeplejersker stadig oplever, at det er svært at bidrage med et godt etisk modspil i en række situationer i et sundhedsvæsen under hastig ændring.

Af Lisbeth Uhrenfeldt,
ph.d.-stipendiat, Institut for
folkesundhed, afdelingen
for sygeplejevidenskab.
Aarhus Universitet.

Et liv med uforklarlige bryst smerter

Jerlock M, Gaston-Johansson F, Danielson E. *Living with unexplained chest pain. J Clin Nurs* 2005;14:956-964.

Formål: At beskrive patienternes oplevelse af uforklarlige bryst smerter, og hvordan disse smerter påvirker patienternes dagligliv.

Metode: Undersøgelsen er gennemført i Sverige. Der blev udvalgt 19 informanter i alderen 19-63 år, 11 var mænd. Patienterne blev inkluderet, hvis de var under 70 år, havde haft mindst to tidligere tilfælde med bryst smerter, og hvis der ikke var nogen organisk forklaring på bryst smerterne. Patienterne blev interviewet med åbne spørgsmål, og det blev tilstræbt, at interviewet foregik som en samtale. Samtalerne blev optaget på bånd, transkriberet, og materialet blev analyseret ved hjælp af indholdsanalyse. Der blev også foretaget en registrering af, hos hvilke informanter de fremkomne kategorier blev fundet.

Resultater: Generelt blev de uforklarlige bryst smerter set som en uindbudt gæst, der invaderede patienternes dagligliv. Smerterne førte til frygt og angst, usikkerhed, stress og tab af styrke og kræfter, hvilket alt sammen havde stor indflydelse på patienternes dagligliv.

Bemærkninger: "Det må du lære at leve med" er en bemærkning, der høres, når sundhedsvæsenet ikke kan forklare og afhjælpe de symptomer, patienterne har. Denne undersøgelse viser, at det kan patienterne ikke, og at de har behov for en eller anden form for intervention. Det er et stort område, som sygeplejersker kunne fokusere på og udvikle kompetencer inden for, da patienterne har behovene, og problemerne har stor indflydelse på patienternes dagligliv.

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

Radikal prostatektomi – patienternes erfaringer og postoperative behov

Burt J, Caelli K, Moore K, Anderson M. *Radical prostatectomy: men's experiences and postoperative needs. J Clin Nurs*. 2005;14:883-890.

Formål: At beskrive mænds erfaringer de første 12 måneder efter radikal prostatektomi og deres opfattelse af den postoperative undervisning i forhold til det postoperative forløb.

Metode: Undersøgelsen er gennemført i Canada. Der blev udvalgt 17 informanter i alderen 55 til 70 år. Patienterne blev interviewet efter et semistruktureret spørgeskema via telefon på 2., 7. og 21. postoperative dag og igen tre og 12 måneder efter operationen. Endvidere blev fem informanter udvalgt til et uddybende interview efter 12 måneder. Dette interview foregik ikke via telefon. Alle interviewene blev optaget på bånd, transkriberet, og materialet blev analyseret.

Resultater: På trods af den omfattende præoperative information følte patienterne sig ikke tilstrækkelig informeret til at håndtere perioden efter operationen. Patienterne beskrev den tilbagevendende telefonkontakt som væsentlig, idet den var med til at give sikkerhed og reducere angst. Telefonkontakten var egentlig udelukkende tiltænkt som en metode til dataindsamling.

Bemærkninger: Artiklen beskriver patienters oplevelser af at være udstyret med et kateter, bevare seksualitet, betydningen af familiens støtte og hjælpen fra professionelle. Der indledes med en god gennemgang af den eksisterende litteratur. Den lange dataindsamlingsperiode gør artiklen interessant for sygeplejersker på sengeafdelinger, ambulatorier, i lægepraksis og i hjemmeplejen.

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



Forebyggende hjemmebesøg skal dokumenteres

Af Jette Bagh, sygeplejerske

Længst muligt hjemme. Det kræver omtanke at udføre og beskrive forebyggende hjemmebesøg. Besøget skal foregå på borgernes præmisser, men samtidig skal besøget dokumenteres, så det er muligt at se, hvad indsatsen betyder på kort og på lang sigt.

Som for at understøtte, hvem konferencens deltagere er, ligger der otte teskeer med smør på ved siden af rundstykkerne. Overflødig fedtstof er fjernet. Forebyggerne er i gang. Videnscenter på ældreområdet holdt den 1. februar 2006 en konference med titlen "Hvordan udvikler og dokumenterer man de forebyggende hjemmebesøg?"

Emnet blev belyst gennem otte oplæg med forskellige vinkler på besøget. Praktiserende læge *Mikkel Vass* gjorde det klart, at forebyggende hjemmebesøg er noget specielt. Danmark er det eneste land i verden, der ved lov har indført besøgene. Lovten blev til i 1995, men indtil videre er det kun ca. 30 pct. af de +75-årige, der takker ja til tilbuddet om at få besøg. Hvad går besøgene ud på? Ældre mennesker vil gerne klare sig selv, så længe de kan. Det kræver god funktionsevne, og forebyggelse skal tilgodese fysisk, psykisk og social funktion. Forebyggerne skal gå ind i alle disse områder på en empatisk og forstående måde.

Men forebyggende hjemmebesøg må

ikke blandes sammen med visitation, understregede flere oplægsholdere. Nogle slog til lyd for, at besøget skal være uden formkrav. Hvordan oplever det gamle menneske selv sit liv?

Mikkel Vass mente, at forebyggende hjemmebesøg kan misbruges til at teste for alverdens sygdomme og tilstande, nu man alligevel er i hjemmet, demens, osteoporose, depression osv. Men det er ikke meningen, og udgangspunktet skal ikke være "jeg ved, hvad der er bedst for dig," men "jeg kan noget, som kan hjælpe dig."

Den person, der udfører det forebyggende hjemmebesøg, skal vide, at træthed er den stærkeste predictor for, at man vil få behov for hjælp. Udsagn om træthed bør få forebyggeren til at spørge sig selv, om der er noget galt med helbredet hos den ældre. Andre risikosituationer er, når den gamle netop er udskrevet fra sygehus, har mistet sin ægtefælle, er flyttet eller har et dårligt selvoplevet helbred.

90 pct. af ældrebefolkningen får medi-

cin, derfor ses de i almen praksis, hvor man kan opbygge en relation med den ældre. Hvis almen praksis og hjemmeplejen arbejder sammen, sker der noget, mente Mikkel Vass.

Fokus på særlige områder

To sygeplejersker fra Nakskov Kommune fortalte, at man her har valgt at have specielle områder i fokus, når der udføres opsøgende hjemmebesøg, diabetes type 2, KOL, knogleskørhed og forebyggelse af fald. Man har også startet forebyggende hjemmebesøg hos flygtninge og indvandrere allerede ved 60-74-årsalderen.

Indholdet i de forebyggende hjemmebesøg anbefales at bestå af:

- tillidsfuld kontakt
- struktureret samtale
- samlet vurdering
- eventuelle konkrete aftaler og
- opfølgning,

alt sammen ifølge "Ældre & forebyggende hjemmebesøg," udgivet af ÆldreForum i 2005, som deltagerne fik med hjem fra konferencen. Desuden fik de "Dokumentation af de forebyggende hjemmebesøg. Værktøjskasse med vidensproducerende arbejdsformer for de forebyggende hjemmebesøg," skrevet af *Knud Erik Jepsen* og *Eva Jepsen*, udgivet af Videnscenter for Ældreområdet 2005, med hjem.

Konferencen var en gentagelse af en tilsvarende konference afholdt den 2. november 2005. Alle konferencens indlæg kan læses på www.aeldreviden.dk

Jette Bagh er sygeplejefaglig medarbejder på Sygeplejersken. jb@dsr.dk

Nordisk forskernetværk i Vårlederskab (NIV)

Af Lisbeth Uhrenfeldt, sygeplejerske, cand.cur., BA

Fokus på ledelse. Et nordisk forskernetværk med deltagere fra Norge, Sverige, Ålandsøerne, Finland og Danmark blev dannet i foråret 2005. Hensigten med netværket er at sætte fokus på sygeplejefaglig

ledelse eller, som det hedder i svensk-finsk oversættelse, vårlederskab.

Initiativtagerne er finsk-svenske *Terese Bondas*, lektor på Högskolan i Borås, og *Bengt Michelsson*, vårchef på Åland. Netværket blev dannet som afslutning på et todages seminar i april i Mariehamn på Åland. Titlen på seminaret var "Lederskab och vårdande verksamhet."

Netværket ledes af en nordisk sammensat bestyrelse med *Terese Bondas* som formand, *Bengt Michelsson* som sekretær, *Berit Foss* (Norge) som kasserer, *Lisbeth Uhrenfeldt* (Danmark) og *Kristina Rosengreen* (Sverige) som menige bestyrelsesmedlemmer.

Medlemskab af netværket er åbent for forskere, ph.d.-studerende og cand.cur.er, der påtænker forskning inden for faglig ledelse. For øjeblikket har netværket 31 medlemmer, der fordeler sig med en stor overvægt til Finland (23) og Sverige (4), hvori- mod repræsentationen endnu er sparsom fra Norge (1), Åland (2) og Danmark (1).

Yderligere oplysninger om netværket kan fås ved henvendelse til ph.d.-stipendiat Lisbeth Uhrenfeldt, Aarhus Universitet, Institut for Folkesundhed, Afdelingen for Sygeplejevidenskab. Telefon 8942 4847. lu@sygeplejevid.au.dk

Døende patienter har brug for åndelig omsorg

Ansigt til ansigt med døden. Interview med 12 døende patienter på hospice viser, at det at få lov til at være sig selv og modtage omhyggelig og respektfuld grundlæggende sygepleje er væsentligt i livets sidste fase.

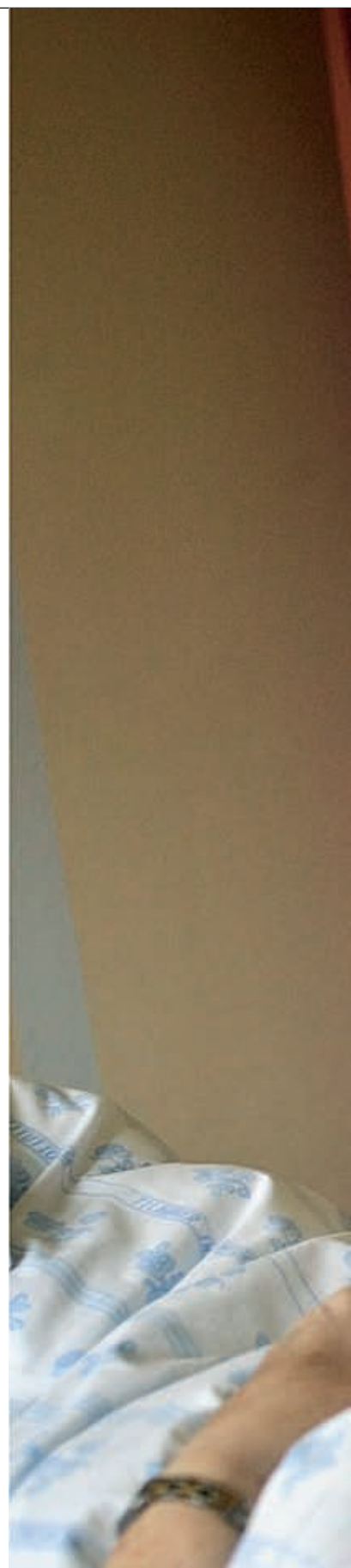
Denne artikel handler om døende menneskers åndelige dimension, om hvordan det opleves at stå ansigt til ansigt med døden, hvilke åndelige behov der opstår, og hvordan disse behov tilgodeses. Artiklen bygger på en undersøgelse, jeg har foretaget ved at interviewe tolv alvorligt syge og døende mennesker.

To forskellige personers udsagn, (se boks side 53) vidner om to vidt forskellige livsopfattelser: Den areligøse og den kristne. Begge personer har behov for at være sig selv, og den åndelige omsorg består bl.a. i, at de får støtte til at kunne være sig selv.

”Her kan man få lov at være sig selv,” er det vigtigste udsagn fra flere af patienterne og samtidigt konklusionen på undersøgelsen. Behovet og muligheden for at være sig selv har stor betydning for alle mennesker, men ikke mindst, når man har en livstruende sygdom. Det vigtigste for omgivelserne er at skabe rammer og muligheder for, at den syge kan være sig selv, som han ønsker det. Det kan være behovet for enestue, støtte til selvbestemmelse, at ens krop behandles med værdighed, at personalet kan rumme ens reaktioner og først og fremmest at få støtte til at kunne praktisere sin tro og sit livssyn.

Famlen og usikkerhed

Baggrunden for undersøgelsen er, at jeg gennem mange års arbejde blandt alvorligt syge og døende har været særlig opmærksom på patienternes åndelige dimension. ►



“Det er min erfaring, at døende mennesker ikke er mentalt svage mennesker, de vil gerne være med til at give deres styrke og visdom videre til andre, og sådan blev det også i denne undersøgelse.”

Af Rita Nielsen, udviklingssygeplejerske • Foto: Anne-Li Engström



“Det er min erfaring, at døende mennesker ikke er mentalt svage. De vil gerne være med til at give deres styrke og visdom videre til andre,” siger artiklens forfatter Rita Nielsen, der her er sammen med en af patienterne på sin arbejdsplads, Sankt Lukas Hospice.

► Jeg har tidligere skrevet om disse erfaringer i bogform (1), men har ikke foretaget en egentlig undersøgelse før. Jeg har gennem en del år undervist sygeplejersker i åndelig omsorg og her erfaret en stor interesse, men også en famlen og stor usikkerhed over for området. Man vil gerne udøve den åndelige omsorg, men savner kundskab og viden.

Dertil kommer, at den åndelige dimension i plejen og omsorgen over for den uhelbredeligt syge og døende hører med til et af WHO's indsatsområder, og i hospicefilosofien er der en lang tradition for at integrere den åndelige dimension som en vigtig del af omsorgen.

For at kunne yde denne omsorg er det nødvendigt at sætte sig ind i, hvad det åndelige område dækker. Man kan se aspektet ud fra personalets, de pårørendes eller ud fra den døendes perspektiv. I denne undersøgelse er omdrejningspunktet de alvorligt syge og døende.

Det er deres levede erfaringer vedrørende den åndelige dimension, der er udgangspunktet. Interviewpersonerne er alle alvorligt syge og døende mennesker indlagt på Sankt Lukas Hospice i Hellerup.

Hvad er det åndelige?

Til den åndelige dimension hører både åndelige behov og åndelig omsorg. Selve ordet ånd betyder livskraft, livsgnist eller det inderste i personen (2).

Det åndelige indbefatter både det eksistentielle og det religiøse.

Det eksistentielle vedrører de grundlæggende livsvilkår, såsom livet, døden og meningen med tilværelsen (3).

Religion er forholdet til Gud eller en højere magt, dvs. det omfatter temaer som tro, gudsbillede og religiøse traditioner (2,4).

Søren Kierkegaard taler om ånden som selvet (5). Og det specielle ved selvet er i hans forståelse af begrebet, at selvet forholder sig – til tiden og til sig selv, men også til den Gud, der har givet det livet.

- Det eksistentielle: At forholde sig til sig selv.
- Det religiøse: At forholde sig til den, der har givet livet (Gud).

Det åndelige består således af både eksistentielle og religiøse aspekter (2,4). Når mennesker konfronteres med livets skrøbelighed (og i undersøgelsen tænkes på konfrontationen med døden), tydeliggøres de eksistentielle vilkår og behovet for at

►► Figur 1. At fortælle sin livshistorie

Hvad giver det patienten?

- mening/sammenhæng
- hjælp til at forsone sig
- energi og glæde
- tydeliggør mestringsstrategier
- styrker identiteten
- lindrer smerte
- åndelig omsorg

Hvad giver det sygeplejersken?

- oplevelse af samhørighed
- stjernestunder
- bevægende nærvær
- nuanceret billede af patienten
- forståelse af situationen
- hjælp til at kunne yde åndelig omsorg

Hvad kræver det?

- tid
- rum
- respekt
- fysisk og mentalt nærvær
- at lytte og spørge ind
- oprigtig interesse

►► Figur 2. Hvad truer og styrker identiteten

Truer identiteten

- Kroppens forfald
- Kontroltab
- Mødet med sundhedsvæsenet
- Mødet med døden

IDENTITET

Styrker identiteten

- Kropspleje
- At bevare en del af autonomien
- At blive mødt med respekt og værdighed
- At sætte sig spor (livshistorie)
- At forsone sig med sin fortid
- At være forankret i sit livssyn

►► Figur 3. Informanternes religiøse tilknytning

Ingen religion
1 person

Privat religiøs
1 person

Kulturkristen
5 personer

Privat kristen
3 personer

Kirkekristen
2 personer

formulere/leve med de eksistentielle spørgsmål og måske finde svar (mestring/tolkninger) i religion eller livstydninger.

Sparsom litteratur

Jeg har gennemgået den danske litteratur på området og udvalgte dele af den nordiske og også en del international litteratur. Det er sparsomt, hvad der findes af egentlig forskningslitteratur om den åndelige dimension på dansk.

Den åndelige dimension hos døende mennesker er beskrevet i en del udenlandske undersøgelser og studier (6,7,8,9), der viser, at der er en øget religiøs fokusering for mennesker med livstruende sygdom, og at der er et ønske om åndelig støtte fra patienternes side. Men der er forhold, der gør, at patienterne ikke altid får den omsorg, som de ønsker og har behov for på dette område (6,9).

Der er i undersøgelserne fokuseret en del på sygeplejerskens måde at give eller ikke give åndelig omsorg på, mens døende

“Vejen fra angst og fortvivlelse til tro er mulig for de fleste, men nogle få forbliver i fortvivlelsen.”

menneskers egne åndelige mestringsstrategier kun er undersøgt i ringe grad.

Døendes behov

For at identificere døende menneskers behov og opfyldelsen af disse behov er denne undersøgelse koncentreret om følgende spørgsmål:

- Hvordan oplever patienten mødet med en livstruende sygdom og den forestående død?
- Hvilke åndelige behov opstår?
- Hvordan finder og bevarer patienten livskraften (den åndelige dimension)?
- Hvad og hvem støtter/hjælper patienten i forhold til den åndelige dimension?

Formålet med undersøgelsen har været at danne grundlag for at forbedre kvaliteten af den åndelige omsorg og øge sygeplejerskens kompetence på området til gavn for patienter på Sankt Lukas Hospice, men også generelt i sundhedsvæsenet (2).

Kvalitativ metode

I undersøgelsen er anvendt den kvalitative forskningsmetode, hvor indsamling af data er foregået ved hjælp af kvalitative interview. Den videnskabssteoretiske tilgang til undersøgelsen er den fænomenologisk/hermeneutisk inspirerede metode (10).

I interviewene er den fænomenologiske metode brugt med henblik på at kunne beskrive patienternes udsagn så præcist som muligt uden at forklare eller analysere.

Undersøgelsens resultater er fremkommet ved en analyse af de svar, som patienterne har givet. Til analysen er hovedsageligt brugt en hermeneutisk (tolkende) metode.

Der er udarbejdet en guide med udvalgte temaer og spørgsmål. Interviewene er foregået som planlagt ud fra guiden, men struktureret og åbent, dvs. at spørgsmålene ikke er stillet i en bestemt rækkefølge (2,10).

I undersøgelsen indgik 12 personer, hvilket viste sig at være nok til at opnå en vis mætning.

Etiske overvejelser

Man kan spørge, om det er etisk korrekt at interviewe så syge mennesker om dybe eksistentielle emner? Og er det værd at bruge sine sidste kræfter på at besvare spørgsmål? Men det viste sig, at patienterne gerne ville deltage. Det er min erfaring, at døende mennesker ikke er mentalt svage mennesker, de vil gerne være med til at give deres styrke og visdom videre til andre, og sådan blev det også i denne undersøgelse (1,2). Det har også vist sig, at samtalerne i sig selv var hjælpsomme for patienterne. Selve interviewene blev en form for åndelig omsorg.

Syv hovedtemaer

Resultaterne af undersøgelsen er centreret om syv hovedtemaer:

Livshistorie

Ved at fortælle livshistorie/troshistorie finder patienterne mening (sammenhæng) og livsgnist (glæde). Ligeledes styrkes identiteten, gamle mestringsstrategier tydeliggøres, og nye træder frem. Livsfortællingen giver også patienterne en hjælp til at kunne forsones sig med fortiden (livet) og fremtiden (døden) (se figur 1).

Identitet

Patienterne oplever, at selvbilledet ændres og identiteten trues, når kroppen forfalder. Endvidere er oplevelsen af kontroltab og mødet med hospitalsvæsenet skræmmende for dem.

Modsat sker der en fastholdelse af selvbilledet og en styrkelse af identiteten gennem værdig kropspleje, når autonomien fastholdes, og ved at de døende bliver behandlet med respekt og værdighed.

Det grundlæggende åndelige behov er at være sig selv: ”Her får jeg lov at være den, jeg er,” og blive sig selv, dvs. opdage nye sider hos sig selv eller udvikle sider, som man ikke kendte før, f.eks. troen på Gud (2) (se figur 2).

Religiøs tilknytning

Den religiøse tro og det religiøse liv styrker selvværdet. Patienternes religiøse tilknytning er vidt forskellig (fra areligiøs til kirkekristen) med en overvægt af en personaliseret religiøsitet, som vil sige, at man selv sammensætter sin religiøsitet ved at øse af forskellige kilder (2,4). Tro og livssyn grundfæstes og udfordres gennem sygdommen og konfrontationen med døden. Patienterne oplever Hospice som et sted, der kan rumme tro, tvivl, kamp, angst og fortvivlelse (se figur 3).

Religiøs mestringsstrategi

Patienterne søger at fastholde hidtidige betydningsfulde mål og midler i deres religiøse mestringsstrategier under sygdommen, men samtidig viser undersøgelsen, at der, i de tilfælde, hvor det ikke lykkes, sker en transformering af mål og/eller midler (2,4).

Bøn og meditation er en naturlig del af mestringsstrategien for de fleste døende mennesker, men gudsbilledet kan godt være forskelligt, det kan være negativt, at man f.eks. ser Gud som en straffende og streng Gud, men for de fleste er det positivt, hvor man ser Gud som kærlig.

Af andre mestringsstrategier er samtaler om tro et væsentligt ele- ▶



”Det specifikke for den åndelige omsorg er imidlertid, at den hører under væren og ikke så ofte under gøren.”

► ment, ligesom deltagelse i gudstjenesten og læsning af salmebogen også bruges som handlingsmæssig strategi i den religiøse mestring.

Religiøs tro fører til tryghed og oplevelse af Guds nærvær, men hos enkelte til utryghed og oplevelse af Guds fravær.

At forholde sig til tiden, sig selv og Gud

Undersøgelsen bekræfter Søren Kierkegaards tanker om angst og fortvivlelse (3), nemlig at denne tilstand bunder i, at mennesker ikke vil være sig selv, men vil af med sig selv. Det sker dels ved, at de sammenligner sig med andre mennesker og ønsker at være en anden, dels ved, at de etablerer sig i deres lidelse, samt ved at isolere sig. Bag fornærmethed og indelukthed ligger imidlertid længslen efter åbenhed og nærhed. Personalets nærvær og samtaler med den syge hjælper vedkommende til at give angsten ord og åbne sig for det gode. Vejen fra angst og fortvivlelse til tro er mulig for de fleste, men nogle få forbliver i fortvivlelsen (2,5).

Meningen med livet

En støttende omsorg, hvor det enkelte menneskes lidelse erkendes, formuleres og bearbejdes i en atmosfære af åbenhed og respekt, er den forudsætning, som patienterne oplever på hospice, og som hjælper dem til at opdage og fastholde meningen.

Under sygdommen fastholdes de meningskabende faktorer såsom forholdet til familien og troen på Gud.

Det døende menneske efterspørger ikke et teoretisk svar på lidelsens problem (mening med lidelsen), men har brug for et sprog til at udtrykke lidelsen. Det sker hovedsageligt gennem samtale og bøn. Det viser sig at betyde mere for den døende at finde en mening, forstået som noget værdifuldt midt i lidelsen, end at finde en mening med lidelsen (1,2) (se figur 4).

Hospice som ramme

At skabe praktisk og åndeligt fællesskab mellem patienter og personale er åndelig omsorg, og fællesskabet værdsættes af patienterne.

At kortlægge patientens forhold til religion og åndelige spørgsmål, ved at personalet uopfordret spørger til den åndelige dimension hos patienten, er i sig selv åndelig omsorg, men også et nyttigt redskab for at kunne yde den åndelige omsorg, som den enkelte har brug for.

Patienterne har brug for rum til, at de kan være sig selv og udfolde egen tro og livsholdning.

De ønsker støtte og følgeskab, ikke at personalet forsøger at løse deres eventuelle åndelige problemer.

I smukke rum og med en atmosfære af ro, langsomhed, respekt og omsorg oplever patienterne, at de kan udfolde sig og være sig selv (se figur 5).

Styrke og svagheder

Styrken ved dette studie er en kombination af litteraturstudier og en empirisk del. Gennemgangen af litteratur om emnet og tidligere forskning har sammen med egne erfaringer ført til selve undersøgelsen.

Svagheden er, at det kun er patienter på Sankt Lukas Hospice, der er indgået i undersøgelsen. Der kunne tænkes en tilsvarende undersøgelse på en almindelig sengeafdeling og endelig en sammenligning mellem de to undersøgelser.

I en del undersøgelser om den døendes åndelige behov og om åndelig omsorg har man spurgt sygeplejersken og nogle få gange de pårørende (8,9). Styrken ved denne undersøgelse er, at det er de døende selv, der er spurgt om deres oplevelser og levede erfaringer. På den anden side er det en svaghed, at det kun er patient-

►► Figur 4. Det meningsgivende i situationen

Hvad giver mening?	Hvordan?
• At skabe:	• Give ting • At beskikke sit hus
• At opleve:	• Æstetik, natur, kunst • Modtage nærvær • Se tilbage
• At opleve:	• Samtaler • Refleksion • Tro
Værdier:	Kærlighed, fællesskab

►► Figur 5. Sygeplejersken udøver åndelig omsorg ved

At lytte til:	At spørge ind til:	At give støtte til:	At være nærværende:	At give kroppleje:
<ul style="list-style-type: none"> • Livshistorie • Troshistorie • Ønsker og behov 	<ul style="list-style-type: none"> • Symptomer • Åndelige spørgsmål • Ønsker og behov 	<ul style="list-style-type: none"> • At være sig selv • Livssyn og mening • Fællesskab: praktisk og åndeligt • Praktisere religion og livssyn 	<ul style="list-style-type: none"> • Tid • Opmærksomhed • Skabe ro og rum • Stilhed • Langsomhed 	<ul style="list-style-type: none"> • Med respekt • Med værdighed • Med nænsomhed • Sanselighed • Faglighed

►► OM AT TRO ELLER IKKE TRO

"Jeg har skabt alt selv, jeg tror ikke på nogen religion, og som jeg har levet, ønsker jeg at dø. For mig er det godt at modtage omsorgen her på hospice – her kan jeg få lov at være den, jeg er."

Ældre mand.

"Jeg har gået i kirke, siden jeg var 10 år. Jeg har altid bedt min aftenbøn. Og nu, hvor jeg skal dø, er min bøn blevet mere intens, det styrker mig i troen og hjælper mig til at klare de strabadser, som jeg skal igennem. Her på hospice får jeg støtte, sympati, medfølelse og omsorg, her tages hensyn til den enkelte, her kan man få lov at være sig selv."

Yngre mand.

terne, der er blevet spurgt, og at undersøgelsen kun er baseret på interview. En lignende undersøgelse, hvor både pårørende og personalet også inddrages, ville dække bredere.

Betydning for personalet

Åndelig omsorg er en del af helhedsplejen. Derfor hører måden, hvorpå man udfører den fysiske pleje, også med til den åndelige omsorg. Det specifikke for den åndelige omsorg er imidlertid, at den hører under væren og ikke så ofte under gøren. I plejeprocesserne er observation, vurdering, handling og efterfølgende evaluering vigtige elementer. Her bygges på rutiner, erfaringer og viden. I den åndelige omsorg er mødet, nærværet og opmærksomheden vigtige elementer. Jeg mener, at der er faglige kompetencer, som er væsentlige i den åndelige omsorg. Undervisning i kommunikation, religionspsykologi og teologi er nyttigt. Men det allervigtigste er en god normering og en positiv holdning sammen med et mod til at turde gå ind i lidelsens rum med ydmyghed og vilje til at lytte og være nærværende. I dette rum gælder det om at give patienten mulighed for at udfolde egen tro og livssyn, men i høj grad også om uopfordret at tage de eksistencielle og religiøse emner op. Det kræver tid og mod. Tid er både antal minutter og en holdning, der afspejler langsomhed, ro og tålmodighed. Modet betyder at turde være åbne for disse temaer, for det vil betyde, at personalet skal kunne rumme patientens eventuelle angst, tvivl og fortvivlelse. Åndelig omsorg er centreret om væren og samtale, men sygeplejersken må også være klar til religiøse handlinger, dvs. enten selv eller via en stedfortræder at bede en bøn, læse fra Bibelen eller læse eller synge en salme. Endvidere kræver den åndelige omsorg, at sygeplejersken skaber tid, ro og rum for patientens livsfortælling ved at være opmærksom, lyttende og oprigtigt interesseret.

*Rita Nielsen er udviklingssygeplejerske på
Sankt Lukas Hospice i Hellerup.*

*Yderligere oplysninger om undersøgelsen findes i Rita Niensens bog "At være sig selv – At blive sig selv." Unitas Forlag 2005.
rh@nielsen.mail.dk*

Litteratur

1. Nielsen, Rita. I dødsryggen dal – omsorg og sjælesorg. København: Unitas Forlag; 2000.

2. Nielsen, Rita. At være sig selv – At blive sig selv. Den åndelige dimension hos døende mennesker. København: Unitas Forlag; 2005.
3. Yalom ID. Eksistenciel psykoterapi. København: Hans Reitzels Forlag; 1998.
4. Pargament KI. The psychology of religion and coping. Theory, Research, Practice. New York: The Guilford Press; 1997.
5. Kierkegaard S. Sygdommen til Døden (1849), Samlede Værker, København: Gyldendal; 1963.
6. Bolmsjø I. Existential Issues in Palliative Care – Interviews with Cancer Patients. J Palliat Care 16:2/2000; 20-4.
7. Gruman MM, Spiegel D. Living in face of death: Interviews with 12 terminally ill women on home hospice care. Palliat Support Care 2003, (123-2)
8. Sodestrom KE, Martinson IM.: Patients' spiritual coping strategies: A study of nurse and patient perspectives. Oncol Nurs Forum 1987; (2):41-6.
9. Strand S, Strand P, Ternstedt B-M. Existential support in brain tumor patients and their spouses. Support Care Cancer 2001;(9):625-633
10. Kvale S. Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Reitzels Forlag; 2004.

►► ENGLISH ABSTRACT. Nielsen R. Dying patients need spiritual care. Sygeplejersken (5)2006:48-53.

The article describes a study of how people experience being confronted by death. What spiritual needs arise and how can allowances be made for these?

The answer, and thus the conclusion of the study, is as follows: When confronted with death, people experience that their image of themselves changes and that their identity is threatened. Values which engender meaning, the way they conduct themselves and their attitude to religion are challenged. Someone who is dying needs to maintain an image of self and to strengthen his/her identity, i.e. to be and become him/herself.

Allowance is chiefly made for this need by means of religious strategies, i.e. through prayer, faith and dialogue about things religious. Similarly, dignified body care and life history are great importance. Elbowroom, personal presence, the company and support of the staff and, not least, that the staff enquire of their own accord with regard to the spiritual dimension, help to make allowance for spiritual needs.

The study was based on qualitative interviews with 12 patients. These have been analysed phenomenologically/hermeneutically. The results can be enumerated in seven main themes: Life story, identity, religious affiliation, religious mastering, relating to time, self and God, meaning and the hospice as a setting and significance of the staff.

Keywords: Life story, mastering strategies, spiritual care.



Undersøgelsen fra Frederiksborg Amt viser, at flere af de deltagende sygeplejersker slet ikke kunne tænke sig eller er uafklarede, om de ville deltage i et religiøst ritual som f.eks. bøn eller bibellæsning med patienten.

Åndelig omsorg bør have mere plads i sygeplejen

Berøringsangst. Tilbageholdenhed blandt sygeplejersker kan stå i vejen for udviklende samtaler af eksistentiel/åndelig art hos kronisk syge patienter. Samtalerne kan være afgørende for patienternes livskvalitet og mestring af deres sygdom.

18 sygeplejersker mener, at åndelig omsorg er relevant i sygeplejen, men af dem spørger kun syv altid patienterne om deres åndelige overbevisning, og 12 vil ikke eller er uafklarede mht. at praktisere et religiøst ritual med patienterne.

Resultaterne stammer fra en spørgeskemaundersøgelse foretaget på Neurologi- og Rehabiliteringsenheden i Frederiksborg Amt i efteråret 2004. Undersøgelsen viser bl.a., at dobbelt så mange sygeplejersker som social- og sundhedsassistenter er afvisende over for at foretage religiøse ritualer med patienterne, og at tilbageholdenheden, ifølge sygeplejerskerne, først og fremmest skyldes tidsnød og manglende forudsætninger, samt at tro anses for at være patientens privatsag. Undersøgelsen viser, at tilbageholdende og usympatisk oplevede patienter, der kunne tænkes at have det største behov for støtte til at forlige sig med deres livssituation, virker hæmmende på sygeplejerskernes lyst til at tage initiativ til en eksistentiel samtale. Resultaterne i undersøgelsen bekræftes i store træk af lignende undersøgelser foretaget i nordiske og engelsktalende lande (1,2,3,4).

Lyder lidt hengemt

Åndelig omsorg lyder lidt hengemt og giver associationer i retning af bibler og nøddåb. Men begrebet (se definition i boks) rummer i dag meget mere (1,3,5,6,7,8), og det var den, som i

spørgeskemaet blandt flere mulige vandt størst tilslutning hos respondenterne.

Det omfatter at støtte og respektere patienten, at stille ind på dennes frekvens, lytte til det usagte, som måske piner ham og forsigtigt invitere til en samtale eller ordveksling. Eller måske på det rigtige tidspunkt sige noget, der signalerer lydhørhed, åbenhed og forståelse (3,7,8,9).

Vi fik under vores praktikophold på forskellige afdelinger indtryk af, at mange sygeplejersker var tilbageholdende med at indlede eller følge op på dybere samtaler, selv når patienten så ud til at være stærkt berørt af sin situation. Vi valgte derfor at undersøge, hvordan plejepersonalet forholdt sig til åndelig omsorg. Når valget faldt på en afdeling med apoplexia cerebri som speciale, var det, fordi vi forestillede os, at det åndelige behov hos netop denne patientgruppe ikke ville blive set og imødekommet pga. plejepersonalets fokusering på den fysiske rehabilitering (se artiklen "Patienten sætter dagsordenen" side 57).

Vi mener, at åndelig omsorg bør have mere plads i sygeplejen, fordi patientens sindsstemning og livsopfattelse har stor indflydelse på hans velvære og mestringsevne (3,8). Den voldsomme omvæltning, som sygdom kan føre til, kalder ofte på en ny måde at forholde sig til livet på. I denne spæde fase, hvor nye tanker om meningen med livet kan opstå, er det vigtigt, at sygeplejersken er klædt på til at kunne støtte sin patient (3).

►► DEFINITION PÅ ÅNDELIG OMSORG

"Åndelig omsorg er i tanke, ord og handling at udvise dyb respekt for det hele menneske set som et unikt individ, hvor plejepersonen og patienten indgår i en ligeværdig relation."

Definitionen af åndelig omsorg er en tilstræbt essens af Kari Martinsens menneskesyn.

Svært at tage initiativ

I undersøgelsen kunne der spores en vis tilbageholdenhed i plejepersonalets holdning med hensyn til at tage initiativ til at berøre åndelige emner i samspil med patienten. To faktorer indikerede dette: Patienten skulle helst selv gøre opmærksom på sit åndelige behov. 11 spurgte uopfordret og altid, mens 10 spurgte, hvis patienten tog initiativ, 23 oplevede det fremmede, at pa-

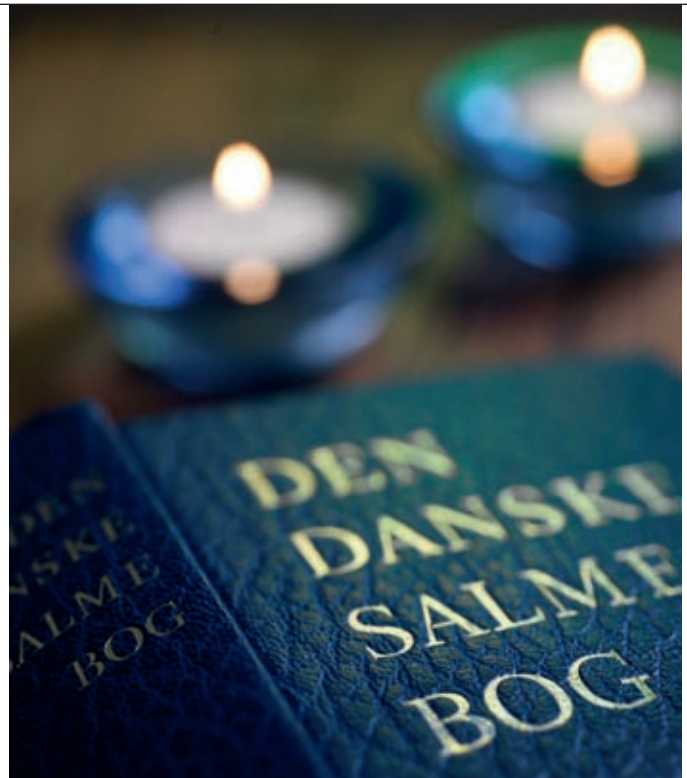
Det kan være svært for sygeplejersker at tage initiativ til at berøre åndelige emner, viser undersøgelsen fra Frederiksborg Amt.

- tienterne stillede spørgsmål om emnet. Tilbageholdenheden blev understreget af, at 22 ikke kunne tænke sig eller var uafklarede med hensyn til at deltage i et religiøst ritual som f.eks. bøn eller bibellæsning med patienten. Det indikerer en berøringsangst, som især sygeplejerskerne bar præg af, idet fire ud af 14 social- og sundhedsassistenter og tre ud af 19 sygeplejersker svarede, at de godt kunne tænke sig at deltage i et ritual med alle patienter.

Den svage patient er taber

Patientens henholdsvis aktive eller passive indsats i samspillet med pleje-personen om åndelige emner så ud til at påvirke plejepersonens handlemåde. Desuden havde det, når plejepersonalet udøvede åndelig omsorg, en fremmede virkning på 20 af respondenterne, at patienten blev oplevet som sympatisk.

Konsekvensen af dette er, at den patient, der er sympatisk, og som selv tager initiativ ved et åndeligt behov, i højere grad vil få



►► ENGLISH ABSTRACT.

Dam E. Johansen L, Jørgensen HB, Winck O. Spiritual care should play a greater role in nursing. Patients set the agenda. *Sygeplejersken*(5)2006:54-8.

A survey carried out at the Frederiksborg County Neurology and Rehabilitation Unit reveals that nursing staff, despite their awareness of the spiritual aspect of care, are reluctant to broach the subject of spirituality in their interaction with patients. The majority do not wish to participate in religious rituals such as bible reading or prayer. The reasons given are pressure of time, a lack of relevant qualification and the opinion that faith is a private matter. It was much easier to provide spiritual care for congenial patients. Consequently, patients whose behaviour was congenial and who themselves took the initiative in relation to spiritual matters are more likely to get help than patients who appear uncongenial, lack initiative or whose spiritual needs are unknown. A patient may find him/herself in a state of existential crisis, which may be camouflaged by anger or depression. These emotions, in relation to this particular group of patients, can be interpreted by less confident staff as being somatic in character. The reticence of nursing staff may lead to those with greatest need for help in finding meaning in their lives getting no help at all.

The conclusions of the survey were by and large supported by literature.

Ettie Dam, nursing student, exam.art. and graphic designer

Lars Johansen, nursing student, Emergency Medical Technician (USA)

Beate Herup Jørgensen, nursing student

Olga Winck, nursing student and lawyer

Keyword: Spiritual, attitude, apoplexia, existential, meaning.

hjælp end den patient, der virker usympatisk, initiativløs, og som måske har et uerkendt åndeligt behov. Dette kan ofte være kamoufleret af vrede eller depression (10). Følelser, der netop hos denne patientgruppe bekvemt lader sig tolke som værende udelukkende af somatisk karakter af en usikker, tilbageholdende personalegruppe.

Den tilbageholdenhed, som plejepersonalet signalerer, kan føre til, at blufærdige patienter ikke får tilgodeset deres åndelige behov pga. frygten for at blive latterliggjort eller betragtet som skøre af omgivelserne (1). I en kvalitativ engelsk undersøgelse havde respondenterne ikke noget imod at fortælle om deres tro til interviewereren, fordi de blev mødt af en lydhør person (1).

Pas på blinde pletter

Udøvelsen af åndelig omsorg handler først og fremmest om, at plejepersonen i tanke, ord og handling er nærværende (7). Det handler ikke om, at plejepersonen nødvendigvis bruger mere tid i samværet med patienten, hvilket nogle respondenter tror, men om, at den anvendte tid rummer mere kvalitet, afspejlet i den holdning plejepersonen møder patienten med. Det at kunne indgå i et forhold til en anden person, hvor mødet foregår på dennes præmisser, kræver menneskelig modenhed, bevidsthed og uddannelse. Det sidste indbefatter mere end boglig lærdom (1,2,3,4,7,10). Utraditionelle metoder må tages i brug, f.eks. rollespil og konkret træning i aktiv lytning. Uddannelsen/supervisionen må indeholde bevidstgørelse og refleksion over egne blinde pletter, så projektion kan undgås. Plejepersonen må tage udgangspunkt i patienten og ikke i sig selv (10).

Behov for uddannelse

Undersøgelsen viste, at ledelsens og kollegaernes holdning til udøvelsen af åndelig omsorg var af stor betydning, idet 17 oplevede denne gruppes vægtning af åndelig omsorg som fremmede,

Patienten sætter dagsordenen

mens 21 oplevede manglende vægtning i gruppen som hæmmende.

Respondenterne tilkendegav, at behovet for uddannelse og supervision i forbindelse med den åndelige dimension var stort, 29 mente ikke, at de modtog tilstrækkelig supervision på arbejdspladsen, og 16 havde ikke følt sig tilstrækkeligt rustet gennem deres uddannelse. 22 mente, at øget fokus på åndelig omsorg i deres uddannelse var tiltrængt.

På trods af plejepersonalets store opmærksomhed på den åndelige dimension i plejen og rehabiliteringen af den kroniske patient samt personalets oplevelse af, at der blev ydet åndelig omsorg på afdelingen, kan der stilles spørgsmål ved, om det åndelige behov, især hos de ressourcetsvage patienter, bliver imødekommet.

De barrierer, der hos plejepersonalet oplevedes som en hæmsko i udøvelsen af åndelig omsorg, og som ifølge undersøgelsen ser ud til at gælde generelt, forestiller vi os mindsket gennem en velvillig og visionær indstilling hos politikere og ledere i primær- og sekundærsektoren. Det indebærer en opprioritering af den åndelige dimension i sundhedssektoren og supervision af kommende og nuværende plejepersonale.

Hele undersøgelsen kan rekvireres ved henvendelse til ettiedam@inet.uni2.dk

Litteratur

1. Narayanasamy A. Spiritual coping mechanisms in chronically ill patients. *Br J Nurs*, 2002;11(22):1461-70.
2. Stranahan S. Spiritual perception, attitudes about spiritual care, and spiritual care practices among nurse practitioners. *West J Nurs Res*, 2001;23(1):90-104.
3. Strang S, Strang P, Ternestedt B. Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *J Clin Nurs* 2002;11:48-57.
4. Vance DL. Nurses' attitudes towards spirituality and patient care. *Medsurg Nurs* 2001;10(5):264-8.
5. Hovdenes GH. Det "åndelige" er det relasjonelle. *Sykepleien*, 1999;(11).
6. Martinsen K. Fænomenologi og omsorg. Tre dialoger. Med efterord af Katie Eriksson. København: Gads Forlag; 1998.
7. Overgaard AE. Åndelig omsorg-lærebog. København: Dansk sygeplejeråd; 2003.
8. Stifoss-Hansen H, Kallenberg K. Livssyn, sundhed og sygdom. København: Hans Reitzels Forlag; 1999.
9. Martinsen K. Fra Marx til Løgstrup. København: Munksgaard; 2000.
10. Travelbee J. Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje. København: Munksgaard Danmark; 2002.

Relevans. Åndelig omsorg er relevant inden for sygeplejen og kan have relevans for alle patientgrupper. Design, metode, formål og anbefalinger fra undersøgelsen om udøvelse af åndelig omsorg til patienter med apoplexia cerebri.

I undersøgelsen fra Neurologi- og Rehabiliteringsenheden i Frederiksborg Amt deltog plejepersonale til patienter med apoplexia cerebri på de tre afsnit, som afdelingen består af. I alt 64 ansatte, hvoraf 38 besvarede spørgeskemaet. Heraf blev tre erklæret ugyldige, hvilket gav en svarprocent på 59. Fordelt på faggrupper kunne de 35 respondenter opdeles i 19 sygeplejersker, 14 social- og sundhedsassistenter og to sygehjælpere. Gennemsnits- og medianalder var 43 år med en aldersspredning på 25-68 år. Trostilhørsforholdet fordelte sig således: 27 kristne, fem troende på en højere magt, to ateister, en østerlandsk religion, én ingen livsholdning. Ingen jøder eller muslimer var repræsenteret. Til trods for tilbageholdenheden i praksis giver 33 udtryk for, at åndelig omsorg er relevant inden for sygepleje og kunne have relevans for alle patientgrupper.

De mest hæmmende faktorer i udøvelsen af åndelig omsorg var (angivet i prioriteret rækkefølge):

- Tidsnød (24 respondenter)
- Manglende forudsætninger (16 respondenter)
- Opfattelsen af, at tro var patientens privatsag (16 respondenter),
- Kollegaers manglende vægtning af åndelig omsorg (14 respondenter).
- De mest fremmende faktorer i udøvelsen af åndelig omsorg var (angivet i prioriteret rækkefølge):
- Spørgsmål fra patienten (22 respondenter)
- Sympati over for denne (20 respondenter)
- Overbevisning om, at åndelig omsorg er et sundhedsfagligt område (20 respondenter).

Undersøgelsen viste, at der er stor opmærksomhed på den åndelige dimension og villighed til at dygtiggøre sig på området, men at der eksisterer en vis tilbageholdenhed med uopfordret at bringe åndelige emner på bane i interaktionen med patienten.

Gennemførelse af projektet

Afgrænsning, problemformulering og formål

På baggrund af vores forforståelse opstillede vi følgende hypotese: "At det åndelige behov hos patienter med apoplexia cerebri ►

- ikke bliver set og imødekommet af plejepersonalet pga. stort fokus på fysisk rehabilitering.”

Ud fra denne genererede vi følgende problemformulering: ”Hvilken opmærksomhed giver plejepersonalet den åndelige dimension af omsorgen til patienter med apoplexia cerebri, og hvilke faktorer spiller ind på personalets tilgang og samspil med patienterne om åndelige behov?”

Med udgangspunkt i relevante forskningsresultater, litteratur og en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse på tre hospitalsafsnit for behandling og rehabilitering af patienter med apoplexia cerebri i Frederiksborg Amt søgte vi at besvare spørgsmålene i problemformuleringen ved at anvende en triangulering. De tre vinkler, vi hentede belæg fra for at kunne udlede en sandsynlig konklusion, er viden genereret ud fra litteratur:

- Forskning med fokus på åndelig omsorg omfattende teoriudredning og relevante udenlandske undersøgelser, især en svensk undersøgelse (3).
- Sygeplejeteoretikere: *Kari Martinsen* (6,9) og *Joyce Travelbee* (10).
- Vores egen spørgeskemaundersøgelse. Sidstnævnte er meget begrænset i omfang, og undersøgelsen ville have begrænset validitet, hvis ikke den blev holdt op imod litteratur.

For at afgrænse forskningsmaterialet opsatte vi følgende kriterier:

- I begrebsafklaringen skulle definitionen på det åndelige i undersøgelserne være i overensstemmelse med denne opgaves definition, hvor det åndelige ses som det eksistentielle og interrelationelle. Studiepopulationerne skulle være sammenlignelige med vores studiepopulation.
- Vi ville prioritere nordiske undersøgelser, da baggrunden i Skandinavien er fælles hvad angår kultur og sekularisering.
- Af hensyn til aktualitet måtte videnskabelige undersøgelser senest være fra 1999.

Anbefalinger til sygeplejen

Hvis du vil invitere til en dybere dialog:

- Fornem, om patienten har behov for en dybere samtale, vurder, om han befinder sig i et følelsesmæssigt eller eksistentielt dilemma. Vær sikker på, at du har tid, overskud og lyst til at rumme patienten, at patienten har tillid til dig og at timingen er rigtig. Angiv evt. en tidsramme, f.eks.: ”Jeg har lige 10 minutter, må jeg sætte mig lidt hos dig?” Husk også, at bare én velvalgt bemærkning fra dig kan sætte en længere positiv tankeproces i gang hos patienten.
- Send en prøveballon op og se reaktionen. Sig f.eks.: ”Jeg har tænkt på, at det må være en svær situation for dig at være i. Hvor henter du egentlig styrken fra til at gå det igennem?” eller ”Når nogle bliver syge, tænker de ofte over, om der er en mening med det hele. Gør du dig også sådanne tanker?”
- Signalér med dit kropssprog, at du er parat til at lytte, sæt dig



”Fornem, om patienten har behov for en dybere samtale, vurder om han befinder sig i et eksistentielt eller følelsesmæssigt dilemma. Og vær sikker på, at du har tid og overskud til at rumme patientens tillid,” tilråder artiklens forfattere.

f.eks. på en stol i øjenhøjde med patienten. Vær opmærksom på din stemmeføring og tal blidt og respektfuldt. Vær ærlig.

- Stil åbne og uddybende spørgsmål som: ”Har du nogensinde tænkt over, at ...?” ”Må jeg stille dig et personligt spørgsmål?” ”Tror du på noget højere?” ”Har du lyst til at tale om det?” ”Der er nogle, der tror, at ..., hvad tror du?” Hvis patienten har en tro, kan du f.eks. tilbyde at bede en bøn/læse et stykke af Bibelen med ham. Hjælpe med at skabe ydre rammer, så han kan dyrke sin tro. Tilbyde at formidle besøg af præsten.
- Vær ikke bange for at fortælle, hvad du selv mener, men kun hvis patienten ser ud til at kunne bruge det til noget positivt. Undgå rådgivning. Hvis du ikke selv tror på noget, kan du adspurgt sige: ”Jeg har ikke selv nogen tro, men jeg har oplevet, at de, der tror, ofte hviler i sig selv og oplever stor ro.”
- Det er patienten, der sætter dagsordenen. Fornemmer du, at han ikke er interesseret i din mening, så bak ud og overlad igen ordet til ham. Lyt aktivt. Vær ikke bange for lange tænkepauser. Hvis I pludselig bliver afbrudt, så spørg, om han har lyst til at fortsætte samtalen en anden gang. Aftal gerne hvornår og hold ord. Tak ham til sidst for at have delt sine tanker med dig.

Undersøgelsen ”Åndelig omsorg på omstændighedernes præmisser” kan rekvireres via ettiedam@inet.uni2.dk

Ettie Dam er exam.art. og grafisk designer,

Lars Johansen er Emergency Medical Technician (USA),

Olga Winck er cand.jur.

Beate Herup Jørgensen er sammen med de tre øvrige forfattere sygeplejestuderende ved Frederiksborg Amts Sygeplejeskole.

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



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

dilemma

Din mening. Det vrimler med etiske dilemmaer i sygeplejen. *Sygeplejersken* vil gerne høre, hvad du ville gøre, hvis ... Læs historien nedenfor og send dine overvejelser til: redaktionen@dsr.dk senest tirsdag den 14. marts kl. 12.00. Det må højst fylde 1.000 tegn uden mellemrum. Redaktionen bringer et udvalg af svarene i næste nummer af *Sygeplejersken*.

Aldeles uprofessionelt

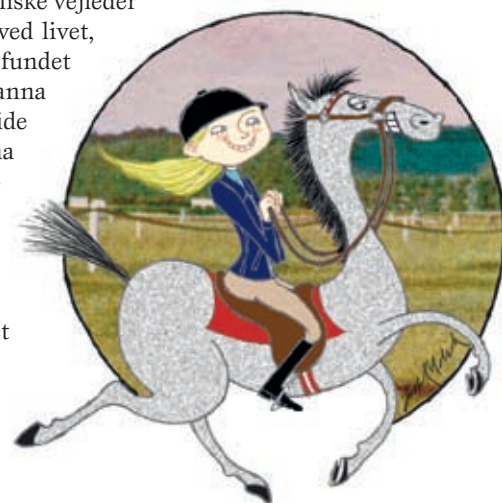
Susanna har været i praktik i psykiatrisk afdeling i to måneder. Sammen med sin kliniske vejleder er hun blevet kontaktperson for en ung kvinde, *Sif*, som nærer en udpræget lede ved livet, hvilket har fået hende til at skære sig i håndleddene flere gange. *Susanna* og *Sif* har fundet sammen om en fælles interesse: heste. De har begge redet, siden de var børn, og *Susanna* har stadigvæk part i en hest. Hun lover *Sif*, at de sammen kan tage ud til hesten og ride en tur i volten. Det bliver en fin dag. *Sif* viser glæde over turen og fortæller *Susanna* mange ting, som gør det lettere for *Susanna* at forstå hende. Næste dag kommer *Susanna*s vejleder hen og beder om at komme til at tale med hende.

"Jeg synes, du opførte dig aldeles uprofessionelt i går, da du tog *Sif* med ud til din hest," siger hun. "Det er fuldstændig uholdbart, at du indlader dig så meget med en patient og blander dit privatliv ind i arbejdet på den måde," fortsætter hun.

Susanna indvender, at det faktisk var første gang, hun så *Sif* være glad, og at det måske kan hjælpe at gøre ting sammen, som *Sif* har lyst til.

"Empati," svarer kontaktpersonen, "det er der brug for i det her fag, men ikke privathed. Du må holde en vis distance, ellers bliver du slidt op."

Hvad mener du: Er der grænser for, hvor tæt relationen mellem patient og sygeplejerske må blive?



Dilemma fra Sygeplejersken nr. 4

Nadja, som er sygeplejestuderende, får at vide, at hun kan knuse de piller, som *Fru Nielsen* ikke vil indtage, og komme dem i en skefuld syltetøj. Så opdager *Fru Nielsen* ikke noget.

Det er ulovligt

Snydepleje er ikke bare ubehageligt og nedværdigende, det er også ulovligt. Det ville nok være en god idé at starte med medicinen, så kunne kaffen og ostemaden være en kærkommen dessert. De fleste kan faktisk meget lettere tage en lille pille frem for noget ubestemmeligt pulver. Det kræver tålmodighed og passende forklaring om vigtigheden af medicinen. Pillerne gives en ad gangen sammen med patienternes foretrukne fødemiddel eller væske. Nogle gange kan det hjælpe at give patienterne pillen mellem to fingre, så de selv kan putte den i munden. Kan de ikke det pga. gigt eller andet, kan man få deres tilladelse til at gøre det med fingrene eller en ske. Skal medicinen knuses, fordi patienten ønsker det, skal det foregå foran denne, så hun kan se: Det er min medicin, der bliver knust. Så kan hun indtage medi-

cinen sammen med sit udvalgte synkemiddel.

*Kirsten Ahlgreen, sygeplejerske,
forfatter til bogen
Værdighed i Demensplejen.*

God idé

Det er ikke rigtigt at snyde et (ældre) menneske ved at knuse pillerne og give dem "under cover" på marmelade.

Måske spytter *Fru Nielsen* pillerne ud, fordi hun ikke har en god synkefunktion. En komplikation til apopleksi kan jo være fejlsynkning eller problemer med at synke. Jeg mener, idéen med at knuse pillerne er god – man behøver jo ikke holde det hemmeligt for *Fru Nielsen*. Chancen for, at *Fru Nielsen* gerne vil indtage medicin, når blot den er knust, er stor!

En anden mulighed er at forklare *Fru Nielsen*, hvad hun får den forskellige medicin for og måske ved hjælp af egen læge reducere i den faste medicin, hvis det på nogen måde er muligt.

*Kirsten Marie Knudsen,
sygeplejerske, ansat på Geriatrisk
afdeling, Haderslev Sygehus.*

Bornholm på kryds og tværs



Kursus 1: 18/5-24/5 2006

Uge-kursus på Bornholms højskole, som henvender sig til seniorsygeplejersker fra hele Danmark.

Bornholm er forskellig fra resten af Danmark. Det gælder især natur og landskab, hvor klipperne udgør en storslået del af helheden. Oplev dette særligt bornholmske i foredrag og emnegrupper og prøv de bornholmske egnsretter.

Bornholms Højskole
3720 Aakirkeby
Tlf.: +45 5697 4077 kl.10-14
Fax: +45 5697 4078
adm@bornholmshojskole.dk
www.bornholmshojskole.dk

Bornholm
SOMMERHØJSKOLE

Type 2. Hvis diabetikere altid anbringer deres insulininjektioner inden for samme lille hudområde, opstår der infiltrationer, lipohypertrofier, som kan medføre svingende blodsukkerværdier og forringet livskvalitet. Et studie viser, at lipohypertrofier kan forebygges med undervisning, men undervisningen må gentages for ikke at miste sin virkning.

Insulinfiltrater kan forebygges med undervisning

►► **TYPE 2-DIABETES.** 100.000-150.000 danskere har erkendt type 2-diabetes, mens det anslås, at mellem 100.000 og 200.000 har en endnu udiagnosticeret type 2-diabetes. Sygdommen i sig selv kan give generende symptomer, men det er udviklingen af en række diabetiske følgesygdomme, som kan have meget alvorlige konsekvenser for patientens sundhedstilstand på længere sigt.

På diagnosetidspunktet har mere end halvdelen af patienterne med type 2-diabetes mindst én diabetisk følgesygdom (6). Følgesygdommene viser sig i form af mikro- og makroangiopatiske forandringer. Mikroangiopatiske forandringer ses i øjne, nyrer og nerver. Makroangiopatiske forandringer optræder som åreforkalkning af koronarkar, ekstremiteter og cerebrale kar (5:93).

Behandlingens umiddelbare mål er at sænke blodglukoseniveauet ned mod det normale med kostomlægning og fysisk aktivitet. Hvis det ikke er tilstrækkeligt, suppleres med farmakologisk behandling som tabletter og/eller insulin. Formålet med behandlingen på længere sigt er at forebygge udvikling af og forværring i diabetiske følgesygdomme samt nedsætte overdødeligheden. De seneste anbefalinger (6) tilskynder intensiv blodglukosesænkende behandling, der som mål skal bringe HbA1c ned under 7 pct., hvilket svarer til en gennemsnitlig blodglukose på ca. 8 mmol/l.

Det, anslås til 10-20 pct. af type 2-diabetikere i Danmark behandles med insulin (7). Det forventes, at mindst 50 pct. vil få behov for insulinbehandling, hvis blodglukoseniveauet skal holdes på et optimalt niveau (8).

I forbindelse med insulininjektioner kan der opstå insulinfiltrater (lipohypertrofier) i subcutis, hvis der gives gentagne injektioner på samme sted. Ved palpering af huden føles lipohypertrofier som en hård bule.

Lipohypertrofier medfører varierende insulinabsorption, hvilket forårsager svingende blodglukoseværdier, og risikoen for utilsigtet hyper- og hypoglykæmi øges (1). Det kan være årsag til dårligere glykæmisk kontrol og forringet livskvalitet.

For at forebygge lipohypertrofier anbefales diabetikeren at foretage insulininjektioner mindst 3 cm fra sidste injektion på samme anatomiske område (2).

Dette emne er belyst i Steno-2-studiet, et større studie, hvor intensiv og konventionel behandling af type 2-diabetikere blev sammenlignet (se boks 1 side 62).

Ved opstart af insulinbehandling i intensivgruppen var det sygeplejerskens opgave at undervise patienterne i korrekt injektionsteknik og adfærd. Patienterne blev efterfølgende fulgt tæt i et år. Ved hvert ambulante besøg (ca. hver ottende uge) blev injektionsstederne inspiceret og palperet med henblik på at rette op på ukorrekt injektionsteknik og adfærd. Hvis der blev fundet tegn på lipohypertrofi, blev patienterne igen undervist i at ændre injektionsstedet inden for samme anatomiske område. Desuden undervistes i korrekt insulinadministration. Ved insulin-doser over 40 IE deltes dosis i to injektioner for at sikre bedre optagelse af insulin fra subcutis (3).

Lipohypertrofi blev registreret som en subkutan bule større end 0,5 cm x 0,5 cm på et område, hvor der ikke var injiceret insulin inden for de seneste 24 timer.

Patienterne i intensivgruppen blev fulgt på individuel basis af samme sygeplejerske gennem hele Steno-2-studiet. Gennem de første år af studiet identificeredes en del lipohypertrofier hos de insulinbehandlede patienter i intensivgruppen. Man besluttede derfor at designe et prospektivt observationsstudie. ►



Diabetiker Carl Nielsen får hjælp til at injicere sig selv.

► Sygeplejersken skulle i forbindelse med fire- og otteårsopfølgningen i Steno-2-studiet se alle insulinbehandlede patienter i begge grupper med henblik på forekomst af lipohypertrofi.

I både standardgruppen og intensivgruppen blev forekomsten af lipohypertrofier, køn, alder, insulinlindosis, insulinlindotype, kanyllængde og antal daglige insulininjektioner registreret ved de to opfølgninger.

Ingen af patienterne i de to grupper fik speciel opmærksomhed i forbindelse med insulininjektioner mellem fire- og otteårsopfølgning.

Markant færre lipohypertrofier

Fireårsopfølgningen viste, at betydelig færre patienter udviklede lipohypertrofi, når de var omhyggeligt undervist. Ud af de 40 insulinbehandlede patienter, der havde modtaget grundig undervisning i den intensive gruppe, var der otte, som havde udviklet lipohypertrofi.

I standardgruppen havde 17 ud af 31 patienter i insulinbehandling udviklet lipohypertrofi.

Den gennemsnitlige insulinlindosis var 56 IE i begge grupper (se tabel 1). Forekomsten af lipohypertrofier var uafhængig af insulinlindosis og desuden uafhængig af køn, alder, kanyllængde, insulinlindotype og antal daglige injektioner.

Ved otteårsopfølgningen var der 30 tilbageværende insulinbehandlede patienter fra den intensive gruppe, heraf havde 10 lipohypertrofi.

I standardgruppen var der 29 tilbageværende insulinbehandlede patienter, og heraf havde 12 lipohypertrofi. Den gennemsnitlige insulinlindosis var øget med ca. 30 IE i begge grupper (se tabel 1).

Den glykæmiske kontrol var i hele interventionsperioden bedst i den intensive gruppe.

Direkte adspurgt ved otteårsopfølgningen mente patienterne i begge grupper at have kendskab til lipohypertrofier. Det gjaldt for 25 af 30 i den intensive gruppe og 20 af 29 i standardgruppen. Desuden mente 25 og 27 i henholdsvis intensivgruppen og standardgruppen, at de spredte insulininjektionerne som anbefalet.

Undervisning bør gentages

Trods struktureret undervisning i intensivgruppen fandtes, at otte af 40 havde udviklet lipohypertrofier ved fireårsopfølgning.



Sygeplejersken spiller en væsentlig rolle i forbindelse med undervisning og opfølgning i korrekt injektionsteknik hos den insulinbehandlede diabetiker.

►► **BOKS 1. STENO-2-STUDIET.** Steno-2-studiet (9) startede på Steno Diabetes Center 1993 og sluttede med otteårsopfølgning 2001. Ansvarlig er professor, overlæge, dr.med. *Oluf B. Pedersen*, Steno Diabetes Center.

Formålet med studiet var at sammenligne effekten af målrettet, intensiv, multifaktoriel intervention med konventionel diabetesbehandling. Der indgik 160 patienter med type 2-diabetes og mikroalbuminuri, som ved lodtrækning blev inddelt i to grupper. Den ene gruppe modtog standardbehandling, primært hos deres praktiserende læge (standardgruppe). Den anden gruppe blev intensivt behandlet med fokus på livsstilsændringer samt trinvis farmakologisk behandling af hyperglykæmi, hypertension, dyslipidæmi og mikroalbuminuri (intensivgruppe). Intensivgruppen blev behandlet af et team på Steno Diabetes Center bestående af en læge, en sygeplejerske, en diætist og en bioanalytiker.

Alle patienter, der indgik i studiet, blev indkaldt til fire- og otteårsopfølgning, hvor de bl.a. blev undersøgt for følgesygdomme i form af mikro- og makroangiopatiske forandringer. Efter fire års behandling sås en ca. 50 pct. risikoreduktion i forekomsten af mikroangiopatiske forandringer i intensivgruppen sammenlignet med den standardbehandlede gruppe.

Samme risikoreduktion sås ved otteårsopfølgningen, som også viste en risikoreduktion af makroangiopatiske forandringer i samme størrelsesorden.

gen. At det er et problem, bekræftes ved, at der i standardgruppen var lipohypertrofier hos 17 af 31.

Ved otteårsopfølgningen var forekomsten af lipohypertrofi øget i intensivgruppen, men mindsket i standardgruppen. Dog var der ingen signifikant forskel på de to grupper.

Sygeplejersken spiller en væsentlig rolle i forbindelse med undervisning og opfølgning i korrekt injektionsteknik hos den insulinbehandlede diabetiker. Undervisningen må fokusere på at ændre eventuelle dårlige vaner og hermed forebygge lipohypertrofier (4). Sygeplejersken skal kende de risikofaktorer, der kan være med til at identificere diabetikere med lipohypertrofier (se boks 2).

Dette gælder både for type 1 og insulinbehandlede type 2-diabetikere. At en sådan opsporing og undervisning ikke blot kan gives én gang ved opstart af insulinbehandling, men bør foregå løbende, understreges af denne undersøgelse. Set i lyset af problemerne med at regulere blodglukose ved lipohypertrofi nytter det at bruge kræfter på undervisning og opfølgning i korrekt injektionsteknik med tanke på at forebygge dem (se boks 3).

Det er ikke nok at spørge diabetikeren eller mærke efter uden på tøjet. Huden skal inspiceres, og den normale hud og injektionsstederne skal palperes ud fra standardiserede retningslinjer. Det kan anbefales, at diabetikeren selv føler på lipohypertrofierne og får hjælp til at finde egnede injektionssteder inden for samme anatomiske område.

Det er ikke hensigtsmæssigt at injicere gennem tøjet, da det ikke er muligt at observere huden (4:39). Har diabetikeren fine injektionssteder, er der ingen grund til ændringer (5:63). Diabetikeren skal desuden undervises i rotation af insulininjektioner inden for samme anatomiske område. Ikke mindst skal der følges op på undervisningen.

►► BOKS 2. DIABETIKERE MED RISIKO FOR LIPOHYPERTROFIER

- svingende blodglukose
- dårlig blodglukoseregulation
- nystartet insulinbehandling
- store insulindoser.

►► BOKS 3. PRAKTISK FOREBYGGELSE AF LIPOHYPERTROFIER

- Vælg korrekt kanyllængde og injektionsvinkel.
- Injicer insulin i hudfold (pincetgreb) eller uden hudfold, afhængigt af det subkutane fedtvævs tykkelse og kanyllængde.
- Injicer insulin mindst 3 cm fra sidste injektion.
- Brug et skematisk rotationssystem til at sikre forskellige injektionssteder inden for samme anatomiske område.
- Injicer ikke insulin gennem tøj.
- Kanyler er engangsmateriale og skal kasseres efter hver insulininjektion.

►► **Tabel 1.** Forebyggelse af insulininfiltrat gennem intensiv undervisning af type 2-diabetikere.

	behandlingsgruppe		standard		p-værdi
	intensiv				
Fireårsopfølgning i Steno-2-studiet:					
forekomst af lipohypertrofi	8 af 40 ptt.	20 pct.	17 af 31 ptt.	55 pct.	0.02
gennemsnitlig insulindosis	56 IE		56 IE		NS
gennemsnitlig HbA _{1c}	7,8 pct.		9,5 pct.		<0,001
Otteårsopfølgning i Steno-2-studiet:					
forekomst af lipohypertrofi	10 af 30 ptt.	33 pct.	12 af 29 ptt.	41 pct.	NS
gennemsnitlig insulindosis	86 IE		80 IE		NS
gennemsnitlig HbA _{1c}	7,9 pct.		9,0 pct.		<0,001

Tabellen viser forekomsten af insulininfiltrat (lipohypertrofi) hos insulinbehandlede type 2-diabetespatienter, hvor en gruppe havde fået intensiv undervisning og opfølgning og en anden gruppe standardbehandling. Forekomst af lipohypertrofi blev vurderet ved fire- og otteårsopfølgning i Steno-2-studiet.
NS = nonsignifikans, dvs. ikke signifikant forskel mellem behandlingsgrupperne.

Nogle spørgsmål om lipohypertrofier er fortsat ubesvarede: Har nogle diabetikere på trods af korrekt injektionsteknik lettere ved at få lipohypertrofier end andre? Forsvinder lipohypertrofier hurtigere hos nogle diabetikere end hos andre?

*Forfatterne er ansat på Steno Diabetes Center.
Bente Blaaup Nielsen, BBNi@Steno.dk*

Litteratur

1. Young RJ, Hannan WJ, Frier BM, Steel JM, et al. Diabetic lipohypertrophy delays insulin absorption. *Diabetes care* 1984;7:479-80.
2. Zehrer C, Hansen R, Bantle J. Reducing blood glucose variability by use of abdominal insulin injection sites. *Diabetes Educ* 1985;16:474-7.
3. Binder C, Lauritzen T, Faber O, Pramming S. Insulin pharmacokinetics. *Diabetes Care* 1984;7:188-9.
4. Hansen B, Kirketerp G, Ehlers G, Nordentoft E, Hansen G. Kliniske retningslinier for injektion af insulin til voksne med diabetes mellitus. København: Dansk Sygeplejeråd; 2002.
5. Borriild LK, Musaeus L. Sygepleje til mennesker med diabetes. København: Munksgaard; 2001.
6. Type 2 diabetes. Medicinsk teknologivurdering af screening, diagnostik og behandling. Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen; 2003;5(1).
7. Beck-Nielsen H, Henriksen JE, Hermansen K, Madsen LD, et al. Type 2 diabetes og det metaboliske syndrom – diagnostik og behandling (klaringsrapport). *Ugeskr Laeger, (Suppl. 6)* 2000;162:1-36.
8. Wright A, Burden AC, Paisey RB, Cull CA, Holman RR. U.K. Prospektive Diabetes Study Group. Sulfonylurea inadequacy: efficacy of addition of insulin over 6 years in patients with type 2 diabetes in the U.K. Prospektive Diabetes Study (UKPDS 57). *Diabetes care* 2002;25:330-6.

9. Gæde P, Vedel P, Larsen N, Jensen GVH, Parving H-H, Pedersen O. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *NEJM* 2003;348:383-93.

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Nielsen BB, Musaeus L, Tarnow L. Training can prevent insulin infiltrates. *Sygeplejersken* 2006;(5)60-3. Training can reduce the occurrence of lipohypertrophy in type 2 diabetics under insulin treatment.

160 type 2 diabetics were involved in a large scale study, the purpose of which was to compare the effect of intensive multifactorial intervention using conventional diabetes treatment. The nurses' task in the intensive group was, among other things, to teach hypodermic techniques to patients under treatment with insulin.

Every eight weeks over a period of one year, the patients' injection points were inspected and palpated. In the event of the occurrence of lipohypertrophy, patients received training. Lipohypertrophy was defined as a bulge in the subcutis larger than 0.5 cm x 0.5 cm, into which no injection had been made within the previous 24 hours.

Four years after the project commenced, the occurrence of lipohypertrophy was 8 of 40 in the intensive group and 17 of 31 in the standard group (p=0.02). During the next three years, none of the two groups were paid particular attention in relation to their insulin injections. The subsequent occurrence of lipohypertrophy was 10 of 33 in the intensive group and 12 of 29 in the standard group (NS).

Nurses should consistently teach correct hypodermic technique in order to prevent lipohypertrophy.

Keywords: Lipohypertrophy, insulin, hypodermic technique, type 2 diabetes.



Halehoi. På afdelingerne havde herrekvinderne og herremanden idéer, der vare så vittige, at det halve var nok. Man ville have den bedste dokumentation i kongeriget.

VIPS – på klos hold

Nede i en kommende region Syddanmark ligger flere gamle psykiatriske afdelinger, som dog ere så nymodens, at personalet fra det herrens år 2002 med et slag skulle skrive alt elektronisk. Se, det skulle jo være ganske let, men vist var det, at ikke alle skrev som ønsket. Personalet snakkede meget sammen i stedet, ikke at det skulle være nogen ulykke, måske snarere tværtimod. De savnede tit ord og begreber for det, der retteligen skulle skrives. Tilmed skulle de nu lede efter de rigtige søgeord i en nymodens manual, Psyk-VIPS.

På afdelingerne havde herrekvinderne og herremanden idéer, der vare så vittige, at det halve var nok. Man ville have den bedste dokumentation i kongeriget, og det turde man, for man havde forkundskaber, og de ere nyttige. Den ene idé gik ud på at have eksperter, der kunde udenad hele VIPS-manualen, og det både forfra og bagfra. Den anden idé var at have eksperter, som havde gjort sig bekendt med EPJ, og hvad hver bruger måtte vide, og derudover forstode sig på VIPS. Ganske fine og fingernemme var disse. De skulle nok få idéerne gjort til virkelighed ude i deres afdelinger.

”Vi sikrer dokumentationen!” sagde alle eksperterne, og så smurte de sig i mundvigene med masser af kaffe og te, for at de kunne blive mere smidige. Og alle deres indfald og deres tale var nok så udspekuleret: manualer, bordskånere, hjemmeside, introduktions- og temadage, undervisning, lederorientering. Og lærte fra sig, gjorde de også, til dokumentationseksperter og superbrugere. Rene stadstøser var de. Alt personale vare nede for at see og høre dem. Nogle sagde ”duer ikke,” andre havde svært ved at se meningen med det nye ”vipse” påfund, og en del syntes, det lød ganske interessant. Og hvad skete: langt de fleste personaler skrev, som de altid havde gjort, og det var jo i grunden heller ikke så galt. Når blot de dokumenterede det, de skulle, vare herreman-

den og herrekvinderne lykkelige. Patienterne vare jo også for skrøbelige til at spørge. Og en og anden tænkte måske: skriver jeg, som jeg plejer, viser jeg ikke, jeg er usikker og kommer ikke til at blotte mig.

Den rene elendighed

Lidt over et år gik. Der var fyret op i VIPS-ovnen, men varmen spredte sig ikke helt. Mange havde fået nye interesser, og eksperternes talegaver var ved at slå klik i den svære varme. Alt personale stod rundt om, lige op ved de flimrende EPJ-skærme. De måtte da kunne see!

De hørte om eksperternes opgørelser af alt det, der manglede: stamoplysninger, stamanamnese, sygeplejestatus, synlig fremadrettethed i plejen og patientperspektiv. Det var jo den rene elendighed.

Men så skete der noget ... En ny fælles tanke ”Klods” var født: vi kan ikke favne det hele. Vi må arbejde konkret med noget, der er til at overskue. Selv om vi har ledt personalet til skærmene, så trykker de ikke altid ret på tastaturet.

Så satte de gamle eksperter sig skrævs over stolene i afsnittene og kiggede på, hvad der skete derude med patienterne og i snakken mellem personalet. Hui, hvor det gik, både dag og aften. ”Halehoi,” råbte de, ”her kommer vi! See, hvad vi fandt af muligheder i afsnittene, blot ved at kigge på, lytte til og spørge jer om, hvad I laver og ikke laver.” Som eksperter troede de, de vidste det i forvejen.

”Halehoi, her kommer vi igen. See, hvad vi nu har fundet, det finder man ikke hver dag på jobbet. Personale, som vil være med til at analysere og vælge de elementer i deres hus, som de oplever relevant at dokumentere.”

Men de gamle eksperttanker lurede i baggrunden. Det fører in-

gen vegne. "Bare vent og se," sagde Klods. "Det personale, der har lavet materialet eller udtænkt idéerne, forærer det til kollegerne, støtter og giver dem en rum tid til selv at arbejde hermed."

"Uh" sagde eksperterne. "Det er jo pludder, der ikke er evidens for."

"Ja, pludder er det," sagde Klods. "Og det er det allerbedste i processer, man ikke helt har styr på. Men når personalet snakker med hinanden og selv ønsker at komme til at lære mere eller få genopfrisket gammel viden, så sker der noget." Og de gamle eksperter blev kaldt hid og did og spurgt om dette og hint, når personalet havde brug derfor. Og se – det var jo ganske nyt for eksperterne at være til stede, når engagementet og glæden ved at lære var størst.

Hellige arbejdsgemakker

Det, der var sket, var, at Klods havde gjort eksperterne følgeskab lige ind i de allerhelligste arbejdsgemakker. "Det var da en gløende hede," sagde Klods. "Det er, fordi vi har mange ting kørende og dårlig tid," sagde personalerne. "Det er jo rart, at der sker ting," sagde Klods. "Det lyder som en stor mundfuld med det der VIPS," sagde mange. "Hvor får vi dyppelse fra?" "Det har eksperterne i lommen," sagde Klods. "De har så meget, at de kan spille af det: handlekompetence, deltagelse, engagement og faglighed," og så hældte eksperterne med Klods' hjælp nogle gode

eksempler fra hverdagen op af lommen. "Det kan vi lide," sagde de fleste, og nogle handlede tilmed derpå.

De gamle eksperter agerede indimellem skrivere og orienterende ledere både oppe og nede. De skrev op alt, hvad der blev sagt og gjort, så det straks kunne komme alle for øre og måske ende med at blive til en artikel, der kunne sælges for to skilling til Sygeplejebladet.

En slags morale

Gennem den "klodsede" tanke fik eksperter og personaler forstyrret deres gængse handlemåder og skabt en bevidsthed om, hvad der virkede og skulle bevares i hverdagens dokumentation og pleje, og hvad der fortsat kunne forbedres ... Og Psyk-VIPS ... Ja, modellen leverede det ord- og temaforråd, der gjorde det muligt at skabe drøftelser mellem personaler om psykiatrisk sygepleje, og det var vel i grunden ikke så galt!

*Lis Ravn Jensen ansat som tværfaglig udviklingsmedarbejder på Psykiatrisk afdeling H, Fredericia og Kolding Sygehuse.
liraje@fks.vejleamt.dk*

*Artiklen er skrevet på vegne af styre- og projektgruppen bag indførelsen af Psyk-VIPS i Vejle Amt.
Læs mere på www.psykvipsvejleamt.dk*

DSA Tillæggsforsikring - et godt tilbud til dig !

Bauta Forsikring A/S tilbyder medlemmerne af Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse - DSA en tillæggsforsikring.

Hvorfor skal jeg tegne forsikringen ?

Hvis du bliver ufrivilligt arbejdsløs, giver DSA Tillæggsforsikring dig mulighed for at få en ekstra udbetaling udover dagpenge. Den nuværende dagpengesats for en fuldtidsforsikret er ca. 14.450 kr. før skat - så langt de fleste kan have et behov for ekstra penge, for at sikre sig selv og familiens økonomi i en ledighedsperiode.

Hvor meget kan jeg få udbetalt og hvor længe ?

Det bestemmer du selv !

Med DSA Tillæggsforsikring kan du supplere dine dagpenge op til 80% af din hidtidige indkomst i enten 6 eller 12 måneder.

Mere information om forsikringen, pris og tilmelding.

Du kan læse mere om DSA Tillæggsforsikring, pris og tilmelding på: www.bauta.dk eller www.dsa-akasse.dk



BAUTA FORSIKRING A/S

Farvergade 17 • 1463 København K • Telefon 3315 1545 • www.bauta.dk



Mænd bliver også inkontinente

Annette Jaquet Urin-inkontinens Et sygeplejefagligt perspektiv

København:
Akademisk Forlag 2005
200 sider, 249 kr.
ISBN 87-500-3825-7

Er det kun kvinder, der bliver urininkontinente? Kan rygning give urininkontinens? Er urininkontinens arveligt? Er toiletræning også for voksne? Disse og mange andre spørgsmål, som knytter sig til begrebet urininkontinens, besvares i *Annette Jaquets* bog: "Urininkontinens. Et sygeplejefagligt perspektiv."

Udgangspunktet er urininkontinens hos voksne set

ud fra et behandlersygeplejerskeperspektiv. Indholdet i bogen beskriver både forekomst og typer af urininkontinens samt sociale, psykologiske, kulturelle og fysiologiske aspekter ved og årsager til urininkontinens. Bogen indeholder desuden et kapitel om anatomi og fysiologi og et kapitel om livskvalitet. Endvidere gennemgås basal og avanceret udredning, forskellige handlingsmuligheder og lindringstiltag samt hjælpemidler til urininkontinente. Indholdet i bogen fremstår særdeles overbevisende, dels fordi der på nuanceret vis præsenteres og diskuteres viden om urininkontinens og de mange aspekter relateret

til dette fænomen, dels fordi dele af teksten er baseret på evidensbaseret viden. Bogen er meget velegnet som opslagsværk, både fordi der er et omfattende indholdsregister, fordi de 15 kapitler hver behandler velafgrænsede aspekter inden for urininkontinens, og fordi der løbende refereres til videnskabelig litteratur.

Annette Jaquet har mange års erfaring i arbejdet med urininkontinente patienter. Hun lægger vægt på, at arbejdet med urininkontinens bør opkvalificeres med evidensbaseret viden. Bogen indeholder da også et appendiks, hvor der kastes lys over evidensbegrebet. Her gør forfatteren op-



mærksom på, at den aktuelle videnskabelige litteratur om urininkontinens overvejende er fremkommet på baggrund af kvantitativ forskning, og at dette opfattes som en begrænsning i viden på området. Jaquet mener, at kvalitativ forskning, f.eks. om hvordan uri-

Nye aspekter ved den fælles historie

Wencke J. Seltzer Familiehommeligheder

Tavse fortællinger fra det terapeutiske rum
Oversat fra norsk
København:
Akademisk Forlag 2005
182 sider, 249 kr.
ISBN 87-500-3839-7

Wencke J. Seltzer har skrevet en vigtig og lettilgængelig bog om temaet "tavse fortællinger" i familier. En tavs fortælling har et indhold, som er helt eller delvist fortiet, indkapslet eller hemmeligt og kan befinde sig på en skala fra ubevidst via delvist bevidst til bevidst.

Tavse temaer i familier kan i sig selv være destruktive, fordi den manglende dialog berøver personen muligheden

for at dele menneskelige temaer med andre. Tavshed dannes ofte omkring temaer, som er forbundet med skam eller andre former for fornærelse. Det kan f.eks. være temaer som sindslidelser, vold, seksuelle overgreb, abort, fyring eller kriminalitet. Temaer, som ofte udløser psykiske problemer.

Seltzer er professor, ph.d. og specialist i klinisk psykologi, og hun søger med denne bog at vise, hvordan samtaler kan løse op for fastlåste relationer mellem mennesker. Fortællingerne præsenteres i seks cases, som stammer fra hendes arbejde som psykoterapeut.

Hovedpersonerne i hendes fortællinger er børn og unge med psykiske problemer.



Personens psykiske vanskeligheder ses i familiesammenhænge, og familierne inddrages som et naturligt og centralt element i behandlingen.

Seltzer benytter en kvalita-

tiv, narrativ tilgang, der rummer en mangfoldighed og forskellige fleksible fremgangsmåder. Udgangspunktet er de psykiske problemers kontekst igennem det enkelte menneskes egen beskrivelse af livshistorien.

Familierne får som opgave at rekonstruere historien, og de oplever herved nye aspekter ved deres fælles historie.

Terapeutens rolle er den aktivt deltagende, men samtidig naive og udenforstående.

Forfatteren anser ikke bogen for at være en fagbog, der refereres bl.a. ikke til faglitteratur, men fortællingerne bygger på hendes store faglige indsigt og erfaring.

Sygeplejersker, der arbejder med mennesker med psykiske

En fløv tilstand

ninkontinens opleves og tackles af mennesker, vil kunne give en nødvendig viden, der kan øge kvaliteten i pleje og behandling af den urininkontinente.

Bogen er særdeles velegnet som basislitteratur til sygeplejestuderende, sygeplejersker og andre social- og sundhedsfaglige personer, der arbejder med mennesker med urininkontinens.

Og nej, både kvinder og mænd kan blive urininkontinente. Det ser endda ud til, at prævalensen hos mænd er stigende efter det 63. år. Læs selv og få svar på spørgsmålene.

Af Anni Kaae, sygeplejerske, cand.cur., ansat på Sygeplejeskolen i Århus.

Anne G. Vinsnes
Urininkontinens
Oslo: Akribe 2005
120 sider, 198 kr.
ISBN 82-7950-076-6

Urininkontinens er et af de patientproblemer, som plejepersonalet i primærsektor ofte møder i deres daglige arbejde. Urininkontinens er forbundet med tab af kontrol over en vigtig kropsfunktion, og det føles ofte fløvt og pinligt for den enkelte. Mange mennesker, især ældre på plejehjem og i primærsektor, er afhængige af plejepersonalets viden og holdning, når de skal have hjælp til inkontinenspleje.

Anne G. Vinsnes har skrevet denne bog om forebyggelse, udredning og behandling af urininkontinens med særligt henblik på personalet, der arbejder i "førstelinjetjenesten." Baggrunden for bogens tilblivelse er et inkontinensprojekt på et norsk plejehjem, som forfatteren gennemførte fra 1997 til 2003. "Urininkontinens - fører økt kunnskap blandt ansatte på sykehjem til endret praksis?"

Resultatet af projektet var, at øget viden giver bedre pleje, men samtidig opstod der ønsker fra personalet om endnu mere viden. Anne G. Vinsnes

problemer (og andre, der har lyst til at forstå sig selv i en familiesammenhæng), vil med denne bog kunne få indblik i nogle af de interpersonelle sammenhænge, der gør sig gældende i forbindelse med psykiske problemstillinger. Samtidig fremviser casene de forløsende processer, personerne gennemgår, og nogle af de metoder, forfatteren betjener sig af i sin tilgang til problemstillingerne.

Der er således inspiration at hente hos en dynamisk og sympatisk behandler.

Af Anne Klinte, psykiatrisk sygeplejerske, cand.scient.soc. Ansat i PsykoVision.



tager i sin bog udgangspunkt i at give personalet i hjemmeplejen denne større viden, så de bliver i stand til at arbejde selvstændigt. Viden giver den enkelte medarbejder selvfølelse og større handlekraft, og mulighed for i det daglige arbejde at foretage egne valg i patientomsorgen. Bogens indhold er en grundlæggende gennemgang af urinvejenes anatomi og fysiologi og de forskellige inkontinensstyper. Der er en grundig gennemgang af udredning og behandling ud fra et minimal care-udredningsprogram, specielt lavet til brug i "førstelinjetjenesten." Der bliver fokuseret på, hvad der er bedst for patienten, og hvad

der er mulighed for at iværksætte af behandling i patientens hjem eller på plejehjemmet. Et spændende kapitel sætter fokus på personalets holdning til inkontinenspleje og på, hvordan holdninger påvirker vores handlinger. Bogen er ikke oversat til dansk, men er hele vejen igennem skrevet i et letforståeligt sprog. Forholdene i Danmark ligner på mange måder de beskrevne i Norge, så derfor kan den varmt anbefales til det personale i primærsektor, der møder inkontinente borgere.

Af Tove Tækker Jepsen, Klinisk specialist, Afdeling K, Skejby Sygehus.

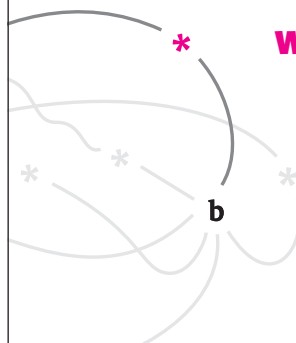
Danmarks
The Danish **Pædagogiske Universitet**
University of Education

Masteruddannelser

Voksenuddannelse, sundhedspædagogik, professionsudvikling, specialpædagogik, vejledning, børnelitteratur, interkulturel pædagogik, citizenship education, socialpædagogik, ledelse af uddannelsesinstitutioner, ICT based Educational Design, fleksibelt forløb og enkeltmoduler.

Uddannelsen til underviser i dansk som andetsprog.

www.dpu.dk/master



Informationsmøder:
Århus 4. april
København 6. april
Ansøgningsfrist: 2. maj
Studiestart: september 2006

Jeg har ret til en tur i Mercedes

Der er ikke noget som lyden af en Mercedes. Dieselmotoren brummer på en særlig måde, når bilen holder i tomgang uden for gadedøren og venter på en borger i sin bedste alder. Naboerne kan se, at man har magt over det, når chaufføren må vente et øjeblik, før indstigningen foregår. Og man medbringer ingen nævneværdig bagage, for så kan de andre forledes til at tro, at man skal ud i lufthavnen og med morgenmaskinen til Aalborg. Bare et kort møde.

Alternativet er en siddende transport fra Falck. Så kan besteveninden komme med, så der bliver en bytur ud af det. Frokost på café, en latte, og så køber man sig glad bagefter.

Samfundssind. Min bare.

"Kommer du selv herhen?" spørger den flinke, skæggede bioanalytiker patienten, mens han står og roder foran døren. Den firkantede trykknop med "døråbner" på har undgået hans opmærksomhed, og han står og hopper og vifter med armene for at aktivere en fotocelle, der ikke findes. Patienten har været til kontrol og er på vej hjem med en ny tid i plastic-hylsteret.

"Ja," svarer patienten. "Jeg er jo ikke invalid."

Bioanalytikerens hæver blikket bag brillen:

"Hvis du vidste ..."

Men patienten vidste ikke, at alle patienter i dette ambulatorium får tilbud om kørsel, og at hovedparten af dem takker ja. Uanset fysisk formåen og saldo på dankortet virker turen på det offentlige regning som en gave. En længe ventet gevinst, når man nu er blevet plukket i skat i 20-30 år. Endelig er der mulighed for at få noget forærende af det store uoverskuelige dyr. Staten, samfundet, myndighederne. Skulle man

så sige nej? Næh, når sygehuset gerne vil se en til kontrol, har man ret til at blive hentet i bil.

Et andet sted i byen sidder *Fru Nielsen* med klasket hår og grå aftensmad. Hun kan kun komme i bad hver 14. dag, siger visitator, og håret ser ud, som om hun har sovet med badehætte på i mindst et halvt år. Frokosten bliver hver uge bragt ud i flamingokasser og kastet i fryseren af en ung mand, hvis bukser hænger så langt nede, at man kan se et godt stykke af kanten på hans lyserøde *Bjørn Borg*-underbukser.

Bare han ikke taber dem på gulvet en dag, tænker Fru Nielsen, men hun er mest optaget af, hvordan de ansvarlige myndigheder er i stand til at komponere

talrige, vellydende middagsretter og alligevel sørge for, at de alle har en grålig tone og en ubestemmelig smag af tungen ud ad vinduet.

"Ressourcer," siger de fra kommunen og trækker på skuldrene. Hver måned læser hun alligevel menukortet, hvor der står "frikadeller som vor mor lavede dem, tysk jægergryde, søtunge a la creme" og alt muligt andet, der peger på solide gastronomiske oplevelser. Bagefter sætter hun krydser på sedlen, mens håbet kortvarigt blomstrer.

Fru Nielsen må klare sig med badehættehår og grå mad. Patienterne i ambulatoriet bruger deres ret til fri transport og nyder turene i taxa. Pengekasserne er forskellige og står hver sit sted, aflåste og forsynet med talrige koder, så ingen kan komme og hælde indholdet ud på gulvet, tælle det samlede beløb og begynde den besværlige og diskussionskrævende prioritering. Men det kunne være en god idé.

jb@dss.dk

"Uanset fysisk formåen og saldo på dankortet virker turen på det offentlige regning som en gave. En længe ventet gevinst, når man nu er blevet plukket i skat i 20-30 år."

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.