



ET NYT

SYGGEPLJEJERSKEN

Kære læser

Vi har lavet Sygeplejersken om og givet det et nyt udseende og nyt indhold. Læs med og fortæl os, hvad du synes.

Med venlig hilsen

Sigurd Nissen-Petersen,
chefredaktør

»»» NYHEDER I DET NYE SYGEPLEJERSKEN

- Et Sygeplejersken i to versioner – ”for dig” og PERSPEKTIV
- Nyt layout
- Forbedret indholdsfortegnelse
- Flere historier du kan bruge i dit arbejdsliv
- Flere klummer og analyser
- KRONIK på debatsiderne
- KORT NYT afløser aktuelt
- Den faglige sektion hedder nu FAG
- FAGTANKER
- AGENDA
- TESTEN

SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR.6 » 23. MARTS 2007 » 107. ÅRGANG

KORT NYT

**Alkoholikere
kritiserer
behandling**

**Kritik af de
fysiske rammer
på Århus Sygehus**

**Barns første sygedag
inddrages også på
Rigshospitalet**

FAG
**Effekt af
patientundervisning**

HYPPIG HÅNDVASK SLIDER
**Gode råd til at
holde huden sund**

TEMA

**Lad os tale
om sex**



Er klassens børnevenlige bil for billig?

Ny Yaris

Det vil nok være lidt af en tilsnigelse at tale om billige biler her til lands. På den anden side går vi heller ikke med til at kalde Yaris dyr. Du får nemlig ikke bedre sikkerhed, komfort, plads, køreglæde, driftsøkonomi og gensalgsværdi for de 160.184 kroner*, du betaler for en spritny Yaris.



TODAY TOMORROW **TOYOTA**

Grethe, 78 år. Tør hud og pensioneret laborant.



Er du ved at gå ud af dit gode skind?

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



ARTIKLER

32 Dialyse i soveværelset

Hjemmesygeplejersker i Århus Kommune har fået nye opgaver de senere år. Dem har de bl.a. overtaget fra sygehusene. Nu står arbejdsdagen også på dialyse og parenteral ernæring. I arbejdspladsreportagen følger vi sygeplejerske Nina Falsig fra Århus Kommune.

34 Hold huden sund

Mange sygeplejersker vasker deres hænder mellem 20 og 40 gange om dagen. Det er hårdt for huden. Hyppig håndvask giver øget risiko for eksem. Hver tredje sygeplejerske har hudproblemer, og de fleste handler om håndeksem. Creme, håndsprit og handsker kan være nogle af løsningerne. Få gode råd til at holde huden sund.

36 Alkoholikere mødes af fordomme

Selvom alkoholisme er en kronisk sygdom, får patienter med alkoholisme ofte en alt for ringe behandling eller bliver sågar nægtet hjælp, siger klinisk oversygeplejerske Marianne Gunst Møller. Sygdommen har lav prestige blandt fagfolk, og der mangler viden om behandling for abstinenser.

TEMA

22 Bryd tabuet – tal om sex

Mange sygeplejersker har svært ved at tale med patienterne om seksualitet, viser en spørgeskemaundersøgelse. På den ene side mener mere end 80 pct., at det er relevant at tale med patienterne om sex. Samtidig mener halvdelen, at det er tabubelagt.

24 Sygeplejersker forsømmer at tale seksualitet med patienterne

Under 1 pct. af de sygeplejersker, der har deltaget i undersøgelsen, taler konsekvent med patienterne om seksualitet.

26 Sæt seksualiteten på din professionelle dagsorden

Som sygeplejerske skal du hverken agere sexolog eller gå på kompromis med dine egne grænser for at tale med patienterne.

28 Sygeplejersker gør sig klogere på sex

Folk dør ikke af mangel på sex, men det er et basalt behov, mener to sygeplejersker, der er ved at uddanne sig til sexologer.

29 Patienterne har ret til information

Palliative patienter og patienter med stærke kroniske smerter har ret til som minimum at blive informeret om eventuelle seksuelle komplikationer i forbindelse med sygdom og medicinerig.



FAG

50 Effekt af patientundervisning

Undervisning af patienter bør være forankret i en teoretisk ramme. Effekten af præoperativ undervisning af patienter, der får indsat en kunstig hofte, viser, at undervisningen skal være tværfaglig og følges målrettet op under hele indlæggelsen. Desuden skal undervisningens form og indhold være tilrettelagt ud fra patientens self-efficacy-styrke, viser en undersøgelse.

56 Børn er aldrig eneansvarlige for deres overvægt

Et bachelorprojekt viser, at børn på ingen måde er eneansvarlige for deres overvægt. Sundhedsplejerskens vigtigste værktøj i sundhedsvejledningen af barnet er at inddrage barnets egen oplevelse af overvægt.

62 Kvantespring i sundhedsplejen

En evaluering af et projekt fra Helsingør Kommune viser, at det er værdifuldt med en forstærket og kontinuerlig indsats over for familier med sociale og psykiske problemer. Projektet har haft særlig fokus på de svagest stillede gravide og nybakte familier.

I HVERT NUMMER

- 10 Kort nyt
- 39 Læsernes redaktør
- 40 Dansk Sygeplejeråd mener
- 41 Debat
- 42 Kronik
- 45 Fagtanker
- 45 Resuméer
- 47 Faglig information
- 60 Testen
- 65 Agenda
- 66 Dilemmasvar
- 69 Anmeldelser
- 74 Fem faglige minutter
- 75 Stillingsannoncer
- 88 Kurser/Møder/Meddelelser

Forsiden: Modelfoto: Søren Svendsen

SAMME BLAD - TO VERSIONER

Fagbladet ændrer indhold

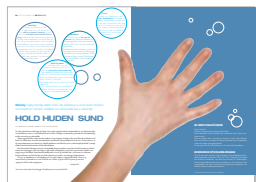
Kære læser

Velkommen til et nyt og forhåbentlig endnu mere interessant og læseværdigt *Sygeplejersken*. Du står nu med resultatet af flere måneders hårdt arbejde i hånden. Et arbejde, der har involveret hele *Sygeplejerskens* redaktion. Vi håber, du finder bladet appetitligt og interessant. Det er vores faste layouter, *Tone Thoresen*, der står bag bladets nye udseende. *Sygeplejersken* udkommer fremover i to versioner til alle læsere; det vil sige, at hver anden gang får du den ene version, hver anden gang den anden.

Den udgave, du står med i hånden nu, kalder vi fortsat for *Sygeplejersken* – som altid. Om 14 dage modtager du et *Sygeplejersken*, som vi har givet tilnavnet PERSPEKTIV. Der bliver ikke nogen forskel i antallet af blade, du kommer til at modtage. Det er fortsat 24 gange om året. Men du får mere variation, og forhåbentlig falder forskelligheden i din smag.

Sygeplejersken for dig

Det *Sygeplejersken*, du står med nu, indeholder primært historier skrevet til sygeplejersker som faggruppe. Vi kalder disse historier "for dig-stof" eller "sådan-historier." Det er korte og inspirerende historier, der går tæt på sygeplejerskers fag og arbejdsliv med gode råd og nytteværdi. Vi kalder det også "køleskabshistorier," fordi vi håber, at I vil tage nogle af disse historier, rive dem ud af bladet og sætte dem op på køleskabsdøren, ja, måske endda vise dem til andre.



I *Sygeplejersken* PERSPEKTIV bringer vi historier, der rækker længere ud end sygeplejerskernes verden. Det er artikler til eftertanke og debat. Det er her, vi bringer de længere historier, der går i dybden og giver perspektiv. Det er her, vi gerne vil sætte en

Sygeplejersken med perspektiv

I *Sygeplejersken* PERSPEKTIV bringer vi historier, der rækker længere ud end sygeplejerskernes verden. Det er artikler til eftertanke og debat. Det er her, vi bringer de længere historier, der går i dybden og giver perspektiv. Det er her, vi gerne vil sætte en

dagsorden i medieme og synliggøre sygeplejefaget.

Gode ting, vi beholder

Der er også sektioner i bladet, som vi holder fast i. Det er vores sektion med korte historier i begyndelsen af bladet, vores debat, som vi beholder, men laver noget om, og navnesektionen og ikke mindst de faglige sider, som vi selvfølgelig beholder, men i et helt nyt udseende og med nye spændende idéer og elementer. Du kan læse mere om alt det nye, der sker på de faglige sider, hvis du bladrer om på side 44.

Lettere at finde rundt

En anden idé med det nye blad er, at det skal være meget tydeligere, hvor man er i bladet. Til det bruger vi det nye layout og understreger og fremhæver med far-



DIALYSE I SOVEVÆRELSET – REPORTAGE

SYGEPLEJERSKEN

NYT
oholikere
erer
andling

kritik af de
fysiske rammer
på Århus Sygehus

Barns første sygedag
brages også på
italet

TEMA

Lad m

EDSPLEJEN • I

Sygeplejersken og udseende



ver, små ikoner og andre hjælpemidler. Vi håber, du får let ved at finde rundt.

Nu også med billede

Tanken bag vores nye layout er, at *Sygeplejersken* skal virke mere tilgængeligt og åbent end tidligere. Fremover vil vi oftere vise, hvilken journalist der har skrevet artiklen, med et billede – og samtidig vil vi mere tydeligt efterlyse din mening og opfordre til dialog i form af læserbreve og via debat på www.sygeplejersken.dk

Flere klummer og analyser

Flede medlemmer af redaktionen kommer fremover til at stå frem i bladet med holdninger og meninger formidlet gennem klummer og analyser. Endvidere arbejder vi på at udvide debatten i bladet – debatstof er noget, vi ved bliver læst. Så vi håber, I har lyst til at skrive endnu flere læserbreve og kommentarer til *Sygeplejersken* i fremtiden.



Ny indholdsfortegnelse



I det nye layout har vi udvidet indholdsfortegnelsen til at fylde to sider. Vi tror, det er en god idé at vise mere af, hvad hele bladet kan byde på allerede på de første sider.

Kort nyt afløser aktuelt

Sygeplejersken udkommer hver 14. dag, og vi lukker for tilgang af stof til bladet, en uge

før det udkommer. Derfor kan vi ikke altid være lige så aktuelle som f.eks. dagspressen, hvorfor vi omdøber de forreste aktuelt-sider i bladet til kort nyt.

Kronik afløser synspunkt

Vores debatsektion er stadig den samme. Det er her, I kan læse, hvad formanden for



Dansk Sygeplejeråd mener om et vigtigt aktuelt emne, og det er her, vi bringer medlemmernes læserbreve og kommentarer. Vi afskaffer rubrikken synspunkt og erstatter den

med en kronik, hvor skribenten skal give udtryk for nye tanker, se fremad, være på forkant med udviklingen. Alle læsere er velkomne til at indsende forslag til en kronik, men redaktionen forbeholder sig retten til at afvise kronikforslag, som ikke lever op til de nye krav.

Læs nærmere om vores nye regler for debat i *Sygeplejersken* på www.sygeplejersken.dk

Vi håber, I vil tage godt imod det nye *Sygeplejersken/Sygeplejersken PERSPEKTIV*.

Med venlig hilsen

Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør

Er du tilfreds med dit fagblad?

Kære læser

Du står nu med et nyt *Sygeplejersken* i hånden. Her på redaktionen har vi gennem længere tid arbejdet på at forbedre dit fagblad og skabe fornyelse. Vi håber, du synes om forandringerne.

En af nyhederne er, at jeg som chefredaktør på netop denne plads i bladet hver eneste gang vil skrive en klumme, der kommer til at hedde *eftertanker*.

Klummen kan handle om mange emner med relevans for sygeplejersker. F.eks. om fagblade og deres betydning for medlemmer af fagforeninger. Langt de fleste fagblade bliver i dag lavet af dygtige fagfolk på et meget højt niveau. Kvaliteten af layoutet og indholdet er stort set kun gået en vej. Op.

Det samme gælder for jeres fagblad.

Men er I tilfredse med det?

Tidsskrift for Sygeplejersker har stolte traditioner og mere end 100 år på bagen som fagblad for en af de mest anerkendte faggrupper i Danmark.

En to år gammel undersøgelse af fagbladenes rolle i medieverdenen lavet af den ansete professor, *Anker Brink Lund*, viste, at fagbladet *Sygeplejersken* var i top-20 blandt de toneangivende fagblade på social- og sundhedsområdet.

Seks gange har *Sygeplejersken* vundet det, der svarer til fagbladenes Cavlingpris, Bording-prisen, og igen i år er bladet indstillet til en Bording-pris. Afgørelsen falder den 26. april. I år er vi tilmed også indstillet til en EU Journalistpris.

Priser er selvfølgelig rare, men de gør det ikke alene.

Det vigtigste er, at I – medlemmerne af Dansk Sygeplejeråd – læser jeres fagblad og er tilfredse med det. Det spørger vi jer jævnligt om gennem læserundersøgelser, men vi kunne godt tænke os at høre endnu mere fra jer.

Jeg håber, at denne relancering vil få flere af jer til at sige jeres uforbeholdne mening enten med kommentarer i bladet eller på vores hjemmeside, hvor I har mulighed for at skrive om indholdet af *Sygeplejersken*.

En mail til undertegnede eller andre medlemmer af redaktionen er også en oplagt mulighed. Det er klart, vi ikke kan imødekomme alle specifikke ønsker, men vi har brug for jeres holdninger, meninger og synspunkter til at gøre jeres fagblad endnu mere vedkommende og relevant.

Og vi tager alle henvendelser seriøst.

Velkommen til et nyt *Sygeplejersken*. Vi glæder os til at høre fra jer.

Med venlig hilsen



Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør
snp@dsr.dk



REDAKTIONEN)))

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



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



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



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



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



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



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



Alkoholikere kritiserer behandling



AF SUSANNE BLOCH KJELDEN,
JOURNALIST

Promilleproblemer. For lidt medicin og mangel på respekt. Det er nogle af problemerne i behandlingen af abstinenser, som alkoholikere selv peger på i en undersøgelse.

Op mod hver anden patient med alkoholproblemer har i en undersøgelse svaret, at de er utilfredse med behandlingen for abstinenser. Hver fjerde siger, at de har oplevet manglende respekt fra plejepersonalet.

Bag de opsigtsvækkende svar fra alkoholikere selv står to nyuddannede sygeplejersker Lasse Poulsen og Jakob Abildtrup. De har interviewet 52 patienter, der inden for de seneste fire år har været indlagt til abstinensbehandling, og som nu får behandling for alkoholafvænnning i Alkoholenheden i Region Hovedstaden. Interviewene er blevet lavet i forbindelse med de to nyuddannede sygeplejerskers bacheloropgave.

"Det kan sagtens være flere end hver anden patient, der ikke får tilstrækkelig abstinensbehandling. Nogle kan ikke klare den lange ventetid og vælger at gå ned i den nærmeste kiosk og købe to flasker kirsebærvin," siger Lasse Poulsen, der nu er ansat på Bispebjerg Hospital.

I undersøgelsen svarer hver tiende patient, at de har forladt afdelingen alene pga. den lange ventetid.

Ledende overlæge på Alkoholenheden i Region Hovedstaden, Ulrik Becker, peger på flere forklaringer på kritikken af abstinensbehandling.

"Mange patienter får for lidt medicin til at tage symptomerne, fordi medicinen ikke bli-

ver givet individuelt, men efter firkantede retningslinjer. Vi støder stadig på den holdning blandt sundhedspersonale, at patienterne jo bare kommer igen og igen, og det er bedst ikke at give dem for meget medicin. Det er, som om der er et middelalderligt element af straf i det. Sådan kunne man ikke drømme om at behandle andre typer kroniske patienter," siger Ulrik Becker.

På Skadestuen på Hvidovre Hospital er man i nogle tilfælde begyndt at give medicin, allerede mens patienten venter i venteværelset. Alkoholenheden i Region Hovedstaden har gang i et forsøg, hvor patienter selv administrerer deres medicin. Forsøget er ikke færdigt, men det tyder ikke på, at patienter, der selv administrerer, tager ekstra medicin af den grund.

Hver fjerde patient har i de to sygeplejerskers undersøgelse svaret, at de har oplevet manglende respekt fra sygeplejerskers side. Netop det område har været i fokus på Psykiatrisk Skadestue på Bispebjerg Hospital.

"Det lyder ikke godt, hvis så mange patienter mener, at de har oplevet manglende respekt. For seks år siden var jeg ikke blevet forbadset, for dengang syntes jeg, der var grundlag for at sige det. Siden har vi arbejdet meget med det, og hvis det stadig gælder, er det helt klart noget, vi fortsat skal have som fokusområde," siger afdelingssygeplejerske Anya Wærum, der udtaler sig med forbehold. For hun ved ikke, om patienterne i undersøgelsen har været indlagt på Bispebjerg Hospital, og hvilke slags patienter der har medvirket.

"Vi har et af de mest belastede optageom-

råder i landet, patienterne kommer med tåmhøje promiller, og et stigende antal har udviklet delirium tremens, hvilket betyder, at de har drukket i rigtig mange år. Det er en patientgruppe, der er svær at inddrage i behandlingen og tale forebyggelse med. Vi har et helt nyt pilotprojekt i gang, hvor vi i et registreringsskema inddrager patienternes egne observationer og samler op, når patienten skal udskrives," siger Anya Wærum.

Læs også interviewet med klinisk oversygeplejerske i Alkoholenheden Marianne Gunst-Møller "Alkoholikere mødes med fordomme" på side 36 i dette nummer. I næste nummer af Sygeplejersken bringer vi en faglig artikel om sygeplejerskers modsætningsfyldte holdninger til patienter med alkoholmisbrug af sygeplejelærere, SD, og master i klinisk sygepleje Eva Hoffmann.



ARKIFOTO THOMAS WILLADS

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



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



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



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



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



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



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



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



Politikere vil sælge Odense Universitetshospital

Odense Universitetshospitals (OUH) bygninger er utidssvarende og kræver omfattende renovering, bl.a. for at udbedre de problemer, som Arbejdstilsynet har påpeget i en række påbud. Sygehusets dårlige fysiske rammer beskrev *Sygeplejersken* i januar, hvor bladet satte fokus på sygehusbygningernes tilstand. Nu har politikerne i Region Syddanmark imidlertid taget et radikalt skridt væk fra tankerne om lappeløsninger og renoveringsprojekter.

I et hørings svar til Indenrigs- og Sundhedsministeriet skriver politikerne, at "det nuværende Odense Universitetshospital er et bygningsmæssigt kompleks af ældre dato med snævre udviklingsmuligheder." Så forældet en bygningsmasse, at politikerne overvejer at skille sig af med det og bygge nyt.

En renovering af det nuværende Odense Universitetshospital vil koste Region Syddanmark ca. 2,2 mia. kr., fremgår det af Fyens Stiftstidende, der også citerer et regionsrådsmedlem for at mene, at staten må være med til at betale for regionens drømmesygehus.

(kbc)

Bygningsmassen på Odense Universitetshospital er tilsyneladende så forældet, at ejerne vil skille sig af med hospitalet.

ARKIFOTO: SØREN VILDESEN



"Selv om du går udenfor, drysser der stadig røgpartikler ned på jakken. Forældre, der ryger, bør anvende en speciel rygerjakke, hvis de vil undgå at udsætte deres børn for risikoen ved passiv rygning."

Edel Kirketerp, oversygeplejerske ved Børneafdelingen på Kolding Sygehus, hvor forældrene til syge børn, der er indlagt på Kolding Sygehus' børneafdeling, bliver iført en såkaldt rygerjakke, når de går udendørs for at ryge en cigaret. B.T. den 9. marts 2007.



Sygeplejersken nomineret til Bording-pris

Pris. Fagbladet *Sygeplejersken* er blevet nomineret til en af Dansk Fagpresses fornemste priser – Anders Bording-journalistpris.

Sygeplejersken er endnu en gang nomineret til en journalistpris. Denne gang er det Dansk Fagpresses eftertragtede specialpris i journalistik, som *Sygeplejersken*, sammen med *Computerworld* og Dansk Journalistforbunds medlemsblad, *Journalisten*, er nomineret til.

Dansk Fagpresse uddeler en Bording-pris i fire forskellige kategorier – samt en hovedpris – og har modtaget i alt 54 indstillinger. *Sygeplejersken* er indstillet for dækningen af, hvordan samfundets kulturforskelle kommer til udtryk i sundhedsvæsenet og i sygeplejerskernes hverdag. Det drejer sig om en række artikler, der er bragt i *Sygeplejersken* 2, 3, 19 og 24/2006.

Sygeplejersken vandt senest i 2002 en Bording-pris, og har i alt vundet prisen seks gange. Om *Sygeplejersken* endnu en gang tager prisen hjem, afsløres ved en prisoverrækkelse på Københavns Rådhus den 26. april 2007.

I år er *Sygeplejerskens* journalist *Katrine Birkedal Christensen* også indstillet til en EU-journalistpris for artiklerien om religion versus hygiejne. Her skulle afgørelsen falde i marts.

(snp)



Kritik af de fysiske rammer på Århus Sygehus

AF RUNE GLEERUP, JOURNALIST

Trængsel. Akut pladsmangel og støjproblemer er hverdagskost på det tidligere Århus Amtssygehus. Forholdene kritiseres af de ansatte.

Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter på det tidligere Århus Amtssygehus langer kraftigt ud efter de fysiske rammer i de gamle bygninger. En rundspørge, foretaget af *Sygeplejersken* blandt 10 sengeafsnit på det tidligere Århus Amtssygehus, viser, at 95 pct. af plejepersonalet er utilfreds med de fysiske rammer.

Personalet har svært ved at finde ro til samtaler og må finde sig i dårlige arbejdsstillinger.

Problemerne i Århus er ikke enestående. *Sygeplejersken* nr. 1/2007 kunne afsløre, at Arbejdstilsynet har givet mere end 400 påbud til nedslidte hospitaler over hele landet. Heriblandt var der mere end 20 påbud til Århus Sygehus.

Linda Lundh er sygeplejerske og tillidskvinde på afdeling A220 på Århus Sygehus. På hendes afdeling er det især toiletforholdene, der bliver kritiseret for helt igennem håbløse adgangsforhold. Hun er enig i kritikken.

"Der skal man i hvert fald ikke tænke på korrekte arbejdsstillinger," erkender hun.

Også på patientstuerne er pladsmanglen kritisk. Sekssengsstuerne skal foruden sengene rumme rulleborde og andre arbejdsredskaber, fordi der ikke er plads andre steder.

Annette Pedersen forklarer, at der er mange mennesker i hvert lokale, og det giver problemer med støj.

Arbejds miljøkonsulent for Dansk Sygeplejeråd, Annette Wethje, siger, at dårligt arbejdsmiljø kan medføre, at de ansatte bliver ude af stand til at udføre deres arbejde.

Vidste du at...

... én ud af 10 europæere drikker normalt mere end fem genstande ved samme lejlighed, når de indtager alkohol? Men forholdet til alkohol er vidt forskelligt i EUs 25 medlemslande. Eksempelvis svarer hver tredje irer og finne og hver fjerde englænder og dansker, at de indtager mere end fem genstande, når de først sætter sig ned med alkoholiske drikke, mens dette alkoholindtag kun gælder for 2 pct. af italienerne og 4 pct. af grækerne.

Kilde: Eurobarometer, marts 2007.

))) STOR UTILFREDSHED

Undersøgelsen er foretaget blandt sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. 115 af 227 personer deltog.

- 95 pct. er utilfredse med de fysiske rammer på deres afsnit
- 87 pct. synes, det er svært at finde lokaler med ro til patientsamtaler
- 75 pct. synes, der er for mange patienter på hver stue
- 90 pct. mener, at personalelokaler og patientstuer er for små
- 82 pct. har svært ved at overholde korrekte arbejdsstillinger, fordi lokalerne er for små.

Kilde: Rune Gleerup.



"Vrid i kroppen og foroverbøjet arbejde kan let føre til rygskeer," forklarer hun og fortsætter:

"Det er fuldstændig uacceptabelt at gå på arbejde, hvis man bliver syg af det."

Ud i fremtiden er det planen, at sygehuse i Århus skal samles i én stor sygehusby i Skejby.

Men det nye storsygehus kommer ikke i løbet af de næste 10 år.

På afdeling A220 forventer de ansatte ikke, at deres arbejdsforhold bliver bedre.

"Vi har set lyset – der bliver ikke lavet noget, inden vi flytter," erkender Linda Lundh. Hun synes, det er frustrerende, at det tager så lang tid, og at de ansatte ikke får noget at vide.

"Uvisheden er uholdbar i længden. Det er noget af det, der er med til at give dårligt arbejdsmiljø," påpeger hun.

Regionsrådet i Region Midtjylland har i januar besluttet at sende sygehusprojektet i udbud, så byggeriet kan begynde hurtigst muligt.

"Noget af det første, der flyttes ud, bliver det gamle amtssygehus," understreger Johannes Flensted-Jensen (S). Han mener, at Regionsrådet i løbet af 2007 vil opstille en tidsplan for projektet, som bliver i retning af 8-12 år.

"Det er givetvis lang tid at gå og vente for personalet, men det kan vi ikke rigtig gøre noget ved. Det kan rent fysisk ikke lade sig gøre hurtigere."

Ifølge Johannes Flensted-Jensen er det usikkert, hvor lang tid der går, før Skejbyprojektet er helt færdigt.

Hvorfor gik du til begravelsen?

Som fagpersoner skal sygeplejersker have et professionelt forhold til døden. Men alligevel kan det ske, at man går med til en patients begravelse. Redaktionen vil gerne høre om hvornår og hvorfor – også om eventuelle ritualer på arbejdspladsen, når man f.eks. mister en patient, som man har kendt gennem mange år.

Kontakt journalist Kirsten Bjørnsson på kbj@dss.dk eller tlf. 4695 4188.

(kb)

Barns første sygedag inddrages også på Rigshospitalet

AF LOTTE HAVEMANN, JOURNALIST

Krav. Den stigende inddragelse af sygeplejerskers barns første sygedag bør bringes op ved næste overenskomst. Det mener fællestillidsmand for sygeplejerskerne på Rigshospitalet, Lonnie Rasmussen, der melder om en stigende tendens.

Flere og flere sygeplejersker bliver kaldt ind på en senere vagt, når deres barn har første sygedag. Denne udvikling kender man også til på Rigshospitalet, og står det til fællestillidsmand Lonnie Rasmussen, bliver den uheldige tendens et punkt ved de kommende overenskomstforhandlinger.

Lonnie Rasmussen oplever, at sygeplejersker i stigende grad bliver kaldt ind på deres barns første sygedag, og at sygeplejersker tilmed er den eneste faggruppe blandt plejepersonalet, det sker for.

"Når man har sygt barn, bliver man ikke længere mødt med et "god bedring med dit barn," men tværtimod et "åh nej,"" fortæller Lonnie Rasmussen.

Hun vil arbejde for, at problemet bliver et af de overenskomstkrav, der bliver sendt videre til Dansk Sygeplejeråd, som i sidste ende beslutter, hvad kræfterne skal bruges på til overenskomst 2008.

Den 24. maj har TR-kollegierne deadline for indlevering af krav.



ARK/FOTO: MORTEN NILSSON

))) Sygeplejerskens quick poll i blad nr. 3/2007 viste, at næsten hver femte af dem, der stemte, har fået inddraget barns første sygedag. I alt 230 havde svaret på spørgsmålet, og af dem svarede 17,4 pct. (40 personer), at de var blevet kaldt på arbejde på deres barns første sygedag. Knap 74 pct. svarede nej på samme spørgsmål, og 8,7 pct. svarede "ved ikke." Dansk Sygeplejeråd er i øjeblikket ved at undersøge, hvor udbredt problemet er.



FOTO: SIMON RINDSEN

Medicinske afdelinger på sundhedsminister Lars Løkke Rasmussens (V) bord. Klokken 14.17 onsdag den 14. marts, åbent samråd på Christiansborg. Forholdene på de medicinske afdelinger kom på alles læber, da to sygeplejersker i Politiken i februar bl.a. beskrev, hvordan patienter lå og døde på gangene og forrettede deres nødtørft i gardinerne. Sygeplejerskernes beretninger vakte så megen røre, at politikere i Folketinget tog sagen op. Bl.a. SFs sundhedsordfører, Anne Bastrup (tv.), der havde ønsket samrådet med ministeren. På samrådet svarede Lars Løkke Rasmussen, at han godt ved, at der er udfordringer på de medicinske afdelinger.

"Jeg har vidst det fra det sekund, jeg blev minister. Det er en af hovedgrundene til, at vi har lavet en stor reform."

"Overbelægningen med ældre, færdigbehandlede patienter er hverken større eller mindre end tidligere. Løsningen er at få skabt et langt bedre samarbejde omkring den enkelte patient, og nu gøres der noget ved det," erklærede Lars Løkke Rasmussen.

(Claus Djarup, snp)

Skjult kamera er i orden – og dog

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST

Dokumentarudsendelser baseret på skjult kamera skaber debat. I det seneste år f.eks. om forholdene for de udviklingshæmmede på institutionen Strandvænget og for beboerne på plejehjemmet Fælledgården. Metoden er blevet kritiseret, hvad siger sygeplejersker? Er det i orden at bruge skjult kamera?



FOTO: HEINE PEDERSEN

Katrine Houmøller, sygeplejerske, Mave-tarm-kirurgisk afdeling K1, Bispebjerg Hospital

"Der er både for og imod. Det er problematisk, hvis man kun får vist små bidder ud af en sammenhæng.

Og når de bliver brugt som i de to udsendelser, kan det komme til at se ensidigt ud. Man får jo ikke plejepersonalets version, man får ikke forhistorien, og der kan ligge ting til grund, som man ikke ser, og som plejepersonalet ikke kan fortælle på grund af tavshedspligt.

Men det kan være svært at få afdækket de faktiske forhold. Hvis man spurgte, om vi behandler patienterne ordentligt, ville vi nok altid svare ja."

Hvordan ville du selv have det med, at der kom nogen med skjult kamera på din arbejdsplads?

"Det ville være ubehageligt. Det ville skabe utryghed. Jeg synes principielt ikke, vi har noget at skjule. Men det kunne måske klippes sammen til et andet billede, end det jeg synes er det rigtige."

Marlene Eybye, sygeplejerske, Mave-tarm-kirurgisk afdeling K1, Bispebjerg Hospital

"Det er sørme svært. Det kan være berettiget, men man kan også nemt komme til at hænge nogen ud i en forkert sammenhæng. Så det kan også være farligt.

Jeg synes, det har været relevant i de to tilfælde, men jeg ville selv have det meget underligt, hvis der kom nogen med et skjult kamera hos os."



FOTO: HEINE PEDERSEN



FOTO: THOMAS SØNDERGAARD

Trine Broberg Christensen, sygeplejerske, Akut Visitationsafsnit, Vejle Sygehus

"Det er en sag med to sider, og man skal passe på, at man ikke ser alt fra journalistens side. Det er svært at sætte sig ind i, hvad det vil sige at arbejde med svage grupper. Det er utrolig krævede, og det kan være nødvendigt at sætte grænser.

Men det, vi så i udsendelserne, var skræmmende og hører ingen steder hjemme. Så ja, det kan være berettiget. Men man skal forholde sig med skepsis til det, man ser."

Hvordan ville du selv have det med, at der kom nogen med et skjult kamera på din arbejdsplads?

"Jeg ville have det enormt dårligt, og når jeg ser udsendelserne, har jeg det også dårligt på vegne af de folk, der er optaget. Men man skulle jo egentlig gerne kunne stå frem med det, man laver."



FOTO: KISSEN WOLLER-HANSEN

Elin Kudahl, afdelingssygeplejerske, Reumatologisk afsnit 2021, Skive Sygehus

"Grundlæggende skal man afdække, hvis der er nogen, der lider overlast. Så hvis der sker overgreb mod de svage, er det berettiget. Hvis alt andet er afprøvet først.

Men man skal tænke sig grundigt om og gøre det med omsorg for de ansatte. Jeg ved egentlig ikke, om jeg synes, optagelserne overhovedet skal ud i det offentlige rum. Vi ved jo godt, at de glimt, vi ser, ikke får baggrunden med. Men som dokumentation er det i orden."

Hvordan ville du have det med, at der kom nogen med skjult kamera på din arbejdsplads?

"Det ville jeg ikke være særlig bekymret for."

Kirsten Stallknecht Prisen 2007

Tre sygeplejersker har modtaget Kirsten Stallknecht Prisen, siden den blev stiftet i 2001. De tre har brugt ytringsfriheden på helt forskellige områder, fra *Thyra Frank*, som taler varmt for, at der er et liv før døden, også for beboere på plejehjem, *Robert Olsen*, som forsvarer de hjemløse og dem, der drikker, til *Connie Svit*, som går ind for ordentlige vilkår på medicinsk afdeling. Både for patienter og sygeplejersker.

Flere sygeplejersker har sikkert skrevet og talt om særlige mærkesager. Tænk over, om en af dem kan indstilles til Kirsten Stallknecht Prisen 2007.

Prisen er på 10.000 kr. og et kunstværk, og den bliver overrakt af *Kirsten Stallknecht*, Dansk Sygeplejeråds tidligere formand, torsdag den 31. maj 2007.

Læs mere i *Sygeplejersken* nr. 4/2007 eller på www.sygeplejersken.dk



Sygeplejerske Özlem Sara Cekic er blevet vært på DR2-programmet Mission Integration.



ARKIVFOTO: HEINE PEDERSEN

Sygeplejerske som tv-vært

30-årige *Özlem Sara Cekic* har midlertidigt kvittet sit job som sygeplejerske for at blive tv-vært på DR2-programmet, *Mission Integration*. Det ny program har som mål at finde alternative måder at løse integrationsproblemer på.

Özlem Sara Cekic blev født i Tyrkiet i 1976 og har boet i Danmark, siden hun var 10 år.

Hun blev uddannet sygeplejerske for syv år siden og har bl.a. arbejdet på Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling på Bispebjerg Hospital. Senest har hun været ansat i det opsøgende psykoseteam under Sankt Hans Hospital.

Özlem Sara Cekic har siden 2003 været medlem af bestyrelsen i Hovedstadens amtskreds. På Dansk Sygeplejeråds seneste kongres stillede hun sammen med fire andre sygeplejersker forslag om lavere formandsløn. Den ny studievært er folketingskandidat for SF og også initiativtager til det såkaldte Mangfoldighedsnetværk, som arbejder for at rekruttere sygeplejersker med anden etnisk baggrund end dansk.

(bso)

Råd og vejledning om sygeplejerskers selvangivelse 2006

AF SKATTEKONSULENT BODIL GREGERSEN, DELOITTE

Dette års selvangivelse udsendes fra medio marts og er opbygget af en fortrykt selvangivelse samt en genpart til eget brug.

Den fortrykte selvangivelse skal indsendes til SKAT, hvis der er rettelser og tilføjelser. Alternativt kan ændringer gennemføres ved at anvende "TastSelv" på SKATs hjemmeside www.skat.dk

Med selvangivelsen kan følge en årsopgørelse, hvilket betyder, at SKAT mener at have alle de oplysninger, som er nødvendige for at lave årsopgørelsen. Skatten for 2006 er i så fald beregnet på grundlag af tallene i den fortrykte selvangivelse. Er du

enig i de indtægter og fradrag, som er lagt til grund for beregningen af skatten, behøver du ikke at foretage dig yderligere.

Arbejdsgivere, pengeinstitutter m.fl. skal ikke længere udlevere eller sende opgørelser om f.eks. løn, renteindtægter og kontingenter. Oplysningerne indberettes dog til SKAT og kan altid hentes frem på SKATs hjemmeside.

Det er vigtigt at kontrollere de fortrykte oplysninger og rette fejl.

Hvis et tal i selvangivelsen er forkert, skrives det rigtige tal i feltet til højre for den pågældende rubrik på selvangivelsen. I selvangivelsen skal endvidere angives op-

lysninger, som SKAT ikke kender. Det kan f.eks. være befodringsfradrag, gaver til godkendte foreninger samt underholds- og børnebidrag.




Selvangivelsen med rettelser eller tilføjelser skal enten tages ind eller indsendes til SKAT senest den 1. maj 2007. TastSelv kan benyttes indtil den 2. maj 2007 kl. 9.00. Har din ægtefælle selvangivelsesfrist til den 1. juli 2007, kan du vente med at sende den almindelige selvangivelse til den 1. juli 2007.

Læs mere på: www.skat.dk og www.sygeplejersken.dk



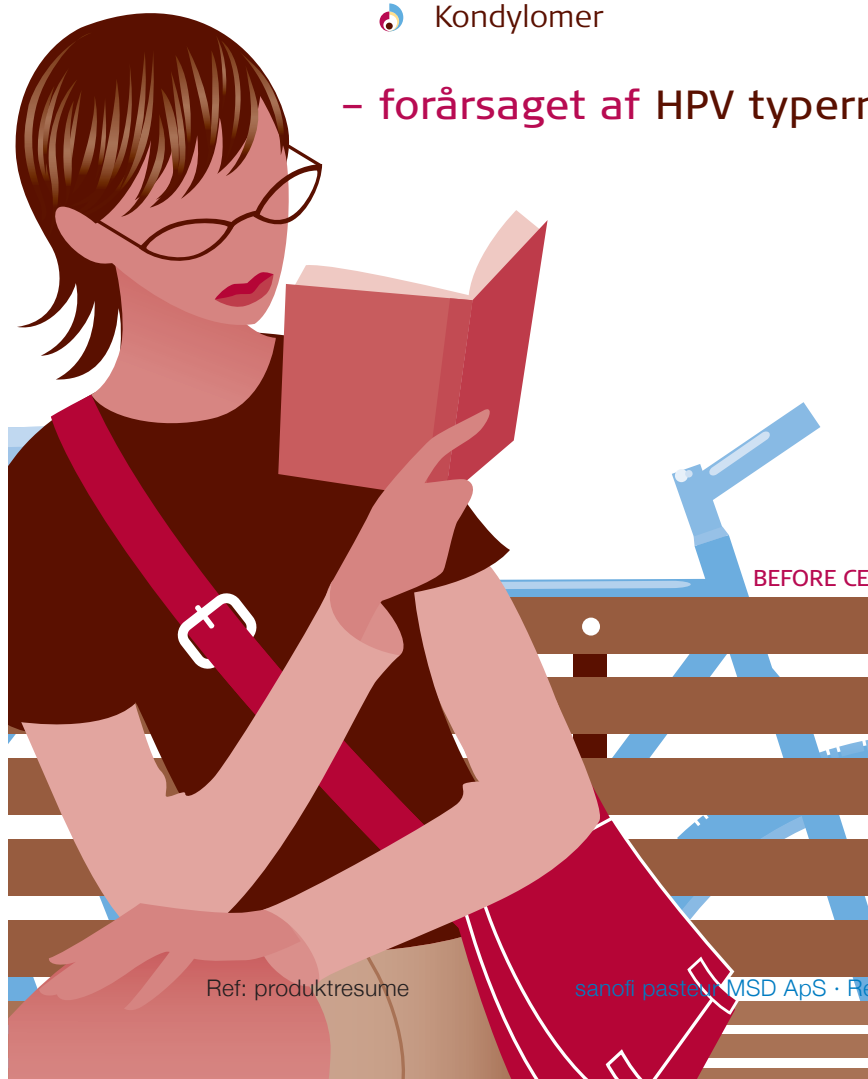
Gardasil® - Vaccinen mod livmoderhalskræft

- beskytter mod

-  Kræft i livmoderhalsen
-  Svære celleforandringer på livmoderhalsen (CIN 2/3) og ydre kønsdele (VIN 2/3)*
-  Kondylomer

- forårsaget af HPV typerne [6], [11], [16], [18]

* VIN 2/3 : Vulva intraepithelial neoplasia




GARDASIL®
Human Papillomavirus Vaccine
Types 6,11,16,18
Recombinant, adsorbed

BENEFITS FROM FOUR TYPES -
BEFORE CERVICAL CANCER AND BEYOND THE CERVIX


sanofi pasteur MSD
vaccines for life

Ref: produktresumé

sanofi pasteur MSD ApS · Regus Bldg. · Lautruphøj 1-3 · DK-2750 Ballerup



FOTO: MIKE KOLLOFFEL

Der er kun én offentlig sygeplejerskole i Malawi, som uddanner 60 sygeplejersker årligt. Sygeplejestuderende Mtsunge Joshua ses her i samtale med Kirsten Salling Rasmussen på skolens færdighedslaboratorium.

Røde næser mod aids

I Danmark er der 10,36 sygeplejersker pr. 1.000 indbyggere.

I det afrikanske land Malawi – et af de lande, der er hårdt ramt af aids-epidemien – har man 0,59 sygeplejerske pr. 1.000 indbyggere.

Eller næsten 20 gange færre sygeplejersker.

Det er formanden for Sygeplejestuderendes Landssammenslutning (SLS), *Kirsten Salling Rasmussen*, der remser de hårde facts op.

Hun og sygeplejestuderende *Christina Kolbæk*, Viborg, besøgte tidligere i år Malawi, som har 11 mio. indbyggere. En stor del er ramt af hiv og aids. Den viden og de oplevelser, de to studerende fik under besøget i Ma-

lawi, har de videregivet til andre sygeplejestuderende på en landsdækkende turné.

De sygeplejestuderende har en væsentlig rolle i årets Humor mod Aids-kampagne, der kulminerer i dagene 30. marts – 1. april 2007.

Kampagnen og indsamlingen er let genkendelig ved salg af røde klavnæser til fordel for ramte områder i Afrika og Østeuropa.

Hovedmålet er i år at støtte uddannelse af sygeplejersker primært i Afrika som et middel i kampen mod aids-katastrofen. Dansk Sygeplejeråd støtter kampagnen med 100.000 kr.

I Malawi betyder manglen på sygeplejersker, at en sygeplejerske kan være helt alene om over 100 patienter.

))) GIV ET BIDRAG TIL HUMOR MOD AIDS

Fra den 30. marts til den 1. april er der landsindsamling til fordel for Humor mod Aids. Dansk Sygeplejeråd og SLS bakker op, og en række sygeplejersker går på gaden for at sælge næser. Overskuddet går i år til at styrke sundhedsvæsenet i Malawi, Mozambique og Ukraine, hvor der er desperat mangel på sygeplejersker.

Humor mod Aids opfordrer alle sygeplejersker til at bidrage til indsamlingen. Hvis ikke du allerede har meldt dig som indsamler, kan du give et bidrag.

- Du kan give et bidrag via www.humormod aids.dk, hvor du kan donere via dit dankort.
- Du kan indbetale et bidrag via Netbank på kontonummer: 9541-4777124935
- Eller du kan sende en sms med ordet "sister" på 1220. Det koster 150 kr. + alm. takst.

Læs mere på: www.humormod aids.dk

Af samme grund er den praktiske pleje overladt til pårørende til de aids-syge.

"Men de raske burde jo slet ikke være bundet til at pleje syge familiemedlemmer, men i stedet bidrage til produktionen i det i forvejen hårdt ramte land," siger Kirsten Salling Rasmussen.

"Det, der har været mest slående for mig, er aids-problemets kompleksitet," siger *Christina Kolbæk*.

"Problemet afhjælpes ikke alene med oplysning, uddannelse og medicin. Det er også nødvendigt at forbedre befolkningens ernæringstilstand, så der skal sættes ind på rigtig mange fronter," siger de to sygeplejestuderende. (sp)

Plejehjem med pil opad

AF LOTTE HAVEMANN, JOURNALIST

Kritikken var til at tage og føle på, da Lokalcenter Holme og Skåde i Århus Kommune sidste år kom i offentlighedens søgelys. I en rapport fra en række uanmeldte tilsyn på to af lokalcenterets tre plejeboligområder fremgik det bl.a.:

- En beboer har haft samme ble på en hel dag
- Beboere er i flere tilfælde ikke kommet op af sengen
- Manglende almen faglig standard i forhold til beboerne.

Men i dag – et år senere – er billedet på de

udskældte plejeboliger vendt. Det grimme 4-tal, de fik i den daværende tilsynsrapport, er vendt til et langt bedre 2-tal, som gives, når der kun er enkelte småting, der skal rettes. Sygefraværet blandt de ansatte var en overgang oppe på i gennemsnit 26 sygedage pr. medarbejder. Nu er det faldet til under 19 sygedage. Det dårlige psykiske arbejdsmiljø, som Arbejdstilsynet havde pegt på, er betydeligt forbedret.

Indsatsen har bl.a. været en ny ledelse, som har taget fat om de mange problemer, den tidligere ledelse efterlod.

Tillidsrepræsentant for plejepersonalet

Anne-Lise Jordhøj roser især den nye områdechef *Birgitta Sloth Christiansen*.

"Tidligere var ledelsen totalt usynlig. Der blev sat en masse i gang, men der skete ingenting. Birgitta Sloth Christiansen er lige modsat. Hun er til stede, hun handler, og hun holder det, hun lover. Hun har tillid til os og behandler folk ens," siger Anne-Lise Jordhøj.

Tillidsrepræsentant *Anne-Lise Jordhøj* mener, at det faldende sygefravær og forbedrede arbejdsmiljø bl.a. skyldes gode tilbud til de ansatte. De kan frit booke sig ind på massage, zoneterapi, kiropraktik el-

Godt resultat i 2006 for pensionskassen

Sygeplejerskernes pensionspenge gav sidste år et afkast på 7,7 pct. før skat, hvilket er mere, end PKA havde regnet med.

De otte PKA-pensionskasser kom samlet set ud af 2006 med afkast på 6,3 pct. før skat.

"Set over såvel et femårs perspektiv som et 10-års perspektiv er PKA-kassernes afkast på gennemsnitligt 8,6 pct. pr. år til trods for det generelt lave renteniveau og de store nedture på de finansielle markeder i 2001-2002," siger investeringsdirektør i PKA Michael Nellemann Pedersen.

"Det er vi meget tilfredse med. 100 kr. investeret ultimo 1996 er blevet til 227 kr. ved udgangen af 2006."

Formuen i PKA-pensionskasserne er i 2006 vokset med 9 mia. kr. til næsten 116 mia. kr. Det er særligt de stigende ejendomspriser og de danske aktier, der har bidraget positivt på årets resultat, fremgår det af PKAs hjemmeside. (sp)

Læs mere på: www.pka.dk

Vidste du at ...

... otte ud af 10 europæere synes, det er en god idé at sætte advarselsskilte på alkoholiske drikke, der fortæller om de skadelige virkninger ved at drikke, når man er gravid eller kører bil?

Kilde: Eurobarometer, marts 2007.

ler fysioterapi i en sundhedsklinik, som ligger på et af plejeboligområderne. Desuden har man ansat en arbejdspsykolog til at tage sig af de sygefraværssamtaler, som lederne før i tiden stod for.

Anne-Lise Jordhøj siger:

"Det var en belastning for gruppelederne at afse tid til alle de sygesamtaler. Arbejdspsykologen har tid til den enkelte og sidder ikke og hopper i stolen."



Sygeplejerskeuddannelsen København

EKSAMENSVAGTER

Sygeplejerskeuddannelsen København (tidl. H:S Sygeplejerskeuddannelsen) ønsker at opbygge et korps af eksamensvagter, som skal overvåge og påse, at uddannelsens eksamener afvikles forskriftsmæssigt. Eksamensvagterne udøver blandt andet en række kontrol- og servicefunktioner i relation til de studerende, ligesom der forekommer nogle praktiske opgaver såsom indsamling af eksamensopgaver og lignende.

Uddannelsen afholder omkring 12 eksamener årligt á 4-6 timers varighed. I forårssemestret 2007 er der planlagt eksamen på datoerne: 31. maj, 7. juni og 18. juni. Vi ønsker derfor at kunne trække på korpsets medarbejdere i større eller mindre omfang, afhængig af hvor mange vagter hver enkelt deltager er interesseret i.

Uddannelsen ønsker at engagere en række personer, som er uafhængige af arbejdsmarkedet, og som for eksempel i tilfælde af sygdom vil kunne indkaldes med forholdsvist kort varsel. Der kræves ikke særlige kvalifikationer, men gerne interesse eller kendskab til uddannelsesforhold og sygeplejefaget.

Der afholdes et informationsmøde om opgaven mandag den 30. april 2007, kl. 13.30 - 15.00, i mødelokale 0.16, afsnit 7301, på uddannelsens hovedadresse på Tagensvej 18, 2200 København N.

Er du interesseret i at deltage i informationsmødet, eller interesseret i det hele taget, bedes du telefonisk henvende dig til Ann Dorte Villumsen på tlf. 3545 7562 eller til Jørn Hjordemaal på tlf. 3545 7923.

Produktinformation for annoncen på side 17.

Forkortet Produktresumé.

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

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

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

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

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

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

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

Pakning og pris (AUP) oktober 2006: 1 dosispakning indeholdende 0,5 ml suspension i en forfyldt sprøjte med kanyleafskærmningsanordning og to kanyler. Opbevares i køleskab (2°C - 8°C). (Vnr. 058397) kr. 1.155, Udlevering A.

Indehaver af markedsføringstilladelsen: Sanofi Pasteur MSD SNC, 8 rue Jonas Salk, F-69007 Lyon, France. Fuldstændigt produktresumé kan rekvireres hos den danske repræsentant: Sanofi Pasteur MSD, Lautruphøj 1-3, DK-2750 Ballerup eller på nedenstående internetadresse. Oktober 2006.

www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/gardasil/gardasil.htm



Løn - og ansættelsesvejledning for statsansatte

I slutningen af marts måned udkommer en revideret udgave af løn- og ansættelsesvejledning for staten, der gælder frem til 31.3.2008. DSR udsender vejledningen for anden gang, og vi håber, at du som statsansat har glæde af at få de mest generelle oplysninger om dine løn- og ansættelsesvilkår samlet i en vejledning.

Vejledningen udsendes til alle der, ifølge DSR's medlemsregister, er statsansatte. Skulle du være ansat i staten og ikke har modtaget en løn- og ansættelsesvejledning, skal vi opfordre dig til at kontakte DSR og få rettet dine medlemsoplysninger i forhold til dit aktuelle arbejdssted. Hvis du ikke længere er ansat i staten, bedes du ligeledes få ændret dette i DSR's medlemsregister.

Løn – og ansættelsesvejledningen kan du desuden finde på DSR's hjemmeside www.dsr.dk

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



De ældre bliver sundere, de unge usundere

Statens Institut for Folkesundhed har offentliggjort en ny kortlægning af danskernes sundhed og sygelighed, der også trækker tendenserne op for de seneste 20 år.

Der er sket en positiv udvikling på mange områder: færre rygere, flere fysisk aktive og bedre kostvaner. Men udviklingen er ikke entydig. Mens de ældres fysiske funktionsniveau er blevet markant bedre, er de unges til gengæld forringet. Der er blevet betydeligt flere fede danskere, og danskerne oplever selv stigende sygelighed på grund af diabetes, migræne, forhøjet blodtryk, astma og allergi. (kb)

Læs mere på: www.si-folkesundhed.dk

Puljepenge til ældreplejen og sundhedsvæsenet

Der ligger mange penge og venter på gode projekter i puljer, som er afsat på finansloven for 2007. En pulje på 100 mio. kr. til udviklingsprojekter i ældreplejen bliver administreret af Socialministeriet. Den har ansøgningsfrist 7. maj.

Der ligger også penge i Indenrigs- og Sundhedsministeriets Udviklings- og analysepulje. Her er der ansøgningsfrist den 28. marts. I 2007 er der udpeget to prioriterede områder: bedre kvalitet i kommunernes opgaveløsning og bedre kvalitet i den offentlige sundhedssektor. (kb)

Læs mere på: www.social.dk og www.im.dk

Seniorerne vælger ny bestyrelse

Den fysiske nærhed betyder rigtig meget for seniorerne i Dansk Sygeplejeråd, når de mødes til lokale aktiviteter i de nuværende amtskredse. Derfor følger medlemmerne af Seniorsammenslutningen arbejdet med at fastlægge en ny struktur for Dansk Sygeplejeråd med største interesse. Og så mener seniorsygeplejerskerne i øvrigt, at de kan komme med nyttige input til Dansk Sygeplejeråds folkevalgte – også når de lokale bestyrelser er samlet til kongres. Derfor har de ønsket at få tallet ved Dansk Sygeplejeråds kongres.

Det fortæller næstformanden for Seniorsammenslutningen i Dansk Sygeplejeråd, Inge Jacobsen, Hedehusene. Hun og resten af bestyrelsen er på valg i den nærmeste fremtid, idet vedtægterne fastslår, at der gennemføres valg til bestyrel-

sen i juni måned i ulige år. Der skal vælges mindst fem og højst syv bestyrelsesmedlemmer samt tre suppleanter, som indtræder i bestyrelsen efter stemmetal, når der bliver ledige pladser i denne.

Bestyrelsen vælges for to år. Alle medlemmer af Dansk Sygeplejeråd, der modtager pension eller efterløn, er automatisk medlemmer af Seniorsammenslutningen i Dansk Sygeplejeråd og dermed valgbar og stemmeberettigede til bestyrelsesvalg.

Seniorsammenslutningen tæller godt 9.000 medlemmer. Kandidater til bestyrelsesvalget skal fremsende valgoplæg og foto til Dansk Sygeplejeråds sekretariat senest den 2. maj 2007. (sp)

Læs mere på www.dsr.dk
Se også annoncen side 67

Rettelser

Under debatindlægget "Lønforskellen må ikke blive for stor" i *Sygeplejersken* nr. 5/2007 side 35 manglede der et navn på en medunderskriver: Kevin Vilhelmsen, der ligesom medunderskriver Britta Bang er medlem af amtskredsbestyrelsen i Fyns amtskreds.

I oversigten i *Sygeplejersken* nr. 5/2007 side 24-25 over tilbud fra DSRs amtskredse til stressede sygeplejersker blev tilbuddet fra Vestsjællands amtskreds ganske rigtigt nævnt, men oplysningerne forpudede sig under tilbuddene fra Bornholms amtskreds, fordi amtskredsens navn ikke var blevet tilstrækkeligt fremhævet. (redaktionen)



Kræft tilbage i søgelyset

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST

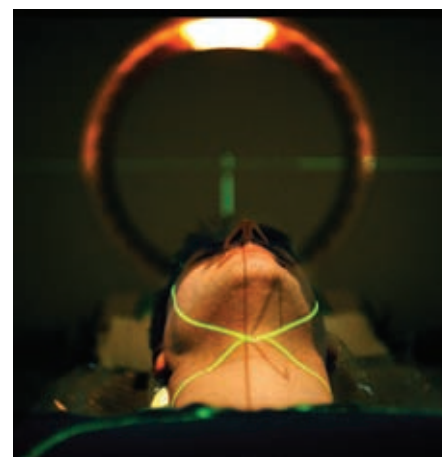
« TILBAGEBLIK I et par uger var de pressemedicinske afdelinger i centrum i det sundhedspolitiske mediebillede. Så var det også slut. Kræften stjal billedet igen.

Efter at have måttet vige pladsen til fordel for de pressemedicinske afdelinger, er kræftområdet igen tilbage i mediernes søgelys. Og det er kun naturligt, mener seniorprojektleder i DSI Institut for Sundhedsvæsen, *Jakob Kjellberg*. Som beskrevet i *Sygeplejersken* nr. 5/2007 har politikere og medier de seneste år især rettet opmærksomheden mod ventetider inden for netop kræftbehandling og operationer.

Strålesygeplejerskerne kom til at spille en ny rolle i sagaen om kræftbehandlingerne. En arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen har undersøgt, hvordan sygehusene kan tilbyde flere strålebehandlinger, og ifølge Politiken er den største flaskehals i øjeblikket manglen på strålesygeplejersker til at betjene apparaterne. Arbejdsgruppen har også beskæftiget sig med flaskehalsene og oplyser,

at sygehusene i gennemsnit har ansat seks specialuddannede sygeplejersker til at køre en strålekanon i 37 timer om ugen – det er 50 pct. højere end danske og udenlandske anbefalinger, der siger fire ansatte pr. strålekanon. Personalet bliver altså brugt forkert, mener arbejdsgruppen, samtidig med at det fremgår, at de danske sygehuse helt uforståeligt har neddrolet uddannelsen af strålesygeplejersker trods overskud af kursuspladser og interesserede sygeplejersker.

Førre kræftsyege kunne være en anden løsning på presset på kræftafdelingerne. Den virkelighed er måske rykket en smule nærmere, efter at Sundhedsstyrelsen i november frigav verdens første vaccine mod kræft i bl.a. livmoderhalsen. Flere medier kunne fortælle, at især velstillede forældre har fået vaccineret deres døtre hos lægen for formodest 3.500 kr. Det førte til, at flere politikere i samme åndedrag kaldte til kamp mod "en social slagside" og "amerikanske tilstande" og krævede gratis vaccine til alle, mens bl.a. regeringspartiet Venstre fastslog, at man afventer udfaldet af den såkaldte



Efter de medicinske afdelinger var på alles læber, kom kræftbehandlingen tilbage på dagsordenen.

medicinske teknologivurdering af vaccinen, som ventes klar i maj. Fremtiden for danskernes adgang til kræftvacciner tegner dog ikke lys, mener en af landets førende forskere, forskningsleder *Inge Marie Svane*, Herlev Hospital. Her har man netop fremlagt gode prognoser for udviklingen af effektive vacciner mod flere kræftformer, men nye EU-regler for klinisk forskning medfører så meget bureaukrati og voldsomme fordyrelser, der kan forpurre, at vaccinerne nogensinde når frem til patienterne.

Ny mulighed med dit DSR MasterCard

Afbestillingsforsikring - Bagageforsinkelse - Rejseassistance - Sygdom og hjemtransport - Evakuering



Få årsrejseforsikring knyttet til dit gratis MasterCard for kun 395 kr. om året, så er hele din husstand dækket på alle rejser i hele verden i op til 60 dage.

Rejseforsikringen gælder kun, hvis den er købt, inden du bestiller din rejse.

Gå ind på www.dsrbank.dk eller ring på telefon 3378 1927

Bryd tabuet – tal om sex

AF CHRISTINA SOMMER,
JOURNALIST



AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN,
JOURNALIST



Spot på seksualitet. En invitation til en temaaften med overskriften "Seksualitet – det sidste tabu i sygeplejen" ramte redaktionens skrivebord. Det blev anledningen til, at vi besluttede at se nærmere på det emne. Er patienternes seksualitet et tabu blandt sygeplejersker? Føler sygeplejersker sig mon delt mellem blufærdighed og viljen til at hjælpe?

Vi igangsatte en spørgeskemaundersøgelse, der kan beskrives som en slags temperaturmåling af sygeplejerskers håndtering af patienternes seksualitet anno 2007.

Undersøgelsen viser bl.a., at rigtig mange af sygeplejerskerne har svært ved at tale med patienterne om seksualitet. På den ene side mener mere end 80 pct., at det er relevant at tale med patienter om sex. Men samtidig mener halvdelen, at det er et tabu, ligesom mere end halvdelen af de adspurgte sygeplejersker svarer, at de aldrig eller sjældent taler med patienterne om seksualitet.

I fuld overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning mener flere eksperter, at det er en sygeplejefaglig pligt at tale med patienterne om seksualitet. Derfor sætter *Sygeplejersken* på de følgende sider sex på skemaet.

kbc@dsr.dk, cso@dsr.dk



Svigt. Under 1 pct. af de sygeplejersker, der har deltaget i en undersøgelse, som Analyse Danmark har foretaget for Sygeplejersken, taler konsekvent med patienterne om seksualitet. Det er stik imod vejledningen fra Sundhedsstyrelsen.

Sygeplejersker forsømmer at tale seksualitet med patienterne

AF CHRISTINA SOMMER OG KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALISTER

Patienters seksualitet er ikke et emne, sygeplejersker ofte vender med patienterne. Mere end halvdelen af de sygeplejersker, der har deltaget i Analyse Danmarks stikprøve, taler aldrig eller sjældent med patienterne om sex.

”Det er en klar forsømmelse, hvis en patient gennemgår et langt udrednings- og behandlingsforløb, uden at én eneste fagperson i hele det lange forløb finder anledning til at tale om seksualitet. Det er virkelig et ærgerligt svigt, hvis man lader patienterne sejle deres egen sø,” siger seksualitetsforsker ved Københavns Universitet og læge *Christian Graugaard*.

Men patienterne burde være sikret, at sygeplejerskerne taler med dem om ”seksualitet,

”Det er meget få patienter, der selv vil bringe det på bane. De er bange for at blive stempet og udstillet.”

f.eks. samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler.” Sygeplejersker har nemlig, ifølge Sundhedsstyrelsens sygeplejefaglige vejledning for optegnelser, pligt til at beskrive ”hvordan patienten har potentielle og/eller aktuelle problemer” inden for problemområdet seksualitet.

En pligt, der giver rigtig god mening, mener *Lotte Prescott*, der er dialysesygeplejerske på Hillerød Sygehus, hvor hun undersøger seksuel dysfunktion hos kvinder med en kronisk nyresygdom.

”Man kan jo ikke se på folk, om de har et aktivt seksualliv. Derfor er det vigtigt, at sygeplejersker spørger til patientens seksualitet og viser, at der er mulighed for at tale om det, hvis patienten ønsker det,” siger hun.

Patienter har sexproblemer

En evaluering fra 2006 af sygehusene i det tidligere Århus Amt viser også, at alt for få sygeplejersker spørger patienterne om seksualitet. Kun 37,5 pct. af patientjournalerne indeholdt markeringer af, at der var taget stilling til patientens seksualitet. *Birgitte Schantz Laursen*, der er seniorforsker ved Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje på Aalborg Sygehus, mener, at sygeplejerskernes berøringsangst over for emnet er et problem.

”Sygeplejersker er forpligtet til at informere patienterne om, at i forbindelse med mange sygdomme kan man opleve problemer med seksualitet og sex. De er ikke forpligtet til at vide, hvad man gør, men de er forpligtet til at henvise til nogen, der ved det,” siger hun.

Seksuelle problemer som følge af sygdomsforløb er langtfra ualmindeligt. Undersøgelser, nævnt i bogen ”Krop, sygdom og seksualitet” fra 2006, viser eksempelvis, at 60 pct. af en gruppe patienter med testikelkræft mistede lysten til sex, mens de var under behandling. 98 pct. af de mænd, der som følge af cancer fik fjernet blæren, fik rejsningsproble-

mer. Godt en tredjedel af patienter med hudsygdommen psoriasis angav, at deres sygdom havde en negativ indflydelse på deres sexliv.

”Det er rigtig vigtigt, at sundhedspersonalet taler med patienter om seksualitet. Både fra forskning og hverdag ved vi, at seksualitet er en central del af langt de fleste menneskers selvoplevede livskvalitet og vi ved, at et vel fungerende intimt liv bedrer patientens behandlingsmotivation og evne til at mestre sin sygdom,” forklarer seksualitetsforsker *Christian Graugaard*.

Tovejstabu

Patienternes sexliv er et emne, der et omgivet af en form for tovejstabu. Ifølge undersøgelsen fra Analyse Danmark er over halvdelen af sygeplejerskerne helt eller delvist enige i, at patienters sexliv er et tabu blandt sygeplejersker. Samtidig er over halvdelen af sygeplejerskerne også af den overbevisning, at patienterne oplever det som tabubelagt at tale med sygeplejerskerne om sex.

Et billede, der stemmer overens med erfaringerne hos *Lene Lau*, der er koordinator for Skanderborgs selvhjælpsgrupper.

”Det er meget få patienter, der selv vil bringe det på bane. De er bange for at blive stempet og udstillet,” siger hun.

Op netop derfor er det vigtigt, at sygeplejersker tør bringe emnet op, forklarer *Christian Graugaard*.

”Tovejstabet betyder, at sygeplejersker og patienter gensidigt fastholder hinanden i en u hensigtsmæssig

))) SÅDAN GENNEMFØRTE VI SEXUNDERSØGELSEN

Analyseinstituttet Analyse Danmark har gennemført undersøgelsen for *Sygeplejersken* i perioden 12. december til 19. december 2006. Målgruppen for undersøgelsen er medlemmer af Dansk Sygeplejeråd, der arbejder som sygeplejersker, og som har kontakt med voksne eller unge patienter, hvis sygdom eller tilstand kan have indvirkning på deres sexliv. Med sexliv menes der kun patienters sexliv i relation til deres tilstand og sygdommens eventuelle indvirkning på deres sexliv.

Undersøgelsen er baseret på 533 besvarelser fra respondenter, efter rensning af respondenter uden for målgruppen. Undersøgelsen er gennemført som en elektronisk spørgeskemaundersøgelse via *Sygeplejerskens* online panel.

Sygeplejerskens online panel er oprettet via tilmelding gennem www.dsr.dk og er ikke nødvendigvis repræsentativt for medlemmerne af Dansk Sygeplejeråd, man bør derfor være forsigtig med at generalisere fra undersøgelsesresultaterne til populationen.

))) PLIGT TIL AT SPØRGE OM SEKSUALITET

Patienterne har krav på, at sygeplejerskerne ved indlæggelse spørger patienten om seksualitet. Det er nemlig en sygeplejefaglig pligt, der er indskrevet i Sundhedsstyrelsens "Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser" fra april 2005. Ifølge den vejledning skal dokumentationen af de sygeplejefaglige handlinger som minimum indeholde beskrivelse af, hvorvidt patienten har potentielle og/eller aktuelle problemer knyttet til "seksualitet, f.eks. samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler."

Kilde: VEJ nr. 9229 af 29/04/2005 (Retsinfo.dk).

forestilling om, at den anden ikke vil tale om det her. Men som regel er det ikke patienterne, der er kædens svage led, det er fagpersonerne. Fagpersonalet gemmer sig bag patienternes formodede ubehag, men vi kan jo ikke vide, om det er ubehageligt, før vi har spurgt," siger Christian Graugaard.

Og måske er der håb om, at der kommer mere fokus på patienters seksualitet. Selvom sygeplejerskerne oplever emnet som tabublagt, så viser undersøgelsen også, at mere end 80 pct. af de adspurgte er helt enige i eller delvist enige i, at det er relevant, at sygeplejersker taler med patienter om deres seksualitet.

cso@dsr.dk, kbc@dsr.dk



Kvinde, 47 år, brystkræft

Sygdomsforløbet endte i skilsmisse

"Min mand og jeg var begge angste, men fik desværre aldrig sat ord på det, eller hvad sygdommen og ændringen af min krop betød for vores samliv og intimitet," fortæller patienten, der efter et ellers veloverstået sygdomsforløb ærgrer sig over, at seksualiteten blev negligeret.

Kræftdiagnosen blev stillet i 2001. Først blev det syge bryst fjernet. Da det viste sig, at hun var genetisk disponeret for sygdommen, fik hun et års tid efter først fjernet sine ovarier, siden det raske bryst samt rekonstrueret begge bryster på en plastikkirurgisk afdeling – et forløb hun alt i alt er meget tilfreds med, men som alligevel efterlader hende med en undren som patient, men også fagligt, da hun er sygeplejerske.

"Jeg var i systemet i fire år. Men ikke én sygeplejerske eller læge har på noget som helst tidspunkt talt med mig om min seksualitet, og hvad mit sygdomsforløb kunne betyde for mit sexliv og min intimitet med min partner. Og det undrer mig," siger hun.

Denne undren førte faktisk til, at hun tog emnet op med nogle af sygeplejerskerne på den plastikkirurgiske afdeling: Her var en af "undskyldningerne" blandt personalet, at man som kræftpatient mest tænker på overlevelse frem for seksualitet.

"Men det argument holder ikke. Mange patienter overlever jo sådan et forløb. Jeg var f.eks. rask, da jeg indledte den plastikkirurgiske behandling. Og det er først nu med gru ved at gå op for mig, at det har haft nogle store konsekvenser for mig, at jeg ikke har fået talt med min mand om det her. Det ved fagpersonalet, og det burde de have hjulpet mig med at indse."

Konkret står hun nu over for en skilsmisse, og selvom grundene er mange, vejer sygdomsforløbet tungt.

"Det er ikke sjovt, men man er altså bare nødt til at tale om det – både sygeplejerske og patient, patient og samlever. Ellers ophører al intimitet, og man risikerer fremmedgørelse. Og jeg tror faktisk, at mange brystcancerpatienter havner som mig. Jeg gad godt se skilsmisseprocenten for brystkræftopererede kvinder."

Patienten har af personlige årsager ønsket at være anonym, men hendes navn er redaktionen bekendt.

Tillad det. Som sygeplejerske skal du hverken agere sexolog eller gå på kompromis med dine egne grænser for at tale seksualitet med patienterne. Start med at beslutte dine egne grænser sprogligt og personligt.

Sæt seksualiteten på din professionelle dagsorden

AF CHRISTINA SOMMER OG KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALISTER • FOTO: SØREN SVENDSEN

Penis eller pik? Vagina eller skede? Hvor går din grænse for, hvilke sexbegreber du har det okay med at sige, sådan generelt, men især foran en patient? Har du ikke allerede et klart svar på det spørgsmål, er du højst sandsynligt én af de mange sygeplejersker, der synes, det er svært at tale med patienterne om deres seksualitet, og derfor undlader at komme ind på emnet, selvom du egentlig mener, det er relevant.

Det at kunne tale med patienterne om deres seksualitet afhænger i høj grad af, om du har et godt sprog til det og er afklaret med, hvor egne grænser går. Det mener bl.a. sygeplejerske og mangeårig rådgiver i Hiv-Danmark, *Solveig Roth*.

”Overvej, hvilket sprog du bruger, når du f.eks. taler med en patient om hendes skedekramper. Det handler om at finde et godt, forståeligt sprog, som patienten kan forholde sig til, men som også respekterer sygeplejerskens grænser. Jeg kan sagtens forstå, at nogle finder det grænseoverskridende at tale om sex. Men så er det vigtigt, at man erkender og respekterer det og henviser patienten til andre. For det er ikke patientens opgave at tage emnet op,” siger Solveig Roth.

Den udmelding støtter *Bibi Kasten*, socialrådgiver i Kræftens Bekæmpelse. Hun har rådgivet kræftpatienter i snart 20 år og er ikke i tvivl om, at patienternes seksualitet er tabu blandt mange sygeplejersker.

”Det kedelige er, at sådan har det faktisk været i rigtig mange år. Selv på den del af de afdelinger, hvor det er mest oplagt, er det langt fra kutyme. Det er trist og bekymrer mig. Jeg tror, det i høj grad skyldes blufærdighed på patienternes, men også på sygeplejerskernes vegne. Og her spiller sproget en stor rolle. Har man svært ved at sige tissemand, er det svært at tage emnet op. Men sproget må heller ikke blive for klinisk, det distancerer. Der vil altid være en sygeplejerske på en afdeling, som ikke vil eller kan, men så skal hun melde det klart ud,” siger Bibi Kasten.

”Bare det, at sygeplejerskerne berører emnet og derved gør det legitimt at tale om seksualitet, er ofte tilstrækkeligt.”

))) SÅDAN KOMMER DU I GANG

- Afklar med dig selv, hvor dine egne grænser går personligt og sprogligt.
- Tal med dine kolleger om patienternes seksualitet.
- Søg støtte fra din leder – få emnet sat på dagsordenen på et afdelingsmøde, evt. med besøg af eksperter udefra.
- Søg mere viden om seksualitet i bl.a. bøger, foldere fra patientforeninger eller på internettet.
- Ansøg om efter- og videreuddannelse, hvis du har lyst.
- Du behøver ikke at være ekspert for at tage emnet op.
- Henvi patienterne videre, hvis de har brug for mere hjælp.
- Sig fra, hvis du ikke magter at løfte opgaven – andre kolleger kan nok træde til, men kun hvis du siger fra.

Første skridt til at blive klogere på dit eget sprog og personlige grænser kan være i samspil med dine kolleger. Et skridt der, ifølge undersøgelsen fra Analyse Danmark, dog ikke er naturligt for 63 pct. af sygeplejerskerne, som angiver, at de sjældent eller aldrig taler med andre sygeplejersker om emnet. Men det skal der ændres på, mener eksperterne. Tag emnet op og diskutér det, lyder opfordringen fra Solveig Roth.

”For at nedbryde de barrierer, mange sygeplejersker har, er det vigtigt, at afdelingsledelsen melder klart ud, at det at tale seksualitet med patienterne er noget, der prioriteres. På den måde bliver det lettere for sygeplejerskerne at tale om det indbyrdes, og det er vigtigt. Jo mere man får talt om det, jo mere bevidst bliver man om sine egne grænser og sprogbrug,” mener hun.

Dernæst er det også altafgørende, at ledelsen gør sig klart, hvordan den klæder sygeplejerskerne fagligt på til at tale seksualitet med patienterne.

”Man kan sætte det på som tema på afdelingsmøderne engang imellem. Tag emnet op og diskutér, hvordan I synes, det går. Er der noget, I mangler for at kunne gøre det bedre?”



))) PLISSIT-MODELLEN

PLISSIT er en sammenskrivning af ordene: Permission, Limited Information, Specific Suggestions og Intensive Therapy.

Almindeligvis kan og skal sygeplejersker primært bevæge sig inden for de to første niveauer, nemlig ved først og fremmest at signalere, at det er tilladt at tale om seksualitet, samt at give patienten begrænset information, f.eks. oplyse om medicin og behandlingens evt. betydning for patienternes seksualitet.

Permission (tilladelse)

indebærer, at det tilkendegives, at det er tilladt at tale om sine seksuelle behov, og at det er tilladt at stille spørgsmål. Hjælp på dette niveau kræver sjældent større viden på området end den, patienten har.

Limited Information (begrænset information)

indebærer, at der gives en generel og begrænset information om seksualitet. Det kan for eksempel være kort at forklare, hvordan sygdommen/medicinen kan influere på seksualiteten. Her kræves ofte større viden på området end den, patienten har, da det ofte vil være en kombination af almen viden omkring seksualitet kombineret med viden omkring konsekvenserne af sygdommen, handikappet eller medicinen.

Specific Suggestions (specifikke forslag)

indebærer, at der gives løsningsforslag til den enkeltes seksuelle problemer. Det kan for eksempel være at finde passende hjælpemidler eller hensigtsmæssige onaniteknikker. Dette forudsætter et mere indgående kendskab til forskellige løsningsmodeller.

Intensive Therapy (intensiv terapi)

indebærer, at der gives intensiv og specifik behandling af alvorligere seksuelle problemer. Denne behandling kan eksempelvis være psykoterapi, familierådgivning eller anden specialbehandling. Hjælp på dette niveau kræver indgående kendskab til psykoterapi og sexologi.

Læs mere om PLISSIT-modellen i Jack Annon's Behavioral Treatment of Sexual Problems. Brief Therapy, Maryland: Harper & Row, 1976. Derudover har Sygeplejersken tidligere skrevet om modellen bl.a. i nr. 21/2002.

Invitér folk udefra til at holde oplæg om emnet, indkøb noget litteratur – der er masser af udmærkede bøger og foldere,” siger Solveig Roth, der selv gæster afdelinger med jævne mellemrum.

Læge, seksualitetsforsker og formand for Sex & Samfund, *Christian Graugaard*, mener også, at sundhedspersonalet kan ruste sig til den tabubelagte samtale uden meget store anstrengelser.

”Med ganske enkle rådgivningsmæssige tiltag kan sygeplejersker og læger hjælpe patienterne rigtig meget. Og vi taler ikke om ekspertviden. Sygeplejerskerne behøver ikke at udanne sig til kliniske sexologer. Vi taler om det helt enkle. Bare det, at sygeplejerskerne berører emnet og derved gør det legitimt at tale om seksualitet, er ofte tilstrækkeligt. Derved bryder de tovejstabet, og patienten føler sig mødt,” siger Christian Graugaard.

Alle patienter

Sygeplejerske og klinisk sexologisk rådgiver *Lene Elbrandt* anbefaler, at sygeplejersker skaber tid og rum til samtalen, inden patienten udskrives.

”Man skal gøre det legalt for patienten at tale om det her. Man skal vise patienten, at jeg som sygeplejerske godt tør tale om det. Vi ved af erfaring, at mange sygdomme, lidelser og medikamenter kan give problemer i forhold til ens samliv, og også, at patienten gerne vil tale om det. Ved f.eks. at forklare patienten, at behandlingen kan have bivirkninger, der kan give seksuelle komplikationer, fortæller sygeplejersken, at det er naturligt at tale om patientens seksualitet, og at det er i orden at spørge,” forklarer Lene Elbrandt, der underviser i emnet på sygeplejerskolen i Hillerød.

Og selvom det ville være en hjælp at have en liste over alle de sygdomme, hvor det er relevant at tale om seksualitet, så findes den desværre ikke.

”Den ville blive uendelig lang, man ville ende med hele Medicinsk Kompendium. I princippet er det relevant at give alle mennesker med kronisk eller alvorlig sygdom mulighed for at tale om det. F.eks. griber det at være ramt af folkesygdomme som kræft, diabetes eller rygerlunger ind i vores evne til at være tæt på andre mennesker, så derfor skal man

”Har man svært ved at sige tissemand, er det svært at tage emnet op.”

altid huske det seksuelle aspekt,” siger Christian Graugaard.

Skab et rum

Som inspiration til, hvordan den intime og personlige samtale skal håndteres, anbefaler Lene Elbrandt, Solveig Roth og Bibi Kasten at tage udgangspunkt i PLISSIT-modellen (se boks ovenover).

”Med PLISSIT-modellen kan man mere systematisk skabe det rum, der tillader patienten at tale om sin seksualitet. Og sygeplejerskerne skal primært bevæge sig rundt på modellens to første trin Permission – tilladelse – og Limited Information – begrænset information. De skal signalere, at det er tilladt at tale om seksuelle behov og problemer, og de skal informere om evt. seksuelle komplikationer i forbindelse med patientens sygdom eller behandling. Man kan f.eks. prøve at generalisere emnet lidt, nævne det kort og evt. give patienten en folder, hvis det er relevant,” siger Bibi Kasten.

I Analyse Danmarks undersøgelse angiver hver fjerde sygeplejerske, at de føler sig dårligt rustet til at tale med patienterne om seksualitet.

Men det er altså ikke en plausibel undskyldning for ikke at tage emnet op, mener eksperterne.

”De skal jo ikke være sexologer. Sygeplejerskerne skal blot rådgive om medicineringen og de mulige komplikationer, og dernæst kan de give information om, hvor patienten kan få yderligere hjælp eller terapi,” siger Lene Elbrandt og understreger, at sygeplejerskerne ikke skal gå ind på det terapeutiske felt:

”Det er f.eks. ikke sygeplejerskens opgave at tale om parforholdsproblemer. Der skal hun henvise til, hvor patienten kan få hjælp.”

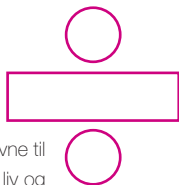
Det handler kort og godt om at hjælpe patienten med at leve bedst muligt med sin sygdom, og her spiller seksualiteten en stor rolle, mener Solveig Roth.

”Det er meget vigtigt, at man som sygeplejerske forstår, hvorfor man skal tale med patienterne om deres seksualitet. Men man skal også ville det og kunne det,” fastslår hun.

cso@dsr.dk, kbc@dsr.dk



"Jeg taler med de fleste. Jeg mødte engang en 90-årig mand, der selv tog emnet op. Det lærte mig ikke at "sortere" i patienterne."



"Sygeplejersker har en grotesk evne til at grave for meget i patienternes liv og levned, og det er u hensigtsmæssigt. Fordi folk bliver indlagt, er det ikke et must, at alt skal krænges ud; det er usmageligt. Sexliv er yderst intimt og vedkommer ikke sygeplejersker, medmindre patienten vil dette, eller en operation har direkte indgreb deri."



"Vigtigt, da det ofte er tabu, og det er svært at forholde sig til."

Skal – skal ikke

I undersøgelsen fra Analyse Danmark havde de adspurgte sygeplejersker mulighed for helt anonymt at angive en årsag til, at de ofte talte med patienterne om sex, og en årsag til, at de ikke talte med patienterne om sex. Her er et par udvalgte anonyme svar:



"Patienterne giver ofte udtryk for et behov for at tale om det, hvis man tør tilbyde det. Dvs. fortæller, at man godt ved, at deres sexliv er eller kan være påvirket."

"Patienterne er ofte så syge, at det ikke er relevant. I første omgang snakker vi om overlevelse."



))) SØG MERE INFO

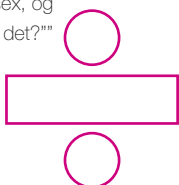
På organisationen Sex & Samfunds hjemmeside www.sexogsamfund.dk findes en omfattende samling af links til relevante hjemmesider, som omhandler alt lige fra information om forskellige sygdomme, patientforeninger, organisationer, relevante offentlige instanser og love etc.





"Jeg "skal" komme ind på emnet, da mange af patienterne ikke selv kan lide at bringe det på bane."

"Patienterne kommer aldrig selv ind på emnet, og derfor taler jeg ikke om sex på min arbejdsplads ... Men jeg tør godt! Og åbner patienten "ballet," er det fint. Men det er ikke noget, jeg går hen til patienten og siger: "Nu får du den her medicin, og den kan eventuelt betyde, at du mister lysten til sex, og hvad tænker du om det?""

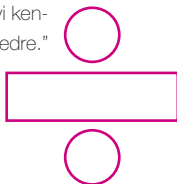


"Kemobehandling har ofte direkte virkning på sexlivet. Hos unge skal der tilbydes deponering af sæd."



"Mange medikamenter påvirker patienternes sexliv, og har derfor krav på information herom."

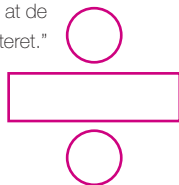
"Har kun korttidskontakt, og samtale om sexliv kræver, at vi kender hinanden bedre."



"Langt de fleste patienter er langt over 70 og har sikkert ikke så aktivt et sexliv, at de ønsker det debatteret."



"Det har betydning, at patienterne føler, at de bliver set og hørt på et emne, der ofte er tabubelagt."



Mand, 40 år, hiv-smittet

Ingen fortalte mig, at jeg kunne blive impotent

"Da jeg blev indlagt første gang, spurgte lægerne meget direkte og indiskret, om jeg var bøsse. Men snakken om min seksualitet, sexliv, sikker sex – den udeblev."

Der skulle faktisk gå over 10 år, før en læge tog temaet op. Patienten blev indlagt akut som 28-årig i 1995, og efter 12 år i sundhedssystemet med sygdommen hiv har han været i kontakt med utallige læger og sygeplejersker. Han understreger, at de alle har gjort deres job fantastisk godt. På nær altså lige når det kommer til det med seksualitet.

"Der er ingen, der har talt om seksualitet med mig, før jeg for ca. halvandet år siden fik en ny læge tilknyttet. Som den første nogensinde kom han ind på emnet. Jeg har haft fast partner i næsten alle de år, jeg har været syg. Han er ikke hiv-smittet, det ved behandlerne. Alligevel har de aldrig spurgt ind til, hvordan det går, om vi kan holde fast i at dyrke sikker sex, etc. Ikke før for halvandet år siden."

Og muligheder har der været mange af, mener han. Dels fordi mange hiv-smittede kommer til tjek hver 3. måned. Desuden er hiv en sygdom, der påvirker seksualiteten enormt, bl.a. i form af rejsningsproblemer:

"Man kan blive impotent af både medicinen og psykiske årsager. Når man hver gang skal bruge kondom, kan man få præstationsangst. Det er en konstant reminder om, at jeg har en dødelig sygdom, jeg kan smitte, hvad hvis jeg ikke har fortalt det etc."

Som mange andre hiv-smittede mænd har han i mange år fået Viagra.

"Da jeg fik medicinen første gang, var der ingen, der fortalte mig, jeg kunne blive impotent. Jeg blev informeret om kvalme, diarré og hovedpine – de nemme – og så opfordret til at læse indlægssedlen. Her vil det være oplagt at tage hul på snakken. Man kan ikke forvente, at sundhedspersonalet er psykologer, men det er deres opgave at berøre emnet, især hvis man ser forebyggende på det. Patienten kan jo helt fejlagtigt mene, at det har han da helt styr på, og så kommer han i hvert fald ikke selv ind på det."

Derfor gavner det på ingen måde, at personalet venter med at tage snakken.

"I værste fald kan det betyde, at folk ikke får dyrket sikker sex. Og jeg tror faktisk, at sygeplejerskerne vil være de bedste, f.eks. i forbindelse med udleveringen af medicin hver 3. måned. Her spørger de jo alligevel ind til, hvordan man har det, husker du nu at tage din medicin etc. Sygeplejersker har det her omsorgsgen. Men de trænger til et kærligt spark bagi. Det er så oplagt at italesætte seksualiteten, når man har med hiv-smittede patienter at gøre. Man gør det da også flot nogle steder, men desværre stadig de færreste steder.

Patienten har af personlige årsager ønsket at være anonym, men hans navn er redaktionen bekendt.



"Det hjælper at have et afklaret forhold til ens eget sexliv. Men man behøver altså ikke at være fuldstændig fejlfri. Det, det drejer sig om, er at have situationsfornemmelse og mod til at spørge ind til sexliv og parforhold og skabe en god stemning," siger Helene Braun.



"Når vi skal tale seksualitet med andre mennesker, konfronteres vi med vores egen seksualitet, og det er svært. Vi bliver nemt blufærdige, og hvis man ikke er afklaret med sin egen seksualitet og evt. har problemer i sit sexliv, bliver det altså ikke nemmere," siger Charlotte Timm Onø.

Sygeplejersker gør sig klogere på sex

Sexoverbygning. Folk dør ikke af mangel på sex, men det er et basalt behov ligesom f.eks. mad og drikke. Det mener sygeplejerske Helene Braun, der sammen med sygeplejerske Charlotte Timm Onø er ved at uddanne sig til sexolog.

AF CHRISTINA SOMMER OG KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALISTER • FOTO: SØREN SVENDSEN

Seks. Altså tallet og ikke akten, og så alligevel. For præcis seks måneder siden satte de to sygeplejersker *Helene Braun* og *Charlotte Timm Onø* sig på skolebænken igen for netop at blive klogere på sex – en læreproces, der især skal komme patienterne til gode.

Helene Braun arbejder på Gynækologisk ambulatorium på Holbæk Sygehus. Patienterne er udelukkende kvinder med bl.a. blødningsforstyrrelser, celleforandringer og ufri-villige graviditeter, men også vulvodyni, alle sygdomme, der kan vende op og ned på kvindernes seksualitet.

"Rigtig mange af de patienter, jeg møder, har problemer i forhold til deres sexliv og dermed også i deres parforhold. Folk dør ikke af mangel på sex, men det er jo et basalt behov ligesom f.eks. mad og drikke. Folk kan jo gå hen og blive syge, hvis sexlivet slet ikke fungerer," siger Helene Braun.

Lægerne giver plads

Helene Braun er på ingen måde uvant med at tale om seksualitet med patienterne.

"Vi gør det ikke konsekvent, men oftest, selvom det kan være svært – også for mig. Når jeg står med en patient, sammen med en læge og ofte også en studerende, er det langtfra nemt at starte en intim samtale, jeg er bange for at krænke patientens blufærdighed. Kvinden ligger måske afklædt, klar til scanning, og så er det svært at skulle forholde sig til, hvor-

dan man synes, ens sexliv fungerer. Men det er en vigtig brik i vores arbejde med at stille den korrekte diagnose. Og jeg oplever faktisk ofte, at kvinderne bliver lettede, for nu er der taget hul på emnet."

Sidste skub til at begynde på sexologuddannelsen var dog, at Holbæk Sygehus siden årsskiftet har huset landets eneste vulvodyniklinik. Her består behandlerteamet af en gynækolog, patolog, dermatolog og snart en sexolog i skikkelse af Helene Braun.

"Jeg er blevet bedre til at spørge ind til emnet, efter jeg er startet. Lægerne ser meget positivt på det og er gode til at give plads. De trækker sig, sådan "... det ved hun lidt mere om, end jeg."

Forældet seksualundervisning

Siden Charlotte Timm Onø blev uddannet i 1994, har hun som sygeplejerske undret sig over, hvor nedprioriteret et emne patienternes seksualitet er i sundhedsvæsenet. Som sygeplejerske på bl.a. en urologisk afdeling, men også som afdelingssygeplejerske på et plejehjem, har hun oplevet, hvor svært og grænseoverskridende det var for personalet at tale med hinanden og patienterne om emnet.

"Vi er født med seksualitet, og vi dør med den. Emnet er derfor relevant for alle mennesker og fak-

tisk på alle aldersniveauer," siger Charlotte Timm Onø og afslører dermed, at hendes ambitioner som fremtidig sygeplejerske og sexolog og parterapeut rækker vidt.

"Jeg vil gerne arbejde med børn og unge. Det er her grobunden for et godt og aftabuiseret forhold til seksualitet skal skabes. Megen seksualundervisning er dårlig og forældet. Men jeg vil også gerne bruge min viden på bl.a. ældreinstitutioner, hvor medarbejderne også skal blive bedre til at berøre emnet."

cso@dsr.dk, kbc@dsr.dk

"Jeg oplever faktisk ofte, at kvinderne bliver lettede, for nu er der taget hul på emnet."





Selv døende patienter kan føle stor sorg over at have mistet sexlysten og derfor også have brug for at tale om deres seksualitet, fortæller Hanne Bredsdorff.

))) HVAD MENER DU?

Er seksualitet et tabu? Del din holdning eller dine erfaringer med andre sygeplejersker på *Sygeplejerskens* hjemmeside. Klik ind på www.sygeplejersken.dk og find den artikel, som du gerne vil debattere. Klik på feltet 'kommentar' i bunden af artiklen, og skriv her din mening.

Seksualitet og smerter. Palliative patienter og patienter med stærke kroniske smerter har ret til som minimum at blive informeret om evt. seksuelle komplikationer i forbindelse med sygdom og medicinering. Det mener personalet på Palliativ Enhed på Roskilde Sygehus.

Patienterne har ret til information

AF CHRISTINA SOMMER OG KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALISTER • FOTO: SØREN SVENDSEN

Patienterne er ofte døende, med kræft i forskellige stadier. De er plagede af forskellige symptomer, bl.a. smerter. Behandling: Ofte medicinsk. Sådan ser patientbilledet på Palliativ Enhed på Roskilde Sygehus typisk ud.

”De dårligste patienter ser vi kun i ganske få dage, mens andre kan være tilknyttet i flere måneder. Hvor der er tale om patienter med kroniske smerter som f.eks. piskesmældssmerter i ryggen, kan der være tale om længelevende tilknytning,” fortæller klinisk over-sygeplejerske *Hanne Bredsdorff*.

Ambulatoriets personale tæller to overlæger, fem sygeplejersker, en fysioterapeut, en socialrådgiver og en diætist, hvis ypperste opgave er at lindre patienternes sidste smertefulde levetid så godt som muligt. Og det involverer altså også pligten til at tale med patienterne om deres seksualitet, hvis det er på sin plads rent fagligt. Med udgangspunkt i Sundhedslovens afsnit III, kapitel 5, om informeret samtykke (se boks) ser personalet det ganske enkelt som sin pligt at informere patienten, hvis sygdom, behandling eller medicin kan medføre seksuelle komplikationer.

”På den måde tager vi ikke udgangspunkt i os selv, og hvad vi personligt tror, mener eller lyster,” siger Hanne Bredsdorff.

Ikke altid relevant

Ordineres der medicin med risiko for seksuelle bivirkninger, informeres patienten som udgangspunkt altid om det.

”Alt er et skøn, men det er en integreret del af vores arbejde på linje med information om f.eks. urin- og afføringsforhold. Det nævner vi jo, når vi ved, at medicinen kan give forstoppelse, så selvfølgelig skal vi også nævne, hvis medicinen kan medføre nedsat libido. Vi synliggør problemerne for patienterne, og

derved signalerer vi, at de er velkomne til at spørge, hvis de får problemer,” siger Hanne Bredsdorff.

Hun understreger dog, at netop det faglige skøn spiller en altafgørende rolle, når hun som sygeplejerske overvejer, om hun skal komme ind på patientens seksualitet.

”Mange af vores patienter er ofte så syge, at det slet ikke kommer på tale. Sidder jeg f.eks. over for en meget dårlig og stærkt smertepåvirket cancerpatient, er det ikke relevant i den aktuelle situation, men måske ved næste konsultation. Over for et døende menneske vil det ofte heller ikke være relevant. Men omvendt oplever jeg også, at selv patienter, især mænd, der står over for at miste livet om kort tid f.eks. pga. prostatacancer, føler en stor sorg over at have mistet sexlysten og dermed en del af sig selv, af deres maskulinitet,” fortæller Hanne Bredsdorff, der dog må erkende, at der ikke er tid til at gå dybere ind i sådanne sorgprocesser på ambulatoriet.

Langt fra nemt

Selvom emnet ”patienternes seksualitet” må siges at være godt integreret i patientforløbet på Palliativ Enhed, er det stadig langt fra nemt at praktisere.

”Jeg har været her i fire-fem år, og vi bliver hele tiden bedre til det. Vi har diskuteret det meget indbyrdes – taler vi overhovedet seksualitet med patienterne, og gør vi det godt nok? Synes vi, det er svært? Er det et tabu? Ønsker vi ikke at tage det op, måske fordi vi ved, vi ikke kan løse problemerne? Spørgsmålene er mange, men jo mere vi diskuterer det, jo bedre bliver vi,” siger Hanne Bredsdorff.

Til andre sygeplejersker og afdelinger, der har lyst til at blive bedre og klogere på deres håndtering af at tale med deres patienter om

seksualitet, kan hun kun anbefale, at også de begynder at tale om emnet indbyrdes. Det er også en god idé at hente inspiration udefra, f.eks. fra Sexologisk Klinik på Rigshospitalet eller søge viden i bøger, foldere m.m. Endelig er det vigtigt, at sygeplejerskerne erkender, at det ikke er deres opgave at befri patienterne for seksuelle komplikationer og frustrationer.

”Vores hovedopgave her er palliation. Men vi skal kunne identificere, om patienten har et seksuelt problem og henvise videre til en specialist, hvis patienten ønsker det – akkurat som vi henviser patienter til f.eks. en øre-næse-hals-specialist. Vi kan ikke løse patienternes seksuelle problemer. Vi kan heller ikke redde en døende patient, selvom han beder os om det, men vi kan lindre lidelsen. Så det, at vi ikke kan løse de seksuelle problemer, er heller ikke en legitim grund til ikke at tale om dem,” fastslår Hanne Bredsdorff.

cso@dsr.dk, kbc@dsr.dk

))) DET SIGER LOVEN

Sundhedslovens afsnit III, kapitel 5: Patienters medinddragelse i beslutninger, informeret samtykke.

§ 16. Patienten har ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger.

Stk. 2. Patienten har ret til at frabede sig information efter stk. 1.

Kilde: Sundhedsloven, lov nr. 546 af 24. juni 2005.

DIALYSE I SOVEVÆRELSET

Hjemmesygehusopgaver. Hjemmesygeplejersker i Århus Kommune har fået nye opgaver i de senere år. Dialyse, parenteral ernæring og andre former for behandling, der normalt hører til på sygehusene.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: KISSEN MØLLER HANSEN

Doris Petersen fik tre muligheder forelagt, da det stod klart, at hendes nyrer ikke længere kunne klare deres opgave. Dialyse på sygehuset tre gange om ugen, dialyse hjemme hver dag eller dialyse hjemme hver nat.

Hun valgte hjemmedialyse om natten, så hver aften bliver hun koblet til maskinen, som hjemmesygeplejerske *Nina Falsig* eller en af hendes kolleger har gjort klar.

Den fylder, som den står der ved siden af sengen, og Doris Petersens mand har bygget et ekstra skab til de mange papkasser med væske, som Skejby Sygehus leverer hver 14. dag.

Hver dag tager det hjemmesygeplejersken en lille times tid at sætte væsker op, rense indstiksstedet, kontrollere Doris Petersens vægt og holde øje med hendes blodsukker, for der er sukker i dialysevæskerne, og Doris Petersen har diabetes.

Det fylder meget, det hele, men Doris Petersen er godt tilfreds med, at hun ikke skal på sygehuset tre gange om ugen: "Det er i hvert fald bedre end at komme derud og ligge."

Dialysen er en enkelt lidt usædvanlig opgave blandt dagens mange andre besøg.

Medicindosering, sårpleje, opsætning af nødkald og psykisk støtte står der f.eks. på Nina Falsigs liste, den dag *Sygeplejersken* kører med hende rundt i lokalcentrene Hørgården og Vejlbys område.

Men flere nye opgaver er kommet til. De accelererede forløb på sygehusene betyder, at flere patienter kommer hjem med slanger og katetre, og efterhånden er det en del af hverdagen at give subkutane væsker og i.v.-væsker.

Mens Nina Falsig står og gør de seks store poser med dialysevæske klar, er en af hendes kolleger på vej ud til en borger med en tarmsygdom, som forhindrer ham i at optage næring gennem tarmen.

Han får parenteral ernæring gennem et Broviac-kateter direkte ind i højre hjertekammer, også en ny opgave for sygeplejerskerne, der blander ernæringen og renser kateteret sterilt et par gange om ugen.

De nye sygeplejersopgaver kræver undervisning og et nært samarbejde med sygehuset, fortæller Nina Falsig.

Før man gik i gang med hjemmedialysen, kom en sygeplejerske ud fra Skejby Sygehus og underviste alle hjemmesygeplejerskerne, og Doris Petersen har en kontaktsygeplejerske på sygehuset, som hjemmesygeplejersken kan ringe til, hvis der er noget, der ikke går som planlagt.

Nina Falsig synes, de nye opgaver er spændende. "Ulempen kan være, at det er svært at overtage en kompliceret opgave fra en kollega, der har fri, hvis det ikke er noget, man gør til daglig."

Men udviklingen er langt hen ad vejen til gavn for patienterne, synes hun.

"De kan jo blive hjemme så længe som muligt. Men der er også nogle, der føler, at de kommer hjem for hurtigt."

Læs også *Faglig Information "Sygeplejersker laver hjemmeside om peritonealdialyse"* side 49.

kbj@dssr.dk



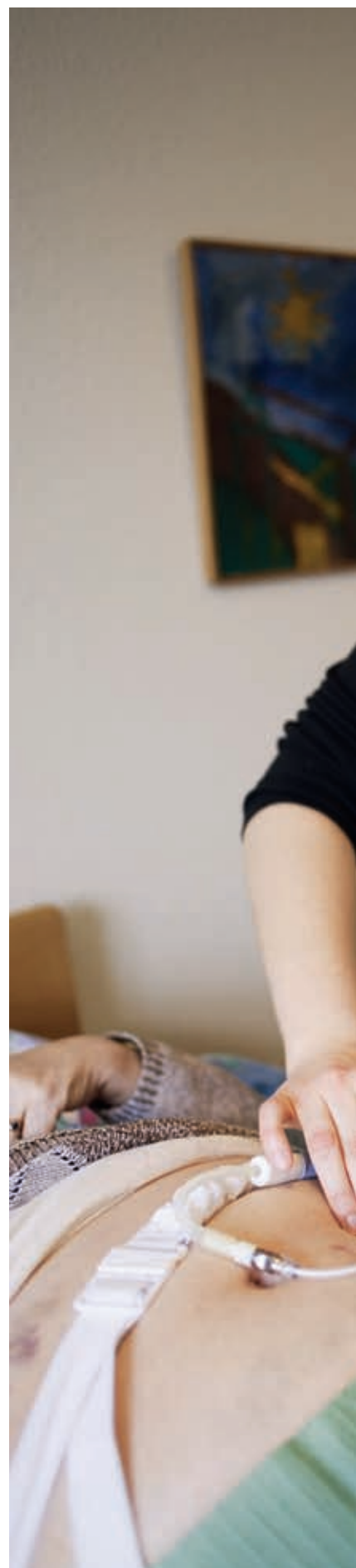
Der skal installeres nødkald hos to borgere. Det er også en sygeplejerskeopgave.



Sygeplejerskerne er fælles to og to om hver sin gruppe borgere.



Cykel eller bil? Hjemmesygeplejerskerne må skiftes.

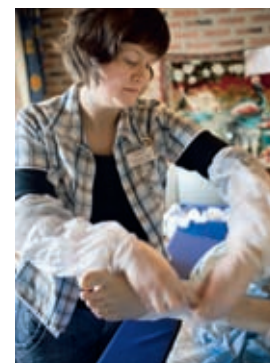




Doris Petersens mand kobler hende til dialysemaskinen om aftenen og kobler fra om morgenen. Nina Falsig renser indstiksstedet tre gange om ugen.



Der går seks store poser med dialysevæske til én nats dialyse.



Sårpleje hos en sengeliggende borger. Det går langsomt fremad.



Hjemmedialysen sparer Doris Petersen for tre ugentlige besøg på sygehuset.



Signe Madsen er lige kommet hjem fra sygehuset, og Nina er ved at få overblik over hendes medicin.



Borgeren har købt doseringsæsker, men de er lige små nok.

HVAD ER DIN BEDSTE OPLEVELSE MED EN BORGER FOR NYLIG?

"Det er en borger, der har haft brystkræft. Det var et grimt cancersår, og hun var meget blufærdig, ville ikke se på såret og ville helst have, at vi blev ved med at komme hver anden dag, selv da såret var lægt. Men vi fik langsomt trappet ned, og en dag var hun selv klar til at fjerne forbindingen. Nu kommer vi kun en gang om måneden," siger Nina Falsig, hjemmesygeplejerske i Århus Kommune.

Handsker

Brug kun handsker, når det er nødvendigt, dvs. når der er tale om **vådt og snavset arbejde** og ved risiko for **biologisk eller kemisk forurening**. Hænderne skal være rene og tørre, der må ikke være sæberester, som kan irritere huden. Brug bomuldshandsker under beskyttelseshandskerne, når du skal bruge handsker i mere end 10 minutter. Er det nødvendigt med latexhandsker frem for handsker af syntetisk gummi, skal det være en type med lavt niveau af allergifremkaldende stoffer. De skal være puddefri, da pudderet virker udtørrende.

Håndsprit

På hud, der er **tør og ser ren ud**, kan håndvask erstattes af hånddesinfektion. Den skal indeholde ætanol 70-85 pct. og være tilsat hudplejemiddel. Desinfektionsmidlet fordeles overalt på hver finger, mellem fingre, på håndrygge, håndfladen og omkring håndled. Huden skal være fugtig i mindst 30 sekunder, og du skal gnide, indtil hænderne er tørre.

Vand og sæbe

Håndvask med vand og sæbe er nødvendig, når der er tale om **synlig eller våd forurening**. Fugt hænder og håndled, før du kommer sæbe på. Fordel sæben overalt på hænderne og håndleddene og bliv ved med at vaske i mindst 15 sekunder. Brug køligt vand frem for varmt til at skylle sæben af. Dup hænderne tørre i et engangshåndklæde. Rør ikke ved vandhanen, men brug evt. et engangshåndklæde.

Creme

Vælg en håndcreme med **højt fedtindhold** før pauser i løbet af arbejdsdagen, og altid før du går hjem fra arbejde. Den skal være fri for parfume, farve og så vidt muligt konserveringsmidler. Når det er koldt, og luffugtigheden er lav, bliver huden mere tør.

Udtørring. Hyppig håndvask udtørre huden. Nye anbefalinger er, at man skåner hænderne ved at desinficere med sprit i de tilfælde, hvor vand og sæbe ikke er nødvendigt.

HOLD HUDEN SUND

AF SUSANNE BLOCH KJELDSSEN, JOURNALIST • FOTO: MORTEN NILSSON

Tør hud på hænderne skal tages alvorligt. Hver tredje sygeplejerske har hudproblemer, og de fleste handler om håndeksem, som er rød, skællende hud, der klør. Årsagen er håndvask og kontakt med hudskadelige stoffer som sæbe og vaskemidler.

Mange sygeplejersker vasker hænder mellem 20 og 40 gange om dagen. Har man allerede problemer med huden, er dilemmaet, hvordan man skal skåne sine hænder og samtidig holde dem rene. Nyeste viden er, at det mest skånsomme mod huden er hånddesinfektion med alkohol, som er tilsat hudplejemiddel. I mange tilfælde kan håndvask erstattes af hånddesinfektion.

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø har gennemført et projekt, der dokumenterer, at håndeksem kan forebygges, når man følger nogle enkle retningslinjer, som først og fremmest handler om rigtig brug af håndsprit. Branchearbejdsmiljørådet Social og Sundhed har i de seneste år uddannet hudinstruktører over hele landet, som skal uddanne personalet i at forebygge hudproblemer.

Ud over at håndeksem er ubehageligt, kan det også udgøre et hygiejneproblem. Den ru og revnede hud på hænderne er svær at holde ren. Derfor er gode råd til at passe på sin hud også gode råd til at sikre hygiejnen.

sbk@dsr.dk

Læs mere om hvordan du forebygger håndeksem på www.sund-hud.dk



DE FØRSTE TEGN PÅ EKSEM

Huden virker tør.

Det klør, huden bliver rød og begynder at skalle.

Små væskefyldte blærer, knopper eller smertefulde revner. Typisk hvor huden er tynd.

Selv om eksemet heler, og huden ser sund ud, vil den i flere måneder være mere følsom og reagere nemmere på kontakt med hudskadelige stoffer som sæbe og rengøringsmidler.

Du har øget risiko for at få håndeksem, hvis du har haft børneeksem.

HUDEKSEM ER OFTE EN ARBEJDSKADE

Hvert år anmeldes omkring 1.300 hudlidelser til Arbejdsskadestyrelsen, heraf anerkendes omkring de 1.000, dvs. 75 pct. Formentlig er der langt flere tilfælde af håndeksem, som ikke bliver anmeldt. En undersøgelse, Dansk Sygeplejeråd har stået bag, har tidligere vist, at kun 28 pct. af de sygeplejersker, der siger, de har haft erhvervsbetinget håndeksem, har anmeldt lidelsen til Arbejdsskadestyrelsen.

Kold tyrker. Alkoholisme er en kronisk sygdom, men patienterne bliver ofte nægtet hjælp eller får en alt for ringe behandling, fordi sygdommen har lav prestige blandt læger og sygeplejersker. Der mangler viden om abstinensbehandling, mener klinisk oversygeplejerske Marianne Gunst-Møller.

ALKOHOLIKERE MØDES AF FORDOMME

AF SUSANNE BLOCH KJELDSEN,
JOURNALIST



Gå hjem og bliv fuldstændig ædru, og kom så igen. Sådan kan beskeden lyde til de mest syge alkoholikere, der møder op i psykiatrisk modtagelse eller akutte modtageafsnit til afrusning. Det er ifølge klinisk oversygeplejerske i Alkoholenheden i Region Hovedstaden, *Marianne Gunst-Møller*, et stort problem.

”Det viser, at sundhedspersonalet mangler viden om, hvordan den alkoholiske patient skal behandles og plejes. Abstinenserne kan begynde, længe inden patienten er ædru. Patienten risikerer at få kramper, der minder om epileptiske anfald, og i værste fald går patienten

gentagne afvænninger og tilbagevenden til alkohol får abstinenserne til at forværres fra gang til gang.

Ifølge Marianne Gunst-Møller er det derfor yderst vigtigt, at en alkoholiker, der møder op på skadestuen og ønsker at blive afruset, ikke bare bliver sendt hjem igen.

”Groft sagt kan man sige, at man udsætter patienten for en risiko for kramper og delir, hvis man ikke tilbyder en tilstrækkelig god behandling,” siger hun.

Fordomme frem for professionalismisme

Det er de mest syge patienter og de allersvageste misbrugere, som ifølge Marianne Gunst-Møller risikerer at få den dårligste behandling. Det er de patienter, som har været gennem talrige afrusninger, og som derfor får slemme abstinenssymptomer. De kan ikke klare afrusning i ambulanseregion og møder derfor op på skadestuer og psykiatriske modtagelser for at få hjælp til afrusning ved at blive indlagt. Nogle af de patienter får ikke tilstrækkelig hjælp til at klare afrusningen, så de kan gå videre til alkoholafvænnning i ambulanseregion.

”Der er desværre en tendens til, at sundhedspersonalet nogle gange lader deres fordomme gå forud for deres professionalismisme. Man siger jo ikke til en hjertepatient, at han skal gå hjem, indtil han får det værre. Jeg har hørt bemærkninger som ”han har godt af at lide lidt” om alkoholikere, der ligger og ryster og sveder, eller ”det er godt med ham, han har lige fået,” siger Marianne Gunst-Møller.


”Personalet er meget bange for at blive

”Groft sagt kan man sige, at man udsætter patienten for kramper og delir, hvis man ikke tilbyder en tilstrækkelig god behandling.”

ten i delir, som er en livstruende tilstand,” siger Marianne Gunst-Møller.

Hun mener, at det er en udbredt misforståelse blandt fagfolk at tro, at den alkoholiske patient først får kramper og abstinenser, når promillen er væk.

”Jo flere kolde tyrkere, man tager, jo større er risikoen for, at man får kramper og alvorlige abstinenssymptomer. Det skyldes, at hjernens neurotransmittersystem bliver mere og mere sårbart for hver gang, signalstofferne kommer i uorden,” siger hun og henviser til teorien bag begrebet ”kindling,” som beskriver, hvordan



Klinisk oversygeplejerske Marianne Gunst-Møller fra Alkohol-
enheden i Region Hovedstaden hører ofte patienter fortælle
om ydmygende oplevelser under indlæggelsen til afrusning,
f.eks. at de er blevet nægtet tilstrækkeligt med medicin til at
tage abstinenssymptomerne. Det skyldes fagfolks manglende
viden, og at man lader sine fordomme gå forud for profes-
sionalismen, mener Marianne Gunst-Møller.

ALKOHOLISME ER EN KRONISK SYGDOM

Den lægelige diagnose hedder alkoholafhængighed og har diagnosekoden F10.2. For at være alkoholafhængig skal man have mindst tre af nedenstående seks symptomer:

- Craving = trang til stoffet
- Abstinenser = svedeture, rysteture, indre uro
- Kontrolltab = når man først er begyndt, kan man ikke stoppe igen
- Tolerance = der skal meget til, før man føler sig beruset. Man er svær at drikke under bordet
- Drikker videre, selvom man godt ved, at man burde lade være
- Man isolerer sig socialt.

Ligesom for andre kroniske sygdomme vil der hele livet være risiko for opblussen af afhængighedsfølelsen og tilbagefald.

Man kan være storforbruger af alkohol uden at få abstinenser og være omfattet af diagnosen alkoholafhængighed. 20 pct. af de patienter, der indlægges på somatiske afdelinger, har et alkoholforbrug, som er behandlingskrævende, fordi de har fysiske eller psykiske skader.

Kilde: Alkoholenheden i Region Hovedstaden.

”Jeg har hørt bemærkninger som ”han har godt af at lide lidt” om alkoholikere, der ligger og ryster og sveder, eller ”det er godt med ham, han har lige fået.””

» snydt af patienterne, og de er derfor ikke gode til at lytte. Men det er patienterne, der kan mærke, hvordan de har det. Og opfattelsen af patienterne som nogle sølle misbrugere, der bare er ude på at platte sig til nogle ekstra piller, betyder, at patienterne får en pleje og behandling, der er stik imod den nyeste viden,” siger hun.

Nok til at sove

God behandling er lig med tilstrækkeligt med abstinensmedicin. Nok til at få patienten til at sove. Og her oplever Marianne Gunst-Møller, at der mangler viden på området på skadestuer og i psykiatriske modtagelser. Sygeplejersker fra Alkoholenheden, som er regionens videnscenter om alkoholafhængighed, fører daglige tilsyn på psykiatriske og medicinske modtageafdelinger.

”Vi ser af og til patienter, der ligger og sveder og ryster, fordi de ikke har fået tilstrækkelig med medicin, så de kan sove for deres abstinenser. Det skyldes først og fremmest sundhedspersonalets uvidenhed om, hvor meget medicin man må give, og en forældet holdning til, at man skal være forsigtig med at give for meget abstinensmedicin. Tidligere gav man stoffet Fenemal, der har et lille terapeutisk indeks. Det stof, vi giver i dag, Risolid, har et stort terapeutisk indeks. Kommer man til at give for meget, findes der en modgift, så man skal ikke være bange for at give for meget,” siger Marianne Gunst-Møller.

Hun mener, at det er meget enkelt, hvor store doser Risolid en patient skal have.

”Nok til at falde i søvn. Så slipper patienten

helt for abstinenssymptomer, og plejepersonalet er fri for alle de besværligheder, der følger med at pleje patienter, der har det rigtig dårligt. Generelt kan man sige, at tåler man at drikke meget, tåler man også meget medicin,” siger hun.

Myretue under huden

Det er lægen, der ordinerer, men det er sygeplejersken, der observerer patienten, og her handler det om at lytte til patienten, for ifølge Marianne Gunst-Møller kan alkoholiske patienter lide af andre abstinenssymptomer end dem, der står på scoringsskemaerne, som bl.a. er temperatur, sved, hallucinationer og tremor.

”Mange klager over uro i kroppen, som de beskriver som en myretue under huden, og det er meget ubehageligt. Patienterne kan slippe for de symptomer, hvis de får nok medicin,” siger hun.

Hun argumenterer for, at det er direkte skadeligt for patienten at få for lidt abstinensmedicin, fordi det er farligt at udvikle abstinenssymptomer.

Mange skal gennem flere afrusninger, før det måske lykkes dem at blive afvænnet, og for hver afrusning bliver hjernen mere påvirket.

”En anden konsekvens af at give for lidt medicin kan være, at patienten ikke kan holde ud at være på afdelingen og går ned til den nærmeste kiosk for at købe noget at drikke, og det er der desværre en del, der gør.”

Behandling i venteværelset

Nogle patienter opgiver allerede planen om afrusning, når de møder op i den psykiatriske modtagelse eller på skadestuen, for her kan de komme til at vente i flere timer.

”Det er meget hårdt for en alkoholiker, og nogle bliver så desperate, at de går tilbage til misbruget. Det ville være en rigtig god idé, hvis man startede abstinensbehandlingen allerede i venteværelset, og det er der også enkelte steder, der nu er begyndt at gøre.”

Marianne Gunst-Møller opfordrer sygeplejersker og læger til at pakke fordommene væk og være mere professionelle, når de møder en misbruger. Alkoholisme er en kronisk sygdom, og afhængighed er en lægelig diagnose, der kræver behandling.

”Man skal passe på ikke at se patienter som drukkenbolte, men i stedet som mennesker, der ufrivilligt er blevet syge. De har tilbagefald, ja, men det hører nu engang med til at have en kronisk sygdom,” siger hun.

Hun så gerne, at de nye regioner oprettede afrusningspladser, hvor personalet var særligt uddannet til at tage sig af alkoholafhængige patienter og deres abstinenssymptomer.

”Der er brug for at gøre det mere prestigefyldt at arbejde med alkoholafhængighed, og jeg tror, at hvis man samlede behandlingen af patienter til afrusning et centralt sted, hvor personalet var specialuddannet, så kunne man gøre det ordentligt,” siger Marianne Gunst-Møller.

sbk@dsr.dk

Læs også artiklen ”Alkoholikere kritiserer behandling” på side 11.

”Jo flere kolde tyrkere, man tager, jo større er risikoen for, at man får kramper og alvorlige abstinenssymptomer.”

”De fjollede modelfotos”

Tak for de inspirerende og engagerede e-mails, jeg har fået siden sidst!

To af dem nævner eksplicit ”de fjollede modelfotos,” (som en skriver), der også har været til diskussion i debatspalterne.

Ofte vælger *Sygeplejersken* at illustrere større temaer med såkaldte ”illustrationer” frem for ”reportagebilleder.” Der er tale om opstillede og arrangerede billeder af betalte fotomodeller, der får penge for at se ud som sygeplejersker og patienter.

I de seneste 12 numre skiller kun én forside sig ud ved ikke at være en arrangeret illustration. Og det er ikke noget tilfælde, forklarer chefredaktør *Sigurd Nissen-Petersen*:

”Vi vil have et fast koncept for vores forsider, hvor det altid er noget med en sygeplejerske på forsiden,” siger han og taler om et ”dogme,” der skal skabe en grafisk linje og sikre, at sygeplejerskerne identificerer sig med deres blad, og at flere læser det.

Fotograf *Søren Svendsen* stod bag forsiden på nr. 2/2007 (”Vil du op ad karrierestigen”), hvor forsidebilledet viser en smilende, yngre kvinde i kittel og med DSR-emblem på vej op ad en stige med en bærbar pc i hånden. Kort efter kritiserede en læser brugen af ”kønne og eksklusivt unge sygeplejersker” på billederne.

”Vi tilstræber en variation med hensyn til alder og størrelse,” forklarer *Sigurd Nissen-Petersen*.

Søren Svendsen, som har arbejdet for *Sygeplejersken* de sidste 25 år, kalder kritikken for ”hysteri:”

”Men det er klart, at man vælger personer, som på en eller anden måde er indbydende. De behøver ikke at se godt ud, men der var ikke ret mange, som ville åbne bladet, hvis personerne på forsiderne var utiltalende eller ucharmerende,” siger han, der står helt bag det koncept, som de arrangerede illustrationsfotos er udtryk for:

”Hvis man skal se et blad som et helt produkt og ikke som fotokunst, så gør illustrationer sig meget bedre end reportagefotos,” siger han og mener, at de arrangerede fotos giver et renere grafisk udtryk og en større frihed til at fabulere over emnet.

Fotograf *Thomas Tolstrup* har bl.a. lavet billederne til temaet om håndtering af overvægtige patienter (22/2006) og er ikke altid begejstret for de arrangerede fotos:

”Den historie ville jeg langt hellere have lavet som en rigtig reportage. Men hvor finder man lige en overvægtig patient, som gerne vil stille op?” spørger han og strejfer de særlige vanskeligheder, der kan være ved at skildre ømtålelige emner.

Fotograf på *Politiken* *Per Folkver* fotograferede jævnligt for *Sygeplejersken* indtil for en halv snes år siden. Idéen om at illustrere ”Vil du op ad karrierestigen” med en fotomodel i kittel på en stige kalder han ”hjernerød” og ”fantasiforladt.”

”Den slags ideer taler ned til læsernes evne til at percipere og ringeagter deres fantasi,” siger *Per Folkver*. Han opfordrer til, at *Sygeplejersken* får tegnere til at lave deciderede illustrationer.

”Så kan fotografene koncentrere sig om at skildre, hvordan der ser ud i virkeligheden,” siger *Per Folkver*.

Som læsernes redaktør mener jeg, at spørgsmålet om *Sygeplejerskens* koncept (og vægtningen af koncept i forhold til substans) er en smags sag. Selv er jeg nok mest af den gamle skole og mener, at fotografer og journalister skal skildre virkeligheden, hvor den er. Man skal passe på, at modelfotos ikke bliver en nem løsning, fordi det er besværligt at komme tæt på virkeligheden. Og i hvert fald er det vigtigt, at *Sygeplejerskens* læsere ikke føler sig fremmedgjorte over for modellerne. For da har redaktionen opnået det modsatte af, hvad den ville: at skabe identifikation mellem blad og læsere.

”Man skal passe på, at modelfotos ikke bliver en nem løsning, fordi det er besværligt at komme tæt på virkeligheden.”

RING ELLER SKRIV TIL LÆSERNES REDAKTØR:

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



Niels Rohleder

Niels Rohleder

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

Prioritéér rigtigt

For nylig opfordrede formanden for de danske regioner, *Bent Hansen* (S), sine politiske med- og modspillere til at gøre op med princippet om, at alle patienter skal have ret til sundhedstilbud lige hurtigt. Han mener, at de alvorligt syge bør komme forrest i køen på bekostning af mindre alvorligt syge. Jeg er helt enig.

Vi har et solidarisk sundhedsvæsen. Det betyder bl.a., at de patienter, der har de største og mest akutte behov for sundhedstilbud, skal have hjælp først. Alle patienter skal ikke til med det samme. Derfor er det nødvendigt, at sundhedspolitikere prioriterer.

Desværre kommer det stik modsatte til at ske til efteråret. Her bliver behandlingsgarantien på to måneder nedsat til en måned, selv om der hverken er sygepleje- eller lægefaglig begrundelse for det. Det kommer til at sætte det offentlige sundhedsvæsen under et alvorligt – og helt unødvendigt – pres.

Prioritering handler også om, at sundhedspolitikere skal opruste på de nødlidende områder i sundhedsvæsenet. De ældre medicinske patienter er et rigtig godt eksempel. Der findes medicinske afdelinger, hvor kvaliteten er høj. Men der er også mange afdelinger, der nærmest er tvunget i knæ.

Afdelinger, hvor underbemandingen er så stor, at selv grundlæggende sygepleje som mobilisering og tryksårforebyggelse må springes over. Afdelinger, hvor der er så stor overbelægning, at selv døende patienter ligger på gangen. Og afdelinger, hvor arbejdsvilkårene er så dårlige, at sygeplejerskerne bliver syge eller kvitter jobbet efter kort tid.

Det er tvingende nødvendigt, at regionerne opprioriterer de ældre medicinske patienter. Først og fremmest økonomisk, men også med et stærkere fagligt og ledelsesmæssigt fokus. Kommunerne skal også tage meget mere fat på at forebygge indlæggelser. F.eks. ved at opruste sygeplejen på plejehjemmene, sikre, at der er sygeplejersker i nattevagt, og etablere nye sygeplejefaglige tilbud, f.eks. akutstuer.

Prioritering er også det, der skal til, for at sundhedsfremme og forebyggelse bliver styrket. Kommunalreformen giver nye muligheder. Men der mangler to afgørende elementer: økonomi og forpligtelser. Her har sundhedsministeren alle muligheder for at fremtidssikre sundhedsvæsenet, hvis han gennemfører en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse.

Regeringen er ved at sætte en kvalitetsreform i søen. For mig handler det i høj grad om, at sundhedsvæsenet skal prioritere rigtigt. Der er meget at tage fat på!

"Det er tvingende nødvendigt, at regionerne opprioriterer de ældre medicinske patienter."



Connie Kruckow, formand



Sig fra

AF EDITH MARK, SYGEPLEJERSKE



Kære kolleger

Når jeg åbner avisen eller fjernsynet, hvirvler det med etiske dilemmaer eller uværdige forhold i sundhedsvæsnet. Alle ser det, mange taler om det, og de fleste forarger sig – og en hel del får travlt med at placere ansvar og vaske hænder.

Det undrer mig bare, at vi som faggruppe refererer så lidt til De Sygeplejeetiske Retningslinier. Med de retningslinjer i hånden kan vi argumentere for og forfægte en god sygepleje.

Retningslinjerne er et fælles udgangspunkt for vores fagetik, og Sygeplejeetisk Råd er sygeplejerskernes sparringspartner i etiske spørgsmål. Rådet behandler emner af sygeplejeetisk karakter – rejst af sygeplejersker eller af DSR. Det er faktisk sådan, at et medlem af DSR, der overtræder De Sygeplejeetiske Retningslinier, af DSRs hovedbestyrelse kan udelukkes af DSR, jf. DSRs love § 6, stk.

2. Derfor er etik en seriøs sag for DSR og medlemmerne.

DSR har ikke hidtil udelukket et medlem af DSR på baggrund af overtrædelse af retningslinjerne. Det kan skyldes, at DSR er klar over, hvordan arbejdsvilkårene kan være medvirkende til, at en sygeplejerske dårligt kan leve op til en god sygeplejeetik – men det medfører på den anden side set, at sygeplejersker skal åbne munden og sige fra, hvis de mener, at de umuligt kan leve op til retningslinjerne. Dette er udtrykt i retningslinje 3.3:

"Sygeplejersken skal medvirke til at synliggøre de konsekvenser, de politiske prioriteringer får for sygeplejen."

Jeg opfordrer sygeplejersker til at henvende sig til Sygeplejeetisk Råd, når de mener, at de står i situationer, hvor de ikke kan praktisere en værdig sygepleje.

*Edith Mark er ansat ved Forskningsenhed for klinisk sygepleje, Aalborg Sygehus, og formand for Sygeplejeetisk Råd.
www.sygeplejeetiskraad.dk*

sin plads at advare andre sosu-assistenten om at tænke sig godt om, inden de læser videre. Deres uddannelse og kompetence ligger mange steder tæt op ad sygeplejerskens, så hvis de vil beholde deres løntrin, skal de blive, hvor de er.

Men jeg kæmper nu alligevel videre, håber at bane vejen for andre, jeg kan umuligt være den eneste. Samtidig er der stor forskel på, hvor man får arbejde, idet nogle af mine holdkammerater uden problemer, nærmest som en selvfølge, har fået deres anciennitet med sig. Hvorfor skal der være sådan en forskel?

I dag kan sosu-assistenten gå direkte ind på sygeplejerskeuddannelsen og tage den på tre år, i disse tilfælde vil der ikke være problemer med ancienniteten, men vi andre, der har været uddannet i flere år, vi kommer i den grad i klemme. De mange erfaringer, vi har inden for faget, kan jeg ikke forstå ikke bliver værdsat. Vi kan trods alt en masse og vil kunne koncentrere os om det, vi skal læres op i, og på den måde blive meget hurtigere til at kunne varetage det ansvar, det er at være sygeplejerske.

Jeg kunne tænke mig at høre, om jeg er den eneste, eller der er andre, der har været i samme situation, og hvad I gjorde.

Gitte Busk-Clausen er nyuddannet sygeplejerske pr. 1. marts 2007.

Svar

AF CONNIE KRUCKOW, FORMAND

Kære Gitte Busk-Clausen

Først og fremmest tillykke med din uddannelse som sygeplejerske. Det er korrekt, at man ikke pr. automatik får sin anciennitet fra assistentuddannelsen med over i sygeplejefaget. Når man bliver indplaceret lønmæssigt som sygeplejerske, så indplaceres man på de overenskomstbestemte trin efter dokumenteret erhvervs erfaring som sygeplejerske. Årsagen er, at den overenskomst, du bliver ansat og aflønnet efter, omfatter personer, der har en uddannelse som sygeplejerske.

Men derudover, så er der altid mulighed for lokalt at forhandle personlige tillæg eller aftale en hurtigere stigning i lønforløbet. Sådanne aftaler kunne sagtens være begrundet i erfaring fra anden uddannelse.

Vi ved, at der rundt om i landet bliver indgået sådanne aftaler. Men det er klart, at der sagtens kan være forskellige opfattelser hos arbejdsgiverne, hvorvidt de synes, at tidligere erhvervs erfaring skal tillægges betydning eller ej. En lokal aftale kræver, at parterne er enige.

Jeg beklager, at du ikke føler, at du har fået nok opbakning fra din amtskreds. Vi har haft kontakt med amtskredsen, der oplyser, at der er sendt forslag om tillæg til din nye arbejdsgiver netop begrundet i dine tidligere erfaringer. Amtskredsen har endnu ikke hørt fra din fremtidige arbejdsgiver.



"Det vigtigste bud i vores husregler i Farsø er: – Vi er her for patienternes skyld, og vi vil yde vores bedste for dem! Derfor glæder det os, at den landsdækkende analyse af tilfredsheden blandt patienterne placerer sygehuset i Farsø helt i top. Det skyldes den særlige atmosfære og det gode arbejdsklima, vi har. Det smitter af på patienterne."

Berit Byg, tillidsrepræsentant for anæstesisygeplejerskerne og sygeplejerskerne i Sygehus Himmerland, Farsø, i anledning af lanceringen af hospitalsplanen for Region Nordjylland. Morsø Folkeblad den 12. marts 2007.

Hvad mener du

www.sygeplejersken.dk

Nyt spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:

Synes du, det er svært at tale med patienterne om deres seksualitet?

Læs temaet "Sex på skemaet" side 22-31.

Svar på spørgsmål stillet i

Sygeplejersken nr. 4/2007:

Er det et problem, at der er så få mænd i sygeplejen?

Svar	antal	pct.
Ja	236	69,6
Nej	89	26,3
Ved ikke	14	4,1
I alt	339	100,0

Betydelig lønnedgang

AF GITTE BUSK-CLAUSEN, SYGEPLEJERSKE



Jeg er nyuddannet sygeplejerske den 1. marts 2007. Det undrer mig i disse tider med mangel på sygeplejersker, at man efter at have taget uddannelsen fra sosu-assistent til sygeplejerske ikke pr. automatik kan tage sin anciennitet med sig, men skal kæmpe hårdt for den. Jeg har taget sygeplejerskeuddannelsen på to et halvt år på Slagelse Sygeplejerskole. Jeg har været inden for faget i 28 år, den sidste halvdel har været på kirurgiske afdelinger, først som sygehjælper senere som sosu-assistent, og jeg havde lyst til at læse videre til sygeplejerske. Men jeg havde ikke tænkt den tanke, at jeg skulle straffes i form af at gå betydeligt ned i løn.

Henvender man sig til lokalafdelingen for DSR, får man ingen opbakning, og jeg tænker: "Hvad er I til for, for lønmodtagerne eller arbejdsgiverne?" Derfor kunne det være på

Operation for døve øren

Mit venstre knæ har gennem årene haft for vane at gå af led, og for fire år siden gik det for alvor galt. Jeg måtte under kniven. Inden operationen skulle jeg udfylde et langt spørgeskema om mit helbred, og kun på ét punkt måtte jeg krybe til korset: Jeg er høreapparaturbruger med et arveligt, svært høretab.

For at være på den sikre side fremhævede jeg min oplysning med et udråbstegn. Ikke at jeg dermed forventede, at alt ville forløbe uden "hva'er" og en pæn portion koncentration fra min side, men da mit høretab vitterlig ligger i den tunge ende, ville jeg være sikker på, at alle kendte til det.

Ved besøget hos narkoselægen måtte jeg flere gange minde om mit høretab. Da det gik op for hende, at jeg rent faktisk hørte dårligt, kiggede hun undrende i sine papirer og bekendtgjorde, at der intet stod om min manglende hørelse. Jeg bad hende indskrive et tydeligt notat i hospitalets papirer.

I operationsstuen gik det ikke ligefrem bedre. Først skulle alt metal og elektronik ud af stuen, inkl. høreapparaterne. Jeg vidste imidlertid, at der skulle kommunikeres inden indgrebet og insisterede på – med passende humor – at beholde dem i ørerne så længe som muligt. Herefter kom diverse læger og sygeplejersker ind, hilste og stillede spørgsmål – gemt bag masker. Trods høreapparater er jeg afhængig af mundaflæsning, så hver gang måtte jeg bede dem tage masken af. Med andre ord, det gjaldt om at være årvågen og på forkant – og det var da også sin sag at få nogen til at tage ansvaret for, at jeg som det første fik udleveret mine høreapparater på opvågningen.

Den ultimative morskab indtraf, da narkoselægen meldte om klar bane og bad mig tage høreapparaterne ud. Jeg gjorde forsøget, men pga. blodtryksmåler og diverse andet apparatur kunne jeg ikke bøje armene nok til at få hænderne op til ørerne. Mine meget små høreapparater er ikke lige håndterlige – så godt omtåget af den indledende dosis bedøvelse måtte jeg snøvlende forklare, hvordan man fik hevet dem ud, vippet de små låg op og slukket, så aggregaterne ikke lå og hylede i deres æske.

Mange hørehæmmede kan fortælle om langt mere udmarvende indlæggelser præget af bekymring og af angst for ikke at få det hele med og følelsen af at være besværlig – ja, et forløb fyldt med misforståelser, uro og utryghed. Intet af dette er selvfølgelig særligt befordrende, i særdeleshed ikke for den dårligt hørende, der i forvejen som regel ikke har det store overskud. Nu var min knæskade ikke livstruende – og jeg er i øvrigt hverken mundlam, nervøst anlagt eller bange for at ytre mig om mit høreproblem. Der skal til gengæld ikke meget fantasi til at forestille sig, hvordan et mere tilbageholdende eller ældre, pænt menneske ville have klaret skærene.

I dag har godt 800.000 danskere høreproblemer af en eller anden art. Det er hver 6. voksne dansker, og procenten stiger drastisk med alderen. Statistisk må det derfor være en daglig foreteelse at møde patienter med høretab – en betragtelig gruppe, hvis problemer man efter min mening bør kunne takle betydeligt bedre, end tilfældet er.

Jeg vil derfor opfordre til, at både læger og sygeplejersker sætter sig ind i, hvad det vil sige at modtage patienter med et hørehandicap. Med større viden og deraf omtanke er det faktisk ikke ret meget, der skal til for at gøre et hospitalsophold til en tryk og god oplevelse for mennesker med nedsat hørelse.

"Mange hørehæmmede kan fortælle om langt mere udmarvende indlæggelser præget af bekymring og af angst for ikke at få det hele med og følelsen af at være besværlig."

Af Lotte Rømer, musiker



Lotte Rømer er musiker, forfatter og foredragsholder og leder af Earvision by Widex, en afdeling, der arbejder med tiltag og projekter til gavn for mennesker med høreproblemer, earvision@earvision.dk

SYGGEPLEJERSKEN

>>> FAG

Fagtanker >>	45
Resuméer >>	45
Faglig information >>	47
Testen >>	60
Agenda >>	65
Dilemmasvar >>	66
Anmeldelser >>	69
Fem faglige minutter >>	74

**Børn er aldrig
eneansvarlige for
deres overvægt** » 56

**Kvantespring i
sundhedsplejen** » 62

**Effekt af
patientundervisning** » 50

FAG – noget ændres, meget bibeholdes



Velkommen til fag

Velkommen til de faglige sider "fag" i *Sygeplejersken* – det der tidligere hed "faglige artikler" – som vi har glædet os til at præsentere. Noget udgår, meget bibeholdes, og nyt kommer til. Med ændringerne håber vi, at endnu flere sygeplejersker læser de faglige artikler og bruger dem i deres arbejdsliv. De fleste artikler vil fortsat være skrevet af og til sygeplejersker, men andre faggrupper er velkomne til at belyse emner af betydning for sygeplejen.

Egen forside og nyt layout

Den første ændring er, at de faglige sider ind-

ledes med egen forside og indholdsfortegnelse. Det vil gøre det lettere at finde rundt i artiklerne. Det nye layout skal hjælpe med at adskille de faglige sider fra bladets øvrige genrer. Samtidig ønsker vi illustrationer, der i højere grad markerer det faglige hovedbudskab i artiklerne.

Fagtanker

Et nyt element er "Fagtanker," en faglig leder, der skrives af fagredaktørerne på skift og perspektiverer den faglige topartikel i hvert nummer. Topartiklen vælges ud fra relevans, nyhedsværdi og niveau. Topartiklen bærer altid illustrationen på den faglige forside.

Testen

I "Testen" kan man prøve sin egen og evt. kollegaens faglige viden. Målet med Testen er, at de fleste kan være med, men idéen er også, at man får ny viden om emner, man ikke beskæftiger sig med til daglig. Testen er temaopdelte.

Agenda

Med "Agenda" ønsker vi at sætte faglige emner til debat, henvise til interessant, ny forskning eller formidle skæve hjørner fra sidelinjen.

Nyt om bøger

Ud over anmeldelser vil vi også bringe en kort omtale af nogle af de bøger, der er modtaget på redaktionen. Bø-

gerne vælges ud fra en vurdering af den umiddelbare sygeplejefaglige relevans og vil ikke blive anmeldt.

Afsked med dilemma

"Dilemma" har sat mange gode etiske og faglige diskussioner i gang gennem to et halvt år, men udgår som fast element fra dette nummer. Man er fortsat velkommen til at sende indlæg om dilemmaer til "Debat."

Ændrede titler og arbejdsopgaver

Vores titel, der før var sygeplejefaglige medarbejdere, er ændret til fagredaktører. Vi løser fortsat de samme opgaver, dvs. vi sikrer en bred, faglig spredning af artikler i forhold til specialer og arbejdsområder. Vi vurderer relevansen og det faglige niveau i de manuskripter, der sendes til os, og vejleder forfattere i forhold til vinkel, form, indhold og niveau i artiklen.

Målet med en færdig artikel er, at den bringer ny viden for en bestemt gruppe sygeplejersker eller sygeplejersker generelt, at den giver stof til eftertanke, måske ændrer praksis, samt at den bliver læst af målgruppen.

Nye arbejdsopgaver er, at vi har det fulde ansvar for at redigere artiklerne færdige til trykning, for illustrationer og for de nye genrer i "fag," som vi selv skriver.

Skriv en artikel

Et rygte blandt sygeplejersker går på, at det er meget svært at få optaget en faglig artikel i *Sygeplejersken*. Det er vi kede af. Ud af de ca. 300 artikler, vi modtager om året, afviser vi ca. 25 pct., hvilket er et passende leje, hvis kvaliteten skal holdes. Afvisninger sker enten pga. overlap med andre artikler, manglende nyhedsværdi eller teoretisk grundlag.

Vi hjælper, alt det vi kan, så relevante artikler på et tidspunkt kan publiceres. Ofte går artiklen frem og tilbage mellem forfatter og os en gang eller to, og samarbejdet plejer at være godt.

Vi har andre nyheder på tapetet, men dem løfter vi sløret for senere i år. Foreløbig glæder vi os til at modtage respons på de nye elementer i "Fag" og til at modtage mange, gode artikler fremover. Især savner vi artikler til klinisk sygepleje. Vi ser også gerne, at endnu flere bruger *Sygeplejerskens* hjemmeside som et fagligt debatforum.

Venlig hilsen

Evy Ravn og Jette Bagh



Evy Ravn



Jette Bagh

»»» FAGTANKER

Alt for ofte bliver forskningsresultater, der ikke viser den ønskede effekt ved en intervention, aldrig publiceret. Vigtig viden går herved tabt for faget, studier og projekter gentages unødigt, og den dybe tallerken forsøges opfundet gang på gang.

Det er derfor kærkomment, at forfatterne til topartiklen i den faglige sektion i dette nummer af *Sygeplejersken* ikke bare har taget patientundervisning ved vingebeinet teoretisk, men også beskriver de vel skuffende resultater af et klinisk kontrolleret studie om teoretisk funderet undervisning af 61 hoftepatienter.

Studiet viser, at et totimers undervisningsprogram baseret på en teori om patienters self-efficacy, der kan oversættes med selvvalderet handlekompetence, isoleret set ikke har effekt på de målte parametre. Hvilket ikke betyder, at teorien er uanvendelig, og i artiklen får vi vigtig viden om, hvad der skal gøres anderledes, hvis teorien skal bruges optimalt.

Undervisning i hold synes bl.a. ikke at være en hensigtsmæssig form. Et vigtigt resultat i en tid, hvor gruppeundervisning af patienter er i højsædet.

Evy Ravn

Evy Ravn,
sygeplejerske,
fagredaktør.



Prædiktorer for knogleskørhed hos yngre kvinder

R *Elgán C, Fridlund B. Bone mineral density in relation to body mass index among young women: A prospective cohort study. International Journal of Nursing Studies. 2006;43:663-672.*

Formål: At identificere prædiktorer for knogletæthed (BMD) ved at kortlægge livsstilsfaktorer, fysiologiske forhold og body mass index (BMI) hos yngre kvinder.

Metode: Denne svenske undersøgelse er foretaget som en epidemiologisk kohorteundersøgelse. 152 raske kvinder i alderen op til 24 år blev fulgt i en to-års periode. Knogletæthed blev bestemt ved hjælp af scanning, og oplysninger om livsstil og fysiologiske forhold blev indsamlet ved hjælp af spørgeskema. Data blev bearbejdet statistisk, efter at kvinderne var inddelt i tre grupper i forhold til deres BMI ved undersøgelsens begyndelse.

Resultat: Hos kvinde med BMI <19 kg/m² kunne høj fysisk aktivitet medvirke til at øge reduktion af BMD. For kvinder med BMI >24 kg/m² var den eneste faktor, der forebyggede tab af BMD, den tid, kvinderne tilbragte uden-dørs om vinteren. Hos kvinder med overvægt spillede det også en rolle, om de havde haft perioder med amenorrhoea. Resultaterne pegede på, at energibalance og søvnkvalitet har betydning for bevarelse af BMD.

Bemærkninger: Forebyggelse af knogleskørhed er væsentlig for bevarelse af sundheden blandt kvinder. Indsatsen skal ske i en ung alder og bygge på valide undersøgelsesresultater. Denne undersøgelse sætter spørgsmålstegn ved, om fysisk aktivitet spiller så central en rolle som tidligere antaget, og den antyder, at det ligefrem kan være skadeligt for kvinder med BMI <19 kg/m².

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

Patientreaktion på at dele sygestue med demente

R *Oh J. Stroke patients' experiences of sharing rooms with dementia patients in a nursing home. International Journal of Nursing Studies. 2006;43:839-849.*

Formål: At undersøge levede erfaringer hos mennesker, der har haft en hjerneblødning, i forhold til at have delt stue med patienter, der var demente.

Metode: Undersøgelsen blev gennemført på et koreansk plejehjem. Der deltog 14 mennesker i alderen 60-84 år, som ikke var kognitivt påvirket efter deres hjerneblødning, og som under opholdet på et plejehjem havde beboet et værelse med en beboer, der var dement. Personerne med hjerneblødning blev interviewet. Dette blev optaget på bånd, udskrevet ordret og analyseret.

Resultater: Personer med hjerneblødning blev meget påvirket af at have delt værelse med en dement person. De havde svært ved at skabe sammenhæng i forhold til det, der hændte omkring dem, de resignerede og følte vrede, da de var magtesløse i forhold til at ændre på forholdene. Personerne med hjerneblødning følte angst for, at de selv udviklede demens, de mistede deres motivation for at deltage i aktiviteter, hvilket resulterede i et lavere aktivitetsniveau.

Bemærkninger: Undersøgelsen er foretaget i Korea, og mange forhold er anderledes på danske plejehjem. Det interessante ved undersøgelsen er, at det ikke lader til at være uproblematisk med forskellige patientkategorier samlet. Som det fremgår af artiklens litteraturgennemgang, er dette et område, der kun er undersøgt sparsomt. Vi ved altså ikke meget om, hvordan forskellige patientgrupper interagerer med hinanden.

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

Patienternes behov for information før hofte- eller knæalloplastik

R *Sjöling M, Norbergh K-G, Asplund K. What information do patients waiting for and undergoing arthroplastic surgery want? Their side of the story Journal of Orthopaedic Nursing. 2006;10:5-14.*

Formål: At undersøge, hvordan patienter, der afventer hofte- eller knæalloplastik, indhenter viden relateret til deres sygdom, og hvordan denne svarer til patienternes behov for viden.

Metode: Undersøgelsen er foretaget på et svensk sygehus. Der indgik 16 patienter, 10 kvinder og seks mænd i alderen fra 54-75 år, der enten ventede på eller for nylig havde fået gennemført en hofte- eller knæalloplastik. Data blev indhentet via fokusgruppeinterview. Interviewene blev optaget på bånd, transskriberet, og der blev foretaget indholdsanalyse af materialet.

Resultater: Der fremkom to hovedtemaer: Hvordan patienterne indhenter informationer og råd, og hvilke informationer patienterne ønsker. Patienterne ønskede information om, hvad de selv kunne gøre for at håndtere deres nuværende livssituation, mens de ventede på operation. Det drejede sig om håndtering af smerter, og hvordan de kunne træne. Patienterne ønskede klar besked om, hvornår operationen kunne gennemføres, og de ville gerne have mulighed for at stille spørgsmål til personalet.

Bemærkninger: Forfatterne fandt endvidere, at patienterne i informationsprocessen ønskede at blive taget alvorligt, og at selve kommunikationsmåden spillede en stor rolle for patienterne. Undersøgelsen understreger vigtigheden af at inddrage patienterne i forberedelserne til deres operation, og anden forskning har også vist, at gøres dette systematisk, klarer patienterne sig bedre efter operationen.

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

OPLEV ITU!

ÅBENT HUS 26.04.2007 kl.15-19

Bliv master i SundhedsIT

Uddannelsen giver dig kompetencer til at:

- ▶ Designe og udvikle innovative it-anvendelser, fx EPJ og kliniske systemer eller it der aktivt inddrager patienterne
- ▶ Analysere, planlægge og lede it-forandringsprocesser i sundhedssektoren

SundhedsIT henvender sig til sygeplejersker, læger, jordemødre, fysio-/ergoterapeuter, bioanalytikere og samfundsvidenskabelige bachelorer eller lignende. Der kræves mindst to års relevant erhvervs erfaring fra sundhedssektoren.

www.itu.dk/sundhedsit



IT-Universitetet
i København

Rued Langaards Vej 7 | 2300 København S
tlf: 7218 5000 | www.itu.dk

"Foran Afghanistans lukkede Døre"

fra 24. marts 2007



En udstilling om diakonissen, lægen og missionæren Marie Holst fra Kolding og hendes arbejde i Indien 1896 - 1917.

DANSK SYGEPLEJEHISTORISK MUSEUM
www.sygeplejemuseum.dk

kulturformidling * citizenship education * medborgerskab * historisk perspektiv * pædagogisk-filosofisk perspektiv * dramapædagogik * teaterproduktion * enkeltmodul * fleksibelt forløb * kulturel pædagogik * kultur- og sprogstudier * færdighedsbaseret læring * kulturelt demokratisk samfund * Leadership and Innovation * innova-ark * ledelse af uddannelsesinstitutioner * educational management

Danmarks
The Danish Pædagogiske Universitet
University of Education

**MASTERUDDANNELSER
EFTERUDDANNELSESKURSER**
EFTERÅR 2007

lagogisk vejledning * voksenuddannelse * human resource development * ansattes kompetenceudvikling * børne- og ungdomskultur * mødet * yksterformer * medier * læreprocesser * kulturformidling * citizenship * medborgerskab * historisk-politisk perspektiv * pædagogik

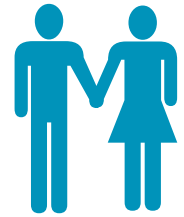
DPU udbyder i efteråret 2007 masteruddannelser i børne- og ungdomskultur, citizenship education, drama- og teaterpædagogik, interkulturel pædagogik, Leadership and Innovation, ledelse af uddannelsesinstitutioner, professionsudvikling, socialpædagogik, specialpædagogik, sundhedspædagogik, vejledning, voksenuddannelse og som fleksibelt forløb.

Vi udbyder også uddannelsen til underviser i dansk som andetsprog, Master of Lifelong Learning og efteruddannelsesforløb enten i form af moduler fra masteruddannelserne eller som kortere kurser.

Der er informationsmøder i Århus tirsdag den 27. marts og i København torsdag den 29. marts.

Læs mere på www.dpu.dk/uddannelse

Sygepleje og seksualitet hos mennesker med en kronisk sygdom



AF MALENE MOUNI SCHMIDT OG DITTE KNUDSEN, SYGEPLEJERSKER

& Litteraturen viser, at mennesker med en kronisk sygdom har behov for at få vejledning i forhold til deres seksualitet, da denne ofte bliver påvirket af selve sygdommen eller den medicin, patienten er nødt til at indtage. Som en patient udtalte: ”Det kan godt være, at gigten sætter nogle begrænsninger, men lysten til sex er stadig den samme.”

I vores bachelorprojekt var vi derfor interesserede i at undersøge sygeplejerskers holdning til sygepleje i relation til seksualitet hos mennesker med kronisk sygdom, herunder om sygeplejersker mener, det er vanskeligt at tale med patienter om seksualitet, og om de opfatter dette som deres ansvar. Dette undersøgte vi bl.a. via en spørgeskemaundersøgelse på fire afdelinger, som hovedsageligt arbejder med kronisk syge patienter.

Fem sygeplejersker fra hver afdeling med minimum to års erfaring i afdelingen blev bedt om at udfylde spørgeskemaet. Svarprocenten var på 75.

Vores antagelse var, at seksualitet er et forbigået emne inden for sygeplejen. Litteraturen, der var sparsom og ofte af ældre oprindelse, bekræftede, at de fleste sygeplejersker generelt ikke taler om seksualitet med patienterne.

Vores egne resultater fra spørgeskemaundersøgelsen viste, at næsten halvdelen af respondenterne mener, det er svært at tale om seksualitet med patienten. Tre fjerdedele mener, at seksualitet ikke er lige så let at tale med patienten om som forstoppelse. To tredjedele mener, det er sygeplejerskens ansvar at tale om seksualitet med patienterne.

Sygeplejersken har ansvaret

Det kom ikke som nogen overraskelse, at knap halvdelen af respondenterne oplever det svært at tale med patienterne om seksualitet, men at kun to tredjedele mener, det er sygeplejerskens ansvar, var nedslående. Især da sygeplejersker ifølge Lov om patientens retsstilling i Vejledningen om seksualitet uanset handicap og De Sygeplejerskes Retningslinier har et ansvar for at give patienten alle relevante oplysninger, der har med dennes sygdom at gøre.

Vi arbejdede videre med spørgsmålet om, hvordan sygeplejersken kan håndtere den svære samtale med patienten om seksualitet i forbindelse med en kronisk sygdom. I analysen benyttede vi elementer inden for *Kari Martinsens* omsorgsfilosofi, *Uffe Juul Jensens* moralfilosofi og teori om interpersonel kommunikation, under-

støttet af PLISSIT-modellen (en model, der angiver de niveauer, som rådgivning omkring seksualitet kan foregå på (1)).

Betydning for praksis

Da både litteraturen og vores projekt viser, at det er et problem for mange sygeplejersker at berøre emnet seksualitet over for patienter, er det anbefalelsesværdigt, at man i praksis drøfter etiske dilemmaer og egne og kollegers holdning til patientens seksualitet.

Sygeplejersken skal kunne rådgive patienten, samtidig med at hun kan hjælpe denne til at finde ressourcer i sig selv. Sygeplejersken skal bruge sin viden og sine fagkunderskab, herunder det sygeplejefaglige skøn, til at åbne for samtalen, så den er til gavn for patienten.

Den grundlæggende faglige viden om seksualitet i relation til sygdom skal være til stede, ellers bliver det endnu mere svært at kommunikere med patienterne om emnet. Undervisningen kan bestå i temadage, sygeplejefaglig vejledning og dialog om emnet i sygeplejegruppen. En nøglepersonfunktion inden for seksualitet, der kan stå for undervisning og vejledning, kan etableres.

Bachelorprojektet ”Seksualitet i forbindelse med en kronisk sygdom” kan fås ved henvendelse til

*Malene Schmidt:
malene.m@schmidt.mail.dk*

*Malene Mouni Schmidt er ansat ved Sygehus Syd,
Afdeling 200, Nykøbing F.*

*Ditte Knudsen er ansat ved Sygehus Syd,
Afdeling 17, Næstved.*

Litteratur

1. Annon J. Behavioral Treatment of Sexual Problems. Brief Therapy. Maryland: Harper & Row; 1976.

Læs også temaet ”Sex på skemaet” side 22-31 i dette nummer af *Sygeplejersken*.

Artiklen henvender sig til sygeplejersker, hvor patienters eller brugeres kroniske sygdom medfører behov for rådgivning i forhold til seksualitet. Hovedbudskabet er, at emnet fortsat er omgærdet af blufærdighed fra sygeplejerskernes side, og at sygeplejersker mangler viden om emnet. Artiklen udspringer af forfatterens bachelorprojekt.

Hændelser i klasseværelset

AF HENRIK VINTER BILLESCHOU, SYGEPLEJERSKE, CAND.PÆD.

Artiklen henvender sig til undervisende sygeplejersker med interesse for, hvad der foregår i klasserummet. Den er baseret på et studie af klasseundervisningen på Sygeplejerskolen i Århus, og hovedbudskabet er, at undervisningen her er præget af interaktive helklassesamtaler.



Klasseundervisning er stadig almindelig i sygeplejerskeuddannelsens teoriundervisning, men vi har kun sparsom viden om undervisningsformens interaktions-, samtale- og arbejdsformer. Foreliggende studier er baseret på ret smalle empiriske materialer, og deres konklusioner svækkes ofte af mangel på egentlige næranalyser af hændelserne i klasseværelset.

I dette projekt er tidsforbruget og den tidsmæssige fordeling af aktiviteterne i klasseundervisningen samt forekomsten af monologiske og dialogiske spørgsmålsformer i de lærerstyrede helklassesamtaler undersøgt (1).

Metode

I projektet indgår lydoptagelser af 24 lektioner på Sygeplejerskolen i Århus. Lektionerne er ligeligt fordelt på uddannelsens 1., 3. og 5. semester. 12 lektioner er fra undervisningen i sygepleje, og 12 lektioner er fra undervisningen i uddannelsens øvrige fag, f.eks. psykologi, biokemi, folkesundhed, anatomi og fysiologi.

Først er der gennemført tidsregistreringer af undervisningsaktiviteter og lektionslængde. Aktivitetskategorierne er konstrueret på baggrund af *Mehans* faseopdelte beskrivelse af den sociale organisering af aktiviteterne i klasseundervisningen og ud fra selve observationsarbejdet.

Dernæst er spørgsmålene i materialet kodet ved hjælp af en sociokulturel begrebsramme, der skelner mellem autentiske og ikke-autentiske spørgsmål. Et spørgsmål defineres som autentisk, hvis der ikke foreligger en forudbestemt korrekt svarmulighed. Autentiske spørgsmål betragtes som dialogiske, mens ikkeautentiske spørgsmål betragtes som monologiske. Alle spørgsmål er samtidig kodet i forhold til initieringskilde (studerende versus underviser).

Tidsregistreringer og spørgsmålskodninger er efterfølgende behandlet statistisk.

Udvalgte fund

Tidsanalysen viser en ensartet tidsstruktur, hvor faktisk undervisningstid stort set er lig med skemalagt lektionstid: Lektionernes gennemsnitlige længde er 44±4 minutter, og omfanget af spildtid er begrænset til ingen eller få minutter. Videre er udbredelse af aktiviteten "lærerstyret interaktiv helklassesamtale" signifikant større i forhold til aktiviteten "ikke-interaktiv envejskommunikativ lærerforelæsning" (25±6 versus 15±6 minutter).

Spørgsmålsanalysen viser, at de lærerstyrede helklassesamtaler indeholder næsten tre gange så mange auten-

tiske som ikke-autentiske spørgsmål. Dette fund er signifikant.

Grupperes lektionerne i forhold til semestre og fag, er der ikke fundet signifikante variationer i forekomsten af autentiske og ikkeautentiske spørgsmål. Derimod er der signifikante variationer i den gennemsnitlige relative andel af spørgsmålsinitieringerne: På 1. semester initierer de studerende 50 pct. af spørgsmålene, mens de på 5. semester initierer 30 pct. I sygeplejeundervisningen initierer de studerende 20 pct. af spørgsmålene, mens de i uddannelsens øvrige fag initierer knap 50 pct. af spørgsmålene i undervisningen.

Samlet viser projektet, at klasseundervisningen på Sygeplejerskolen i Århus adskiller sig fra den formidlende, kontrollerende og overhørende undervisningsform, som traditionelt forbindes med klasseundervisning: Underviserens envejskommunikative stofgennemgange og kontrolspørgsmål uden eller med kun ringe studenterdeltagelse er nedtonet til fordel for interaktive helklassesamtaler med større grad af studenterdeltagelse gennem dialogiske og studenterinitierede spørgsmåls- og samtaleformer. Men der er betydelige variationer, afhængigt af i hvilket fag og på hvilket semestertrin klasseundervisningen foregår.

Henrik Vinter Billeschou er ansat på Sygeplejerskolen i Århus, heb@sia.aaa.dk

Rapporten "Klasseundervisning i sygeplejerskeuddannelsen, tidsforbrug, spørgsmåls- og aktivitetsformer i 24 lektioner på sygeplejerskolen i Århus 2006," kan købes for 50 kr. ved henvendelse til receptionen på Sygeplejerskolen i Århus eller hentes via skolens hjemmeside: www.sygeplejerskolen-aarhus.dk/sw17693.asp

Litteratur

1. Billeschou HV. Klasseundervisning i sygeplejerskeuddannelsen – tidsforbrug, spørgsmåls- og aktivitetsformer i 24 lektioner på Sygeplejerskolen i Århus. Sygeplejerskolen i Århus, 2006.



Sygeplejersker bag hjemmeside om peritonealdialyse

AF INGE STORGÅRD PETERSEN, SYGEPLEJERSKE

Artiklen henvender sig til sygeplejersker med interesse for peritonealdialyse og sygeplejersker med interesse for etablering af sygeplejefaglige hjemmesider. Hovedbudskabet er, at et velfungerende samarbejde mellem sygeplejersker, teknikere, kommunikationsmedarbejdere og andre sundhedsfagligt uddannede kan resultere i en brugerrettet hjemmeside.

Vi er syv sygeplejersker fra forskellige dialysecentre i Danmark, som har lavet en hjemmeside om peritonealdialyse. Vi håber at kunne udbrede kendskabet til denne dialyseform samt at inspirere sygeplejersker fra andre specialer til at lave et lignende projekt.

Hjemmesiden er primært lavet for kommende dialysebrugere og deres pårørende. Men også tænkt som en hjælp for andre støttestreger. F.eks. ansatte i hjemmeplejen, på plejehjem og nyansatte på nefrologiske afdelinger. Desuden kan hjemmesiden – eller dele derfra – anvendes som undervisningsmateriale.

Arbejdet med hjemmesiden er udviklet i vores gruppe under Fagligt selskab for Nefrologiske sygeplejersker og har taget ca. halvandet år. Ingen af os havde erfaring med lignende projekter, og vi har fra begyndelsen haft uvurderlig hjælp af andre, bl.a. en kommunikationsmedarbejder, en web-designer, en fotograf, en læge og en diætist. Den røde tråd gennem hele projektet har været styret af *Eva Maria Knudsen*, cand.mag. i massekommunikation og statskundskab. Økonomien i projektet har været sponsorstøtte.

Enkel, overskuelig og fleksibel

Vi har arbejdet meget med mål for hjemmesiden og kom frem til følgende:

- at patientinformation præsenteres i en anderledes form og et nyt medie
- at hjemmesiden er enkel, overskuelig og brugervenlig
- at hjemmesiden er let at finde rundt i
- at hjemmesiden er visuel med mange billeder og patienthistorier
- at hjemmesiden er egnet til patienten, der kun skammer hjemmesiden
- at hjemmesiden er egnet til patienten, der ønsker detaljeret information
- at siden kan opdateres og videreudvikles
- at fokus er på brugernes dagligdag med kronisk peritonealdialyse
- at fokus er, at meget kan lade sig gøre – trods alvorlig kronisk sygdom.

Vi synes, vi har nået målene, og det at være med til at skabe noget nyt med et markant sygeplejefagligt fokus har været et stort og spændende arbejde. Eva Maria Knudsen hjalp os til at bevare overblikket og troen på, at det kunne lade sig gøre. Hun hjalp også med at bevare fokus på brugernes dagligdag, når vi i gruppen bevægede os ud i lægelige og tekniske ting.

Trin for trin

Til inspiration for dem, der kunne tænke sig at udvikle en hjemmeside inden for et andet sygeplejefagligt område, følger her en kort oversigt over vores arbejdsproces:

- Projektbeskrivelse
- Søgning efter sponsormidler
- Uddelegering af emner og korrekturlæsning på hinandens emner

- Koordinering af dialysecentrenes forskelligheder, så brugere i hele Danmark kan bruge hjemmesiden
- Fotografering
- Indsamling af patienthistorier
- Uddelegering af emner og opgaver til læge, diætist, socialrådgiver
- Opsætning af hjemmesiden
- Udgivelse af lille pjece som reklame for hjemmesidens eksistens.

Hjemmesiden gik i luften maj 2006. Da flere og flere personer i Danmark har it-adgang, håber vi, at vi har været med til at give patientvejledningen et løft gennem dette medie. Vi er glade for den positive kritik, vi har fået i fagkredse og fra patienter, og arbejder fortsat med at opdatere og forbedre hjemmesiden. En oversættelse til norsk og svensk er i gang. I marts vil repræsentanter fra gruppen fortælle om hjemmesiden på en nordisk kongres for nefrologiske sygeplejersker.

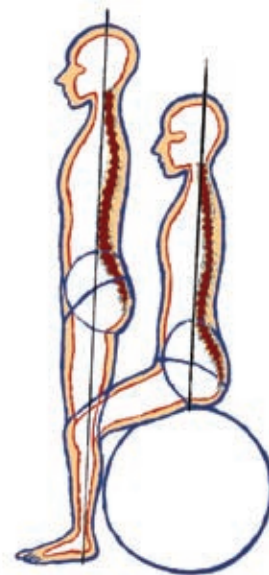
Kommentarer til hjemmesiden modtages gerne på www.pdialyse.dk

Inge Storgård Petersen arbejder på Hjemmedialysen, Herlev Sygehus, ingpe@heh.regionh.dk

Gruppens øvrige medlemmer er Mona Klausen Storm, Odense Universitetshospital, Karin Lomholt, Skejby Sygehus, Bodil M. Petersen, Holstebro Sygehus, Helle Pedersen, Roskilde Sygehus, Hanne Ostenfeldt, firmaet Baxter, og Nanny Poulsen, Aalborg Sygehus.

Læs også artiklen "Dialyse i soveværelset" på side 32-33.

Effekt af patientundervisning



AF PERNILLE FAURSCHOU, SYGEPLEJEUNDERVISER, MPH, OG BIRGIT VILLADSEN, KLINISK OVERSYGEPLEJERSKE, MPH • ILLUSTRATION: BODIL MOLICH

Artiklen henvender sig til sygeplejersker med interesse for patientundervisning. Den er baseret på en undersøgelse af, om undervisning af patienter, der skal have indsat en kunstig hofte, har effekt. Hovedbudskabet er, at undervisning bør være forankret i en teoretisk ramme.



I en tid med kvalitetsudvikling og accelererede patientforløb og deraf følgende kortere tid til formidling af information til patienterne er det væsentligt, at information og undervisning bliver målrettet patienternes behov.

Hensigten med denne artikel er at dokumentere effekten af præoperativ undervisning af patienter, der får indsat en kunstig hofte. I artiklen beskriver vi undervisningens indhold samt resultatet af undervisningen. I artiklen "Patientundervisning skal forankres teoretisk" i sidste nummer af *Sygeplejersken*, nr. 5/2007, uddybede vi undersøgelsens teoretiske referenceramme (self-efficacy).

Evidens for patientundervisning

Studier, som har målt effekten af patientundervisning, viser ikke entydige resultater. Effektmålene er mange og omfatter somatiske, psykosociale, brugerorienterede og administrative data samt patientkomplians.

Inden for samme effektmål kommer man frem til såvel effekt som manglende effekt af patientundervisning. Således er der i nogle studier en effekt på fysisk funktion (1,2), mens denne effekt udebliver (3) eller ligefrem falder (4) i andre studier. Det samme gælder for angst, men her er den positive effekt mere overbevisende (5,6).

I et Cochrane review, hvor der indgår ni studier, er konklusionen, at der er evidens for, at præoperativ undervisning har en moderat positiv effekt på præoperativ angst (7).

Et studie måler på psykosociale variable som self-effi-

cacy og selvevaluering og dokumenterer, at undervisning har en positiv effekt (8).

I nogle studier bliver indlæggelsestiden nedsat (1,2), mens der ikke er indvirkning på indlæggelsestiden i andre studier (4).

Patienttilfredshed er det eneste effektmål, hvor samtlige undersøgelser dokumenterer en forbedring (4,9,10).

Empiri

En rundspørge til 13 ortopædkirurgiske afdelinger viste, at alle afdelinger levede op til anbefalingerne i "Primær total hoftealloplastik, et referenceprogram" både hvad angår den mundtlige og den skriftlige information (11). Den præoperative information blev afviklet på forskellige tidspunkter, idet den hyppigst blev givet ved forundersøgelsen og på selve indlæggelsesdagen. Enkelte steder blev patienten inviteret ind til en samtale 14 dage inden operationen. En instruktion i bevægerestriktioner og brug af hjælpemidler var kun en del af den præoperative information i to af afdelingerne, og en afdeling gav patienten hjælpemidlerne med hjem 14 dage inden operationen (12).

Formål

Formålet med undersøgelsen var at afdække, om et præoperativt undervisningsprogram kan styrke patienternes tro på (self-efficacy), at de kan gennemføre operations- og genoptræningsforløbet efter indsættelse af en kunstig hofte og derved øge deres tilfredshed med den præoperative information, øge deres fysiske, psykiske og sociale funktioner samt nedsætte deres indlæggelsestid.

Teoretisk referenceramme

Interventionens teoretiske ramme var adfærdsteorien self-efficacy, der ofte sættes i forbindelse med information og undervisning. Teorien om self-efficacy refererer til, at individet har troen på, at det kan have en bestemt adfærd (13).

Materiale og metode

Undersøgelsen blev designet som et kontrolleret interventionsstudie. I undersøgelsen blev kontrolgruppen inkluderet først (efteråret 2001) og efterfølgende interventionsgruppen (foråret 2002). Inklusionen var konsekutiv.

))) BOKS 1. SEKS GODE RÅD

Seks gode råd om patientundervisning af hoftepatienter:

1. Undervisningen skal forankres i en teoretisk ramme.
2. Undervisningens form og indhold tilrettelægges ud fra patienternes self-efficacy-styrke.
3. Undervisningen skal påbegyndes præoperativt.
4. Undervisningen skal følges målrettet op under hele indlæggelsen.
5. Patienterne skal træne med hjælpemidlerne præoperativt.
6. Undervisningen skal være tværfaglig.

TABEL 1. DEMOGRAFISKE OG KLINISKE PARAMETRE

	Kontrolgruppe	Interventionsgruppe	p-værdi
Alder	n=32	n=29	
mean (SD)	73 (11,5)	72 (10,2)	0,60 ^a
median	75	71	
Køn	n=32	n=29	
Mand	10 (31 %)	11 (38 %)	0,60 ^b
Kvinde	22 (69 %)	18 (62 %)	
Skoleuddannelse	n=31	n=28	
< 7 år	15 (48 %)	14 (50 %)	0,92 ^c
8-9 år	7 (23 %)	6 (21 %)	
> 10 år	9 (29 %)	8 (29 %)	
Erhvervsuddannelse	n=32	n=27	
Ingen	14 (44 %)	9 (33 %)	0,55 ^c
Faglig uddannelse	11 (34 %)	12 (44 %)	
Mellem videregående	5 (16 %)	4 (15 %)	
Lang videregående	2 (6 %)	2 (7 %)	
Erhverv	n=32	n=29	
I arbejde	3 (9 %)	2 (7 %)	0,50 ^c
Førtidspension/efterløn	5 (16 %)	8 (28 %)	
Alderspension	24 (75 %)	19 (65 %)	
Alene – samboende	n=32	n=27	
Bor alene	18 (56 %)	15 (56 %)	1,0 ^b
Samboende	14 (44 %)	12 (44 %)	
Self-efficacy – generel	n=32	n=29	
mean (SD)	29,4 (3,4)	29,3 (4,2)	0,45 ^c
median	30	30	
SF-36	n=32	n=29	
Fysisk funktion (PF)			
mean (SD)	23,8 (16,7)	31,5 (23,2)	0,18 ^c
median	22,5	25	
Psykisk velbefindende (MH)			
mean (SD)	62,6 (22,9)	72,4 (21,9)	0,07 ^c
median	62	72	
Social funktion (SF)			
mean (SD)	52,3 (29,5)	69,8 (30,8)	0,03 ^c *
median	50	50	

^a Uparret t-test^b Fisher's Eksakte test^c Mann-Whitney test

* p ≤ 0,05

» Patientgrundlag

Undersøgelsen blev gennemført som et pilotprojekt med i alt 75 patienter. I interventionsgruppen fravalgte seks patienter og i kontrolgruppen fem patienter at deltage, endvidere blev tre patienter i interventionsgruppen aldrig opereret (totalt 14 patienter). Af de resterende 61 patienter indgik 32 i kontrolgruppen og 29 i interventionsgruppen. En sammenligning af de 14 patienter, som ikke deltog, med de 61 deltagere viste ingen forskel på køn og alder, og om patienten boede alene. Patienterne blev inkluderet uanset alder og funktionsniveau. Patienter, der ikke kunne tale dansk eller pga. psykisk eller mentalt handicap blev vurderet til ikke at kunne deltage i undersøgelsen, blev ekskluderet.

Dataindsamling og målinger

Dataindsamlingen var for størsteparten baseret på selvudfyldte, standardiserede og validerede spørgeskemaer (se figur 1 herunder).

Undersøgelens primære effektmål var self-efficacy. Til måling af generel self-efficacy blev den validerede skala The Generalized Self-efficacy Scale (GSES) anvendt (14). Skalaen måler optimistisk tro på sig selv og oplevet copingkompetence. Generel self-efficacy refererer til en generel tillid til at cope på tværs af en række krævende situationer. I skalaen indgår 12 udsagn som f.eks. ”Jeg kan løse de fleste problemer, hvis jeg vil,” med følgende svarkategorier ”Aldrig, Som regel, Sjældent, Aldrig.”

Patienttilfredshed var et andet effektmål. Her blev nogle af spørgsmålene fra den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse af sygehuse i 2000 brugt (15). Der blev endvidere formuleret supplerende spørgsmål om tilfredshed rettet mod undervisningen.

Til måling af fysisk, psykisk og social funktion blev spørgeskemaet Short-Form-36 (SF-36) anvendt. Det måler generel helbredsstatus f.eks. i befolkningsundersøgelser.

Der indgår 36 spørgsmål i spørgeskemaet, som samles til en profil bestående af otte helbredsdimensioner (16), hvoraf de tre ovennævnte indgik i nærværende undersøgelse. SF-36 blev suppleret med specifikke mål for funktionsniveau (funktionsniveau under indlæggelse, daglig trænetid, anvendelse af hjælpemidler, aktuelle gangred-

skab og alene på gaden). Endvidere blev indlæggelsestiden målt.

Intervention

Interventionen bestod af et to timers tværfagligt undervisningsprogram, der blev afviklet ca. to uger inden operationen. Ved hver undervisningsseance var der fire-fem patienter samt deres eventuelle pårørende til stede.

Formålet med undervisningsprogrammet var at forberede patienterne til operations- og genoptræningsforløbet samt at styrke deres tro på, at de selv havde indflydelse på genoptræningen og som følge heraf også på det samlede behandlingsresultat. Styrkelse af patienternes tro på, at de kunne gennemføre operation og genoptræning (self-efficacy), blev integreret i undervisningen. En sygeplejerske gennemgik genoptræningens indhold samt indlæggelsesforløbet. En fysioterapeut gennemgik de bevægerestriktioner, patienten skal følge efter operationen, og instruerede i forflytninger samt i anvendelse af gangredskaber. Endvidere guidede en ergoterapeut i brug af forskellige hjælpemidler, der anvendes ved personlig hygiejne. Den mundtlige information blev suppleret med en skriftlig patientvejledning, hvor de enkelte dage i indlæggelsesforløbet med en tidsplan for mobilisering, genoptræning og udskrivelse var beskrevet. Ved undervisningens afslutning fik patienterne mulighed for at låne gangredskaber og hjælpemidler med hjem for at træne inden indlæggelsen.

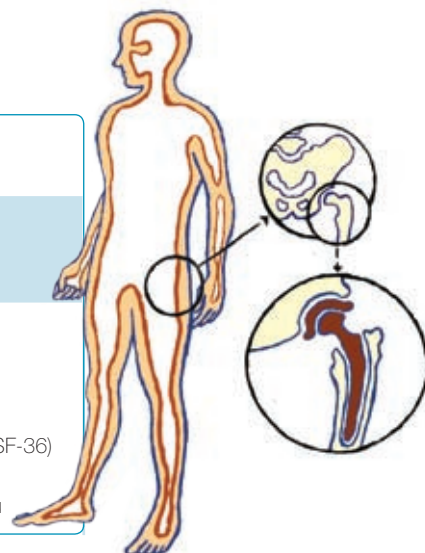
Patienterne i kontrolgruppen modtog afdelingens sædvanlige information, som bestod af en skriftlig patientvejledning suppleret med mundtlig information.

Dataanalyse

Data blev indtastet og bearbejdet i statistikprogrammet SPSS version 10.0. Grupperne blev sammenlignet, og forskelle i effekt over tid blev testet med nonparametriske statistiske analysemetoder. For samtlige beregninger blev p-værdier < 0,05 anset for at være statistisk signifikante.

»» FIGUR 1. OVERSIGT OVER TIDSPUNKT FOR OG INDHOLD AF DATAINDSAMLINGEN

To uger inden operationen (baseline)	Ved og under indlæggelsen (1. followup)	Fem uger efter operationen (2. followup)
Spørgeskema: <ul style="list-style-type: none"> • Demografiske data • Generel self-efficacy • Fysisk funktion (SF-36) • Psykisk velbefindende (SF-36) • Social funktion (SF-36) 	Spørgeskema: <ul style="list-style-type: none"> • Generel self-efficacy • Patienttilfredshed Registrering: <ul style="list-style-type: none"> • Specifikt funktionsniveau • Indlæggelsestid 	Spørgeskema: <ul style="list-style-type: none"> • Generel self-efficacy • Patienttilfredshed • Fysisk funktion (SF-36) • Psykisk velbefindende (SF-36) • Social funktion (SF-36) • Specifikt funktionsniveau



Etiske overvejelser

Datatilsynet gav tilladelse til undersøgelsens gennemførelse. De Videnskabetiske Komitéer for Københavns og Frederiksberg Kommuner havde intet at indvende imod undersøgelsens gennemførelse. Der blev givet accept til gennemførelse af undersøgelsen fra afdelingsledelsen ved Ortopædkirurgisk afdeling M, HS Bispebjerg Hospital.

Deltagerne i undersøgelsen blev informeret både mundtligt og skriftligt om, at deltagelsen var anonym og frivillig.

Resultater

100 pct. af patienterne udfyldte spørgeskemaerne ved baseline, 98,5 pct. ved 1. followup og 94 pct. ved 2. followup.

Baseline

Respondenternes gennemsnitsalder i kontrol- og interventionsgruppen var henholdsvis 73 og 72 år. Der deltog flest kvinder i undersøgelsen. Hovedparten havde gået i skole i mindre end eller i syv år (29 ud af 59). De fleste havde ingen eller en faglig uddannelse (46), og 13 havde en mellemlang eller lang videregående uddannelse. 43 var alderspensionister, og lidt over halvdelen (33) boede alene (se tabel 1 side 51).

Der var ingen forskel mellem grupperne for generel self-efficacy.

For helbredsdimensionen "social funktion" var der en statistisk signifikant forskel mellem grupperne, idet interventionsgruppen oplevede færre begrænsninger i sociale aktiviteter på grund af helbredsproblemer end kontrolgruppen. En statistisk analyse viste, at dette ikke havde nogen indflydelse på resultatet.

Signifikante fund

Signifikant flere i interventionsgruppen end i kontrolgruppen oplevede sig bedre forberedt inden indlæggelsen, på genoptræningen og på brug af hjælpemidler (se tabel 2 side 54).

Endvidere kom respondenterne i interventionsgruppen hurtigere alene på gaden end kontrolgruppen (se tabel 3 side 55).

Øvrige fund (Data ej vist)

Patienternes self-efficacy blev styrket fra baseline til 1. followup, denne stigning var statistisk signifikant i både kontrol- og interventionsgruppen.

Patienterne opnåede en forbedret fysisk funktion fra baseline til 2. followup, men stigningen var ikke forskellig mellem de to grupper.

Et specifikt mål for funktionsniveau fem uger efter operationen var daglig trænetid. Der var en tendens til, at interventionsgruppen trænede lidt længere tid end kontrolgruppen, således trænede 12 i interventionsgruppen mindst en time hver dag mod seks i kontrolgruppen, forskellen var ikke signifikant.

Indlæggelsestiden var ens i de to grupper, knap 14 dage.

Diskussion

Den høje deltager- og svarprocent samt de få manglende data er en af undersøgelsens styrker.

Undersøgelsens design, et klinisk kontrolleret studie, blev svækket af, at respondenterne i kontrol- og interventionsgruppen blev inkluderet over to adskilte tidsperioder uden randomisering. Man kan ikke udelukke, at der var indtrådt ændringer i praksis i forbindelse med patienternes visitation, indlæggelse og operation, men så vidt vi ved, har det ikke været tilfældet i denne undersøgelse.

I opgørelsen af resultaterne har undersøgerne ikke været blinde over for, hvilke patienter der indgik i hvilken gruppe.

Risikoen for bias som resultat af, at vi selv foretog dataindsamling og dataanalyse, blev mindsket ved at føre logbog over fortolkning af data.

Undersøgelsens signifikante fund

Det er ikke overraskende, at der blev opnået høj tilfredshed på de spørgsmål, der var målrettet indholdet i undervisningen (forberedelse inden indlæggelsen, genoptræning og hjælpemidler). Disse områder indgik ikke rutinemæssigt i den information, patienterne i kontrolgruppen modtog inden operationen.

Væsentlige prædiktorer for høj tilfredshed har vist sig at være alder og uddannelse, idet ældre patienter og patienter med lavere uddannelse vurderer sundhedsvæsenets ydelser mest positivt (17). Baselineundersøgelsen viste, at respondenterne i denne undersøgelse var ældre, og størsteparten havde en lavere uddannelse.

Forklaringen på, at flere i interventionsgruppen kom hyppigere alene på gaden, kan være, at respondenterne i interventionsgruppen havde haft mulighed for at blive fortrolige med deres gangredskab inden indlæggelsen med mindsket angst til følge.

Undersøgelsens øvrige fund

Patienternes self-efficacy blev styrket, men der var ingen forskel mellem grupperne. Øgningen i self-efficacy tilskriver vi forløbet og ikke interventionen. Forklaringen kan være, at undervisningen kun var af to timers varighed og blev afviklet præoperativt løsrevet fra den øvrige information, der blev tilbudt under indlæggelsen.

Et amerikansk studie fra 1998 viste, at interventionsgruppen opnåede en højere self-efficacy, efter at patienterne havde modtaget et undervisningsprogram med fokus på empowerment, end kontrolgruppen, der fik den traditionelle præoperative undervisning (8). Undersøgelsen viste, at undervisningsmetoden havde betydning. Patienterne i interventionsgruppen blev aktivt involveret i undervisningen og var med til at identificere problemer og behov for undervisning, mens underviseren fungerede som ressourceperson. Interventionen i vores undersøgelse var mere formidlende og aktiverede og ansvarliggjorde ikke patienterne på samme måde.

Endvidere anbefaler *Albert Bandura*, at undervisningsformen tilpasses patientens grad af self-efficacy (13). ■

» Holdundervisning, som vi valgte som undervisningsform, synes derfor ikke at være hensigtsmæssig, da der ikke var mulighed for at differentiere undervisningen ud fra patienternes grad af self-efficacy.

Patienterne opnåede en forbedret score på fysisk funktion, men der var ingen forskel mellem grupperne. Fysisk funktion blev målt fem uger efter operationen, og resultatet må siges at være meget tilfredsstillende, skønt det ikke kan tilskrives undersøgelsens intervention. I andre studier har man først fundet en fremgang i fysisk funktion efter tre-seks måneder (18, 19).

En effekt på alle tre helbredsdimensioner i SF-36 kræver formodentlig, at patienten genvinder sine funktioner over tid eller kræver en mere slagkraftig intervention, som støtter op om en styrkelse af de tre helbredsdimensioner under hele patientforløbet og ikke kun præoperativt.

Undervisningen havde ingen indflydelse på indlæggelsestiden. Dette dokumenterer, at der sandsynligvis skal

større ændringer end et undervisningsprogram til for at nedbringe indlæggelsestiden (se boks 1 side 50).

Aktivér patienterne

Denne undersøgelse dokumenterer, at præoperativ undervisning rettet mod at styrke self-efficacy kan øge patienttilfredsheden og forbedre funktionen "at komme alene på gaden" blandt patienter, der får indsat en kunstig hofte.

Undersøgelsen indikerer også, at en mere patientaktiverende indsats end i denne undersøgelse er nødvendig for at sikre en effekt på indlæggelsestiden, på patienternes tro på, at de kan gennemføre genoptræningsforløbet og på patienternes fysiske, psykiske og sociale funktion.

*Pernille Faurschou er ansat i Sygeplejerskeuddannelsen København, CVU Øresund, perfaur@hotmail.com
Birgit Villadsen er ansat på Bispebjerg Hospital.*

»» TABEL 2. PATIENTTILFREDSHED VED INDLÆGGELEN OG FEM UGER EFTER OPERATIONEN

	1. followup			2. followup		
	Kontrolgruppe n (%)	Interventionsgruppe n (%)	p-værdi ^a	Kontrolgruppe n (%)	Interventionsgruppe n (%)	p-værdi ^a
Hvordan forberedt inden indlæggelsen	n=30	n=28		n=28	n=28	
• i meget høj grad	19 (63 %)	8 (29 %)	0,02*	4 (14 %)	7 (25 %)	0,03*
• i høj grad	11 (37 %)	14 (50 %)		10 (36 %)	15 (54 %)	
• i nogen grad		6 (21 %)		13 (46 %)	6 (21 %)	
• i ringe grad				1 (4 %)		
Godt forberedt på genoptræning	n=31	n=29		n=29	n=29	
• i meget høj grad	2 (6 %)	8 (28 %)	<0,01*	2 (7 %)	5 (18 %)	0,03*
• i høj grad	13 (42 %)	18 (62 %)		11 (38 %)	14 (50 %)	
• i nogen grad	12 (39 %)	2 (7 %)		9 (31 %)	8 (29 %)	
• i ringe grad	4 (13 %)	1 (3 %)		7 (24 %)	1 (3 %)	
Godt forberedt på hjælpemidler	n=31	n=29		n=29	n=28	
• i meget høj grad	2 (6 %)	9 (31 %)	<0,01*	4 (14 %)	5 (18 %)	<0,01*
• i høj grad	12 (39 %)	17 (59 %)		6 (21 %)	17 (61 %)	
• i nogen grad	10 (32 %)	3 (10 %)		11 (38 %)	6 (21 %)	
• i ringe grad	7 (23 %)			8 (27 %)		

^a Mann-Whitney test

* p ≤ 0,05

TABEL 3. ALENE PÅ GADEN FEM UGER EFTER OPERATIONEN

	Total n (%)	Kontrolgruppe n (%)	Interventions- gruppe n (%)	p-værdi
Alene på gaden		n=29	n=28	
Ja	40 (70 %)	17 (59 %)	23 (82 %)	0,05 ^{a*}
Nej	17 (30 %)	12 (41 %)	5 (18 %)	

^a Fisher's Eksakte test

* $p \leq 0,05$

Aase og Ejnar Danielsens Fond, Lundbeckfonden, og Søster Marie Dalgaard's Fond har velvilligt bidraget med økonomisk støtte til projektets gennemførelse.

Litteratur

- Gammon J, Mulholland CW. Effect of preparatory information prior to elective total hip replacement on post-operative physical coping outcomes. *Int J Nurs Stud* 1996; 33(6):589-604.
- Spalding NJ. A Comparative Study of the Effectiveness of a Preoperative Education Programme for Total Hip Replacement Patients. *Br J Occup Ther* 1995; 58(12):526-31.
- Gahimer JE, Forsyth E, Domholdt E, Lewis MN, Corbin KE, Rosier T. A retrospective Study on the Effectiveness of Preoperative Patient Education on Postoperative Outcomes and Efficiency of Care in Patients Undergoing Total Hip Arthroplasty. *Issues Aging* 1996; 19(1):10-3.
- Grissom SP, Dungan L. Improved Satisfaction During Inpatient Rehabilitation After Hip and Knee Arthroplasty. A Retrospective Analysis. *Am J Phys Med Rehabil* 2001; 80:798-803.
- Doering S, Katzlberger F, Rumpold G, Roessler S, Hofstoetter B, Schatz DS et al. Videotape Preparation of Patients before Hip Replacement Surgery Reduce Stress. *Psychosom Med* 2000; 62:365-73.
- Le Quintrec JS et al. Positive effect of patient education for hip surgery. *Clin Orthop Relat Res* 2003;414:112-20.
- McDonald S, Hetrick S, Green S. Pre-operative education for hip or knee replacement (Review). *The Cochrane Collaboration* 2004;(4):1-23.
- Pellino T, Tluczek A, Collins M, Trimborn S, Norwick H, Engelke ZK et al. Increasing Self-Efficacy through Empowerment: Preoperative Education for Orthopaedic Patients. *Orthop Nurs* 1998; 17(4):54-9.
- Lichtenstein R, Semaan S, Marmar EC. Development and Impact of a Hospital-based Perioperative Patient Education Program in a Joint Replacement Center. *Orthop Nurs* 1993; 12(6):17-46.
- Wong J, Wong S. A randomized controlled trial of a new approach to preoperative teaching and patient compliance. *Int J Nurs Stud* 1985; 22(2):105-15.
- Lucht U. Primær totalhoftalloplastik, Et referenceprogram. Dansk Ortopædisk Selskab, 1999.
- Villadsen B, Faurshou P. Evaluering af et præoperativt undervisningsprogram til patienter, der får indsat en kunstig hofte. Institut for Folkesundhedsvidenskab. Københavns Universitet 2003.
- Bandura A. Social foundations of thought and action: A social and cognitive theory. New Jersey: Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall, 1986.
- Schwarzer R. Measurement of perceived Self-efficacy: Psychometric Scales for Cross-Cultural Research. 1-14. 1993. Berlin, Freie Universität Berlin, Institut für Psychologie.
- H:S Direktionen. Udtræk af den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse – fokus på H:S Hospitaler. København. H:S Direktionen, 2001.
- Bjørner J, Damsgaard M, Watt T, Bech P, Rasmussen NK, Kristensen TS et al. Dansk Manual til SF-36. Et spørgeskema om helbredsstatus. Lægemiddelindustriforeningen, 1997.
- Hall J, Dornan M. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med* 1990; 30(7):811-8.
- Mangione C et al. Health-Related Quality of Life After Elective Surgery. *J Gen Intern Med* 1997; 12:686-97.
- Nilsdotter A, Roos E, Roos HP, Lohmander L. Comparative Responsiveness of Measurement of Pain and Function After Total Hip Replacement. *Arthritis Care Res* 2001; 45:258-62.

ENGLISH ABSTRACT

Faurshou P, Villadsen B. Effects of patient training. *Sygeplejersken* 2007;(6):50-5.

In Denmark several initiatives have been undertaken in order to improve the outcome for patients undergoing a total hip replacement. Emphasis has been on hospitalisation, whereas the importance of systematically improving preoperative care has been somewhat neglected.

To evaluate the effect of a preoperative training programme for hip replacement patients 32 patients received preoperative training. They were compared to 29 controls. Effect was measured by questionnaires concerning self-efficacy, patient satisfaction, self-evaluated health as well as specific measures of functional capacity and length of stay.

Patient satisfaction as well as the proportion of patients able to walk outdoors five weeks postoperatively improved. Self-efficacy and the physical function improved in both groups with no difference between the groups.

Conclusions: Preoperative training targeted at improving self-efficacy increases satisfaction in patients undergoing scheduled hip replacement. Furthermore, a higher proportion of the intervention group was able to walk outside five weeks postoperative.

Key words: Preoperative-training, self-efficacy, hip replacement, patient satisfaction, SF-36.

Børn er aldrig eneansvarlige for deres overvægt

AF MARIA DUE, SYGEPLEJERSKE

Artiklen henvender sig til sundhedsplejersker. Hovedbudskabet er, at børn på ingen måde er eneansvarlige for deres overvægt. Sundhedsplejerskens vigtigste værktøj i sundhedsvejledning af barnet er at medinddrage barnets egen oplevelse af overvægt. Artiklen er udarbejdet på baggrund af forfatterens bachelorprojekt.

Sundhedsplejersker er blevet kritiseret for at overse de overvægtige børn. Kritikken går på, at sundhedsplejersker er berøringsangste, da de mangler værktøjer til at imødekomme problemerne (1). Ud fra en analyse af overvægtige børns egne beretninger om, hvordan det er at være overvægtig, vil jeg i denne artikel præsentere idéer til, hvorledes sundhedsplejersker kan opnå en øget forståelse og handlekompetence i mødet med det overvægtige barn. Artiklen bygger på undersøgelser foretaget i forbindelse med Bachelorprojektet "Oplevelsen af overvægt" (2).

Nødvendigt at bryde tabu

Undersøgelser viser, at børn alt for sjældent bliver hørt, når årsager til et bestemt sundhedsproblem bliver forklaret, og når der foretages beslutninger om deres sundhed (3).

Bogen "Overvægt" fra 2006, hvor 21 børn og unge beretter om at være overvægtig, bekræfter dette (4). Bogens idé er, at børnene med deres fortællinger forhåbentlig kan bryde et tabu og dermed vise andre – børn som voksne – hvordan livet som overvægtig er. Børnene har fået frie rammer til at fortælle om deres liv som overvægtige, og resultatet er blevet 21 meget forskellige fortællinger. Fortællingerne inspirerede mig til at undersøge, hvilken forståelsesramme og hvilke værktøjer sundhedsplejersker kan bruge i sundhedsvejledningen af det overvægtige barn. Et af projektets konklusioner er, at sundhedsplejerskers vigtigste værktøj er at lytte til børnenes egne oplevelser af overvægt, da disse bedst kan vise, hvilken hjælp barnet har brug for.

Metode

I analysen valgte jeg at anskue overvægt ud fra en bred samfundsmedicinsk livsstilsmodel, som den fremstilles hos *Iversen* m.fl. (5, p. 211). I den model forklares et menneskes livsstil ud fra levevilkår, sociale strukturer og politiske og økonomiske forhold. Som teoretisk ramme i min analyse har jeg derfor valgt at inddrage sociologen *Pierre Bourdieus* teori om dannelse af habitus, da hans teori parallelt med de samfundsmedicinske modeller for-

klarer livsstil ud fra en bred årsagssammenhæng af sociale omstændigheder (se boks 1 side herunder).

I projektet udvalgte jeg 12 af de 21 beretninger som empirisk materiale. Disse blev valgt ud fra det kriterium, at de er skrevet af børn fra 4.-8. klasse. To af beretningerne er skrevet af lidt ældre børn, men er medtaget alligevel, da de beskriver forholdsvis meget om netop denne periode i børnenes liv. Min afgrænsning i forhold til perioden 4.-8. klasse skal ses i den sammenhæng, at der er et særligt behov for at udvikle en forståelse for børn i den aldersgruppe, da der ifølge sundhedsplejerskernes retningslinjer bør fokuseres på emner som sundhedsvaner og livsstil i sundhedssamtalen fra netop 4.-8. klasse (6).

Undersøgelsesspørgsmål

Projektet forsøger at afdække børnenes egne forklaringer på

- 1) årsagerne til deres overvægt
- 2) hvad der skal til, for at de kan tabe sig
- 3) hvilken hjælp de har behov for

med det formål at afdække, hvilke aspekter der kan øge sundhedsplejerskens forståelse og handlekompetence i det sundhedsfremmende arbejde blandt overvægtige børn. Begreber og udsagn fra de udvalgte beretninger er kategoriseret efter de ovennævnte tre spørgsmål.

Med hensyn til yderligere beskrivelse af metode, analyse og overvejelser i forhold til fortællinger (narrativer) i en forskningsmæssig metodesammenhæng (7) henvises til projektet. Det skal dog fremhæves, at det ikke er muligt at opstille generelle hypoteser og konklusioner på baggrund af det begrænsede datamateriale, jeg har anvendt. Børnene er ikke tilfældigt udvalgt og er ikke repræsentative for samtlige overvægtige børn i Danmark. Jeg har dokumenteret eksistensen af nogle fænomener, men har ikke kunnet konkludere noget om hyppigheden eller repræsentativiteten.

Støtte og miljø afgørende

I min analyse af fortællingerne, der har afsæt i sociologen *Pierre Bourdieus* begrebsapparat habitus, felt og kapital,

))) BOKS 1. HABITUS IFØLGE BOURDIEU

Ifølge *Bourdieu* er *habitus* summen af alle de objektive livsvilkår og sociale omstændigheder, der er gældende for den enkelte person (8). *Habitus* er princippet bag handlinger, valg og meninger og kan sammenlignes med identiteten. Denne *habitus* skal forstås som et system af varige og transponerbare dispositioner, der ved at integrere alle tidligere erfaringer til enhver tid fungerer som en oplevelses-, en vurderings- og en handlingsskabelon. De specifikke karakteristika omsættes derfor til en samlet livsstil via *habitus*. Overvægt hos børn kan forklares ud fra deres livsstil, og denne livsstil er altså blevet dannet via *habitus*.



VÆGT/HØJDE

hvor habitus er summen af alle de objektive livsvilkår og sociale omstændigheder, der er gældende for den enkelte person (8), fremkommer det, at børnene primært forklarer årsagen til deres overvægt med uhensigtsmæssige mad- og motionsvaner. Men analysen ud fra Bourdieu viser, at disse vaner kan forstås som produkter af en bestemt habitus, som dermed gør årsagsmodellen mere kompleks. Mange forskellige forhold påvirker nemlig dannelsen af habitus. Børnene nævner selv familien som et væsentligt felt, da familien – og helt overvejende forældrene – danner rammerne for, hvilken mad der bliver serveret, og hvilke motionsvaner der eksisterer. Men Bourdieu skriver, at også sociale strukturer og livsbetingelser påvirker dannelsen af habitus. Det kan eksempelvis være det fysiske miljø i skolen. Står der f.eks. sodavandsautomater på hvert hjørne, ligger der en kiosk i tæt afstand fra skolen, indbyder skolegården ikke til leg, eller er antallet af idrætstimer skåret væk, kan disse strukturer fastholde børnene i et uheldigt vanemønster. Det er derfor afgørende vigtigt, at de sociale strukturer fremmer de rammer, der bevirker en sund livsstil.

Barnet bør aldrig blive eneansvarligt

Af børnenes beretninger kan man udlede, at børnene aldrig bør stilles ene til regnskab for deres overvægt, ligesom de bedste resultater med vægttab ifølge børnene opnås ved »

”Sundhedsplejersken lagde altid et stykke papir for at forlænge akserne med vægt og på denne måde illustrere, hvor langt uden for normalområdet jeg lå.”

))) BOKS 2. DET ÅBNE SUNDHEDSBEGREB

Det åbne sundhedsbegreb præsenteres af mag.art., ph.d. *Steen Wackerhausen* (14). Begrebet indebærer, at sundhed ikke skal opfattes som et fundamentalt begreb, men skal ses i en subjektiv sammenhæng, hvor det enkelte individ selv skal definere, hvad sundhed er for dette. Dette betyder i sundhedsfremmende praksis, at individet selv skal afklare egne mål og værdier, og at den professionelle skal hjælpe i denne proces ved at identificere og styrke ressourcer hos personen. Begrebet anvendes også hos andre forfattere med betegnelser som et bredt sundhedsbegreb eller et humanistisk sundhedsbegreb.



”Sundhedsplejersken ligger inde med brugbar og vigtig viden om, hvad der skal ske af ændringer, før barnet taber sig, men hun må forsøge at gøre denne viden efterspurgt i stedet for at moralisere.”

» støtte, ændringer og interventioner i børnenes lokalmiljø. Nogle af børnene har således forsøgt at tabe sig – nogle med held, andre uden. Og når de beskriver, hvad der skal til for, at de kan tabe sig, fremhæver de eksempelvis støtte fra familien, indlevelse og forståelse fra sundhedsplejersken og initiativer og projekter i det lokale miljø. Et barn, der havde held med vægttab, skriver f.eks.: ”Det er også vigtigt at have en familie, der styrker én, og det gør min. Det er jeg glad for. Mine forældre laver den rigtige mad og gemmer slik væk, så jeg ikke bliver fristet” (4, p. 109).

Et andet barn skriver derimod: ”Det var svært at holde vægten nede, for hverken min mor eller jeg var særlig gode til at holde fast på vores ændrede madvaner” (4, p. 118).

Flere børn oplever også tilbagefald efter et ophold på et Julemærkehjem. Et barn beskriver det således: ”Da jeg så kom hjem, tog jeg det hele på igen, fordi vi ikke havde fået information nok om, hvordan jeg skulle holde vægten nede (...) Det er umuligt at nå at lave så meget motion om dagen, som man gør på et Julemærkehjem, så jeg har det lidt, som om det ikke hjælper så meget. Jo, lige når man er der, men ikke når man så kommer hjem igen” (4, p. 110).

Ændringer og tilpasninger i barnets nære miljø er altså særlig vigtigt at have i fokus, hvis et barn skal have held med at opretholde et vægttab eller med at tabe sig; da det er livsvilkår og strukturer i dette miljø, der primært danner barnets habitus.

Fri for overvågning og fordømmelse

En undersøgelse af sundhedsplejen i Københavns Kommune viser, at børn generelt er glade for et besøg hos

sundhedsplejersken. Besøget opleves som et frirum, da der ikke forekommer nogen form for overvågning og bedømmelse. Sundhedsplejersken betragtes som en slags psykolog, de kan fortælle andre ting til end læreren. Det positive forhold til sundhedsplejersken er betinget af, at sundhedsplejersken ikke fortæller ting videre, og at børnene ikke føler sig udstillet over for kammeraterne (9).

Dette positive resultat er ikke helt i overensstemmelse med beretningerne fra bogen ”Overvægt,” hvor overraskende få børn fortæller om gode oplevelser hos sundhedsplejersken. Flere af børnene fortæller om besludt dårlige oplevelser, hvor de har fået deres vægt indtegnet i et skema som en demonstration af, hvor meget de vejer mere end andre.

En ung pige skriver: ”Ikke nok med, at hun skulle veje mig, men jeg skulle også have min vægt puttet ind i et skema, hvor jeg på forhånd vidste, at min vægt ikke kunne indplaceres. Hun lagde derfor altid et stykke papir for at forlænge aksen med vægt og på denne måde illustrere, hvor langt uden for normalområdet jeg lå. I dag har jeg svært ved at forstå, at det var den måde, sundhedsplejersken mente, at børn skulle motiveres til et vægttab” (4, p. 38).

Et barn skriver, at han ikke bryder sig om, at andre (i den sammenhæng taler han om speciallægen, sundhedsplejersken og diætisten) skal kontrollere hans vægt og dermed minde ham om, at han er overvægtig. Et andet barn beretter, at han ikke vil have sit liv sat i skema. Han vil have lov til at være, som han er.

Analysen af børnenes beretninger peger her på, at børn, der i forvejen har det dårligt med sig selv, kan opfatte vægtkontrollen som et signal om, at de ikke er gode nok, som de er. De fleste børn giver endvidere udtryk for, at de gerne vil hjælpes, men på en diskret og forstående måde. Hvis de kun hører, at de vejer for meget, og at der skal gøres noget, øger det deres modløshed og dårlige selvværd. Børnenes fortællinger peger på, at de vil indtages i løsningsmuligheder i stedet for at få udstukket nogle retningslinjer, de bør leve efter. Hvis et barn skal motiveres til vægttab, er det derfor vigtigt, at det er barnet selv, der peger på overvægten som værende et problem, og ikke sundhedsplejersken eller andre, der konfronterer barnet på en bedreviddende og moraliserende måde, uden først at lytte til barnets egen oplevelse.

Ikke alle børn oplever overvægt som et problem

Børnenes oplevelser af overvægtens årsager og konsekvenser er meget forskellige, hvilket leder hen til den anden slutning. Ikke alle børn oplever overvægten som et problem, og de føler sig derfor provokerede af andres (ofte sundhedsplejerskens) negative holdning til deres vægt.

Som *Anders Lindelof* konkluderer i sin undersøgelse af overvægtige børn og deres forældres oplevelse af barnets overvægt, kommer disse børn sandsynligvis ikke til at få bugt med overvægten, før de selv oplever, at den er et problem for dem (10). Det samme ses i analysen af bør-

»»» BOKS 3. DU BESTEMMER

Du bestemmer-metoden er udviklet i Sverige i 1986 ledet af psykolog *Elisabeth Arborelius* (13). Hensigten med metoden er at hjælpe elever til at klargøre deres eget forhold til sundhed og drage konsekvenser af dette. Metoden er i udgangspunktet udviklet til børn i 9. klasse. Metoden bliver gennemført som gruppesamtaler om de mere generelle forhold og som individuelle samtaler om konkrete situationer i børnenes liv. Metoden består af mange forskellige arbejdsark til gruppesamtalerne og til de individuelle samtaler, hvor der både skal skrives og tegnes. Derudover forefindes også evalueringsark til sundhedsplejersken.

Resultater af metoden i Sverige viser, at elever har gjort markant fremskridt i forhold til:

- afklaring af egen opfattelse af begrebet sundhed
- adfærdspåvirkning
- oplevelsen af at kunne påvirke omverdenen i stedet for at være prisgivet tilfældighederne
- deres selvopfattelse.

nenes beretninger. Hovedparten af de børn, der har held med at tabe sig, taber sig på grund af en indre motivation, og ikke fordi sundhedsplejersken siger, de skal. Dette understreger vigtigheden af, at sundhedsplejersken arbejder ud fra et åbent sundhedsbegreb (se boks 2 side 57), hvor barnet i udgangspunktet selv skal definere, hvad sundhed er.

Der vil selvfølgelig være børn, der ikke har nok selverkendelse og indsigt til at kunne definere, hvad der skal til, for at de lever et sundt liv. Og hos disse børn kræver det et større indgreb fra sundhedsplejerskens side, hvilket også bliver diskuteret i projektet. Sundhedsplejersker kan komme til at handle ud fra deres egne behov og mål, og ikke barnets. Dette kan være problematisk, da barnet så ikke føler sig forstået og lyttet til. Barnet vil samtidig også have større motivation for at arbejde med et sundhedsproblem, hvis det er barnet selv, der har bragt det frem. En idé lykkes som bekendt bedst, hvis det er ens egen.

Forståelse og handlekompetence

Der er ingen tvivl om, at sundhedsplejersken er en vigtig brik i kampen mod overvægt blandt børn. Men skal sundhedsplejersken imødekomme og hjælpe et overvægtigt barn, er to væsentlige slutninger i projektet, at hun for det første må operere ud fra en bred forståelse for de forhold, der kan influere på, om et barn er overvægtigt. Og for det andet må sundhedsplejersken tage udgangspunkt i det enkelte barns subjektive fortælling.

Med hensyn til det første er habitusbegrebet relevant, da habitus forklarer en given årsagssammenhæng til et barns overvægt som kompleks. Når overvægt forstås i dette perspektiv, fratages barnet også eneansvaret for overvægten og lettes bl.a. for en negativ holdning om, at det bare kan tage sig sammen. En holdning, overvægtige børn ofte mødes med (11). Hvis barnet bliver eneansvarligt for sin overvægt, risikeres det, at barnet ikke kan få bugt med de dårlige vaner, da andre forhold såsom handlemønstre i familien, strukturer i skolen, lokalmiljøet osv. også har en væsentlig indflydelse på, om et vægttab hos det enkelte barn vil lykkes.

Sundhedsplejersken ligger inde med brugbar og vigtig viden om, hvad der skal ske af ændringer, før barnet taber sig, men hun må forsøge at gøre denne viden efterspurgt i stedet for at moralisere. Dette er vigtigt i det sundhedsfremmende arbejde. Budskabet skal ikke bare sendes til modtageren, men skal kobles til modtagerens færdigheder, holdninger og følelser (12). Ved at spørge til det enkelte barns idéer om et sundt liv og vise, at det er barnet, der bestemmer, signalerer sundhedsplejersken, at barnet har en del af ansvaret for sin egen sundhed. I et sådant forum vil der være større chance for, at barnet er motiveret for at spørge sundhedsplejersken til råds.

Du bestemmer-metoden

Et kommunikationsredskab til mødet med det overvægtige barn kan være metoden "Du bestemmer," der tager udgangspunkt i et subjektivt og åbent sundhedsbegreb

(13,14) (se boks 3 side 58). I metoden er det barnet selv, der skal definere, hvad sundhed er, og de professionelle handlinger tager udgangspunkt i dette. Eksempelvis skal barnet fortælle om nogle af de ting, der gør, at barnet får det henholdsvis godt og dårligt. Derefter skal barnet udvælge et problem, det gerne vil arbejde med. Barnet skal formulere et mål og forsøge at komme med nogle løsningsforslag. Et vigtigt princip er, at sundhedsplejersken skal have respekt for det emne, barnet ønsker for samtalen, og hun skal afholde sig fra at styre samtalen eller komme med for mange forslag. Det interessante ved Du bestemmer-metoden er, at selvom børnene måske ikke nævner vægttab som et mål, har det vist sig, at den proces, de gennemgår ved metoden, indebærer, at de får en model for en strategi, som de siden selv kan generalisere og anvende på andre områder (13).

Lyt til børnene

Sundhedsplejersken er altså en vigtig ressource og har en oplagt rolle i forhold til at møde børnene i deres lokalmiljø. Generelt møder børnene sundhedsplejersken med

"Generelt møder børnene sundhedsplejersken med stor tillid og ærlighed, men hvis denne tillid skal bevares hos de overvægtige børn, kræver det, at sundhedsplejersken udviser forståelse for de komplekse forhold, overvægt kan skyldes."

stor tillid og ærlighed, men hvis denne tillid skal bevares hos de overvægtige børn, kræver det, at sundhedsplejersken for det første udviser forståelse for de komplekse forhold, overvægt kan skyldes. Dette kan bl.a. betyde, at sundhedsplejersken med sin faglige viden må blande sig i lokalpolitiske strukturreformer og kæmpe for rammer, der støtter børn i en sund adfærd.

For det andet kræver det, at sundhedsplejersken lytter til børnenes subjektive oplevelser af de sundhedsproblemer, de måtte have. Børn har mange meninger om, hvad der skal til for at forbedre deres sundhed, og vil gerne gøre en indsats selv, hvis de bare må være med til at bestemme.

Maria Due arbejder på Børneafdeling L 203, Gentofte Amtssygehus.

Bachelorprojektet "Oplevelsen af overvægt" som danner baggrund for denne artikel, kan fås hos forfatteren ved henvendelse til maria.due@gmail.com

Litteratur

1. Troelsen M: Sundhedsplejersker overser tykke børn. Sygeplejersken 2005/7; p.10-14
2. Due M: Oplevelsen af overvægt – sundhedsplejerskens sund-

- >>> hedsfremmende arbejde i mødet med det overvægtige barn. H:S Sygeplejerskeuddannelsen 2006.
- 3. Kalnins I. Children empowerment and health promotion. UK: Health Promotion International 1992; (7/1); p.53-59.
- 4. Ørntoft JK, Madsen B. Overvægt – 21 børn skriver om at være overvægtig. Kroghs Forlag; 2005.

>>> ENGLISH ABSTRACT

Due M. Children are never solely responsible for their obesity. *Sygeplejersken* 2007;(6):56-60.

Selected children's accounts from the book "Obesity" (Overvægt) by Ørntoft JK and Madsen B was the background for an analysis of how health visitors' understanding of competence to act can be improved in their work with obese children. The conclusion was, among things, that health visitors must evince a broad understanding of the complex reasons for obesity in children. Children do not bear sole responsibility for their obesity. Social structures and living conditions, for example, are of great importance since they form the framework of healthy behaviour. At the same time, the health visitor's most important tool is listening to children's own accounts of obesity. Health visitors must use this as the basis for their dialogue with children. By doing so she shows respect and understanding and will thus experience greater confidence and motivation on the part of the individual child. The so-called "It's up to you" method can prove appropriate communication tool when working with obese children.

Key words: Obesity, children, bodily appearance / constitution, "It's up to you."

- 5. Iversen L et al.: Medicinsk sociologi – samfund, sundhed og sygdom. Munksgaard; 2002.
- 6. Retningslinier nr. 15082 af 31. december 1995. Retningslinier for forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. København: Sundhedsstyrelsen; Kap. 4-5.
- 7. Bjerrum M, Ramhøj P: Livshistorier og narrativer som kildemateriale. I: Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab. Akademisk Forlag 1996; p.201-215.
- 8. Bourdieu P. Udkast til en praksisteori. København: Hans Reitzels Forlag; 2005.
- 9. Wistoft K, Jensen BB, Roesen JV. Værdier på spil? Mellem sundhedsfremme og forebyggelse i skolesundhedsplejen. København: Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag; 2005.
- 10. Lindelof A. Overvægtige børn og deres forældres oplevelse og forståelse af barnets overvægt. *Ugeskr Læger* 2005;(167/2); p.163-65.
- 11. Nichlasen BVL. Overvægt og fedme. *Ugeskr Læger* 2005;(167/10); p.1145-48.
- 12. Jensen TK, Johnsen TJ. Sundhedsfremme i teori og praksis. København: Philosophia; 2003.
- 13. Arborelius E. Du bestemmer!: En anderledes sundhedsvejledning. Ringkøbing Amt, Sundhedsfremmeafdelingen; 2004.
- 14. Wackerhausen S. Et åbent sundhedsbegreb – mellem fundamentalisme og relativisme. I: Juul U, Andersen PF. Sundhedsbegreber – filosofi og praksis. København: Philosophia 2005; p.43-71.

>>> TESTEN



Temat er ernæring og diætetik, test dig selv eller din kollega

- 1 Er BMI (Body Mass Index) den bedste måde at forudsige risiko for sygdom på?
 - a. Ja, BMI siger alt om sygdomsrisiko.
 - b. Nej, der er andre mål, der er mere præcise.
- 2 Er danskernes forbrug af ren alkohol stigende?
 - a. Ja, forbruget er steget betragteligt i perioden 1955 til 2000.
 - b. Nej, forbruget er for første gang i mange år faldet dramatisk i perioden 1955 til 2000.
- 3 Kan det ved kvalme og opkastning anbefales at spise kogt, hakket oksekød i små mængder?
 - a. Ja, det smager en smule bittert og dulmer kvalme.
 - b. Nej, der skal neutrale levnedsmidler til som havregrød, banan, tvebakker eller kiks.
- 4 Skal patienter på kaliumreduceret diæt undgå at spise kiwi?
 - a. Ja, kiwi har et højt indhold af kalium.
 - b. Nej, kiwi er sundt, også for mennesker på kaliumreduceret diæt.
- 5 Er KRAM en betegnelse for livsstilsfaktorer, man kan justere på og få et bedre helbred?
 - a. Ja, ordet står for kost, rygning, alkohol og motion.
 - b. Nej, det betyder, at flere mennesker i dette samfund har brug for et kram, som vil føre til øget velvære.

Se svarene på TESTEN side 65.

Osmotisk virkende afføringsregulerende middel indeholdende macrogol 3350 og elektrolytter.

Indikation: Behandling af kronisk obstipation. Opløsning af indeklemt fæces (faecal impaction) defineret som refraktær forstoppelse med ophobning af fæces i rectum og/eller colonverificeret ved lægeundersøgelse af abdomen og rectum. **Dosering og indgivelsesmåde:** Kronisk forstoppelse: Voksne: 1-3 pulvere, enkelt-dosisbeholder dagligt afhængigt af individuelt respons. En behandling varer normalt ikke længere end 2 uger, men kan gentages om nødvendigt. **Faecal impaction:** Voksne: 8 pulvere, enkelt-dosisbeholdere dagligt indtaget over et tidsrum på 6 timer. Behandling varer normalt ikke længere end 3 dage. **Administration:** Før anvendelse skal hver pose indhold opløses i 125 ml vand. Ved behandling af faecal impaction kan 8 pulvere, enkelt-dosisbeholdere opløses i 1 liter vand. **Børn:** Bør ikke anvendes til børn under 12 år, da erfaringen med behandling af børn er utilstrækkelig. **Patienter med nedsat kardiovaskulær funktion:** Ved behandling af faecal impaction bør dosis fordeles således, at der ikke gives mere end 2 pulvere, enkelt-dosisbeholdere inden for en time. **Patienter med nedsat nyrefunktion:** Dosisjustering er ikke nødvendig. **Kontraindikationer:** Gastrointestinal obstruktion eller perforation. Akutte kirurgiske abdominale tilstande såsom akut appendicitis. Morbus Crohn og colitis ulcerosa i svær fase. Toksisk megacolon. Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller over for ét eller flere af hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Bør ikke indtages dagligt over længere perioder, da langvarig brug kan føre til vanedannelse og svækkelse af tarmfunktionen. Årsagen til obstipationen bør undersøges, hvis der dagligt er behov for laksantia. Længerevarende anvendelse kan være nødvendig ved behandling af alvorlig kronisk eller refraktær obstipation f.eks. som følge af multipel sklerose eller Parkinsons sygdom, eller obstipation induceret af lægemidler især opioider eller antimuskarine midler. **Interaktion med andre lægemidler og andre former for interaktion:** Der er ikke rapporteret kliniske interaktioner med andre lægemidler. Macrogol 3350 øger opløseligheden af lipidopløselige lægemiddelstoffer. Der er derfor en teoretisk mulighed for, at sådanne lægemidler taget indtil 1 time før MOVICOL® kan blive mangelfuldt absorberet. **Graviditet og amning:** Graviditet: Der er ingen erfaring med anvendelse af macrogol 3350 under graviditet. Dyreforsøg har ikke vist teratogene virkninger. Da macrogol 3350 kun absorberes i ringe grad, kan administration til gravide kvinder overvejes efter vurdering af risici og fordele. Amning: Erfaring savnes. Da macrogol 3350 kun absorberes i ringe grad, må risikoen for bivirkninger hos det ammede barn anses for at være ringe.

Bivirkninger: MOVICOL® kan som al anden medicin give bivirkninger, selvom ikke alle får bivirkninger. **Alvorlige bivirkninger:** Meget sjældne bivirkninger (det forekommer hos færre end 1 ud af 10.000 patienter). Overfølsomhedsreaktioner, f.eks. hududslæt, åndedrætsbesvær, hævelse af ansigt, læber, hals og tunge. Besvimelse. Kontakt læge eller skadestue. **Ikke alvorlige bivirkninger:** Almindelige bivirkninger (det forekommer hos mellem 1 og 10 ud af 100 patienter). Oppustethed, kvalme, mavesmerter og mavekrampe, rumlen i maven, luft i tarmene, diare, opkastning. **Udlevering:** HF. **Tilskud:** Ikke tilskudsberettiget, men der kan søges om individuelt tilskud. Læs altid produktinformationen godt igennem før brug af medicinen. Husk altid at kontakte lægen eller apoteket i tvivlstilfælde. Forkortet udgave af det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé, som kan rekvireres hos Norgine Danmark A/S. Vnr. 014852, 20 stk. pulver til oral opløsning, ikke fast pris. Vnr. 530188, 50 stk. pulver til oral opløsning, ikke fast pris. Vnr. 015461, 100 stk. pulver til oral opløsning, ikke fast pris.

Yligere information kan fås hos Norgine A/S, Tel 33170400 eller på www.movicol.dk



MOVICOL®

EN VÆRDIG OBSTIPATIONSBEHANDLING BEGYNDER MED **MOVICOL®**

Mange borgere i ældreplejen er i obstipationsbehandling. Personalet må ofte bruge mange ressourcer - og alligevel er opgaven svær! Administrerer du flere forskellige afføringsmidler, uden at de virker godt nok? Og kan rektale midler derfor ende med at blive rutinebehandlingen i stedet for en nødløsning?

MOVICOL er et laksativ, der normaliserer afføringen ved at tilføre vand til forstoppelsen. MOVICOL kan derfor ofte skåne borgeren for:

- ubehaget ved invasiv behandling
- rektale midler, der siver og giver ekstra rengøring
- diarrevæske, der irriterer lukkemusklen

Hvad ville du selv foretrække?

1. Gruss HJ, Teucher T. Der Allgemeinarzt 1999;21(16):1342-1350.



løsner · blødgør · fugter · stimulerer

Kvantespring

Artiklen henvender sig til sundhedsplejersker med interesse for tidlig indsats til familier med sociale og psykiske problemer. Hovedbudskabet er, at forstærket og kontinuerlig indsats er værdifuld for de berørte familier. Artiklen er baseret på evaluering af et konkret projekt fra Helsingør Kommune.



Samspillet mellem forældre og barn stimuleres ved

- at understøtte forældrenes dialog og øjenkontakt med barnet
- at stimulere forældrenes lyst og evne til at yde fysisk og følelsesmæssig omsorg for barnet
- at hjælpe forældrene til at se og forstå barnets signaler og kompetencer
- at lære forældrene at svinge følelsesmæssigt med deres barn
- at støtte forældrene i at tale babysprog med spædbarnet
- at fremme forældrenes erkendelse af barnet som et unikt individ på vej til at blive en selvstændig personlighed
- at hjælpe forældrene med at knytte sig til barnet og samtidig lade det blive frigjort
- at støtte forældrene i at tilrettelægge deres tilværelse, så barnets behov tilgodeses.

i sundhedsplejen

AF ANN SUSSE LINDGAARD, SUNDHEDSPLEJERSKE OG PROJEKTLEDER

”Det at blive mor har for mig været som at lære at cykle. Sundhedsplejersken holdt pinden, indtil jeg pludselig lærte at holde balancen.”

Sådan sagde en mor under en evalueringssamtale (1) efter at have deltaget i Projekt Kvantefring – en forstærket indsats over for de svage stillede gravide og nybagte familier (se boks side 64).

Vi mente, at intens støtte i graviditeten og gennem det første leveår kunne betyde, at familierne bedre kunne takle at blive forældre. Denne formodning blev bl.a. understøttet af forskning fra Canada, der viste, at massiv støtte med mange hjemmebesøg betød færre henvendelser på skadestuerne med børn, der havde været udsat for fysisk vold (2).

52 familier deltog i projektet. De havde alle en ophobning af sociale og psykiske belastninger: Omsorgssvigt under opvæksten, et svagt netværk, manglende barnefar, nuværende eller tidligere misbrugsproblemer, psykiske vanskeligheder, meget ung alder, flygtningebaggrund med uafklarede forhold vedrørende opholdstilladelse for den ene eller begge forældre, sociale problemer i form af arbejdsløshed og manglende bolig (3).

Graviditeten

Et tæt samarbejde med jordemødrene betød bl.a., at vi kom meget tidligt ind i familien, hvilket gav os mulighed for at arbejde med tilknytningen til det ufødte barn.

Med inspiration i *M. Brodén*s banebrydende arbejde på Victoriagården i Malmø (4,5) koncentrerede vi vores indsats om følgende:

- At støtte forældrene i at reflektere over deres forældrerolle i forhold til egen opvækst. Mange har kun få gode oplevelser med nærværende og omsorgsgivende forældre, men det er afgørende at finde de gode historier at bygge videre på i opbygningen af en forestilling om egen forælderrolle.
- At støtte udviklingen af forældreskabet og at søge efter og bekræfte ressourcer hos kvinden. F.eks. ved at diskutere betydningen af de valg, moderen træffer, og valgenes betydning for barnet i maven.
- At give omsorg til forældrene herunder at organisere livssituationen, så der bliver plads til barnet.
- At lade barnet i maven være til stede ved besøgene for at tydeliggøre barnets eksistens og på den måde støtte tilknytningen.

Vi har gode erfaringer med at tage udgangspunkt i skanningsbilleder af barnet.

Langt de fleste gravide fik mellem et og tre besøg. Dette var tilstrækkeligt til at opbygge en god kontakt og have en samtale om ovenstående. Den tidlige og tætte kontakt betød, at vi kunne forberede og motivere for en bredere tværfaglig indsats, når det var nødvendigt.

Efter fødslen

Alle familier har fået de besøg, familien og sundhedsplejersken i fællesskab mente, der var behov for. Der dan-

nede sig et tydeligt mønster i besøgshyppigheden: Fler-tallet fik besøg ca. en gang om ugen de første måneder, derefter hver 14. dag de næste 2-3 måneder. Så fulgte en periode, hvor forældrene gerne ville stå på egne ben. Forældrene intensiverede igen kontakten ved 8-9-månedersalderen, hvor barnets selvstændighedsforsøg udfordrer forældrene, samtidig med at pres fra arbejdsmarked eller uddannelse sætter ind.

Kontakten med de fleste familier blev afsluttet ved et-årsalderen. Enkelte familier, der havde svage netværk, havde stadig brug for kontakt. Det var især unge, enlige mødre og flygtningefamilier. Disse blev besøgt med 1-3 måneders mellemrum frem til toårsalderen.

Omsorg for forældrene afgørende

En ekstern evaluator (1) interviewede 10 familier og bekræftede, hvor vigtigt det har været for familierne, at vi kom meget ofte. Hyppigheden har været afgørende for opbygningen af tillid og kontakt og opfattes som en væsentlig omsorg, som ellers savnes.

Mange forældre har oplevet svigt både i egen opvækst og fra det offentlige system. Vi er blevet taget ind også i familier, der ikke har villet modtage nogen anden form for hjælp. Måske fordi sundhedsplejen er et tilbud til alle familier, og det i dag er mere anerkendt, at det ikke altid er lykken at få et barn. Familierne ved godt, at sundhedsplejersken også har en kontrolfunktion, men alle valgte alligevel at se tilbuddet som en støtte.

Når kontakten først var etableret, var der til gengæld ikke grænser for, hvad vi blev involveret i.

Vi tog udgangspunkt i forældrenes behov ved at byde ind med vores eget faglige perspektiv og enedes om en kontrakt for dagens møde. Vores faglige fokus er altid børnenes trivsel og behov, men ofte har omsorgen for forældrene været den basis, som hjalp dem til at skabe en sund og god tilknytning til barnet. Denne omsorg handlede om at anerkende og bekræfte moderen eller forældrene som mennesker. Mange er ikke forvænt med en vedholdende kontakt til et andet menneske.

Samtidig gik omsorgen også på at hjælpe forældrene med at løse konkrete problemer: Bolignød, anskaffelse af udstyr til barnet og at bane vej i det sociale system.

Metoder

I arbejdet med at stimulere samspelet mellem barn og forældre har vi taget udgangspunkt i følgende:

- at understøtte forældrenes dialog og øjenkontakt med barnet
- at stimulere forældrenes lyst og evne til at yde fysisk og følelsesmæssig omsorg for barnet
- at hjælpe forældrene til at se og forstå barnets signaler og kompetencer
- at lære forældrene at svinge følelsesmæssigt med deres barn
- at støtte forældrene i at tale babysprog med spædbarnet
- at fremme forældrenes erkendelse af barnet som et unikt individ på vej til at blive en selvstændig personlighed)

Fakta om Projekt Kvantestring

Pr. den 2. januar 2007: Antal indbyggere i Helsingør Kommune: 61.060.

Antal nyfødte i projektperioden 1. januar – 31. december 2005: 707.

Projektperiode: 1. august 2003 – 31. december 2005.

Projektet er finansieret af midler fra Socialministeriets SIBU-midler (Særlig indsats for børn og unge).

Projektgruppen bestod af tre sundhedsplejersker:

Lilly Wulff, Annette Hansen og Ann Susser Lindgaard.

- » • at hjælpe forældrene med at knytte sig til barnet og samtidig lade det blive frigjort
- at støtte forældrene i at tilrettelægge deres tilværelse, så barnets behov tilgodeses.

Vi har desuden været meget opmærksomme på at bruge hinandens faglighed i projektgruppen. I alle familier tog vi mindst én gang en kollega med ud i besøg. Det er faktisk en gammel beslutning i sundhedsplejen, men var ikke rigtig blevet gjort. I projektgruppen blev det tydeligt, at modstanden ikke lå i familierne, men i os selv. Det var svært at blive set over skulderen. Vi erfarede, at det var værdifuldt at kunne sparre med en kollega. I projektets sidste år tilbød vi desuden kollegaer at gå med ud i besøg i en af deres behovsfamilier for på den måde at videregive vores erfaringer.

Sociale problemer

Mange af familierne havde mange sociale problemer, men to grupper er marginaliseret i vores samfund pga. fattigdom og få sociale kontakter: unge mødre og gruppen af flygtninge og indvandrere.

De unge mødre har ofte en elendig skolegang bag sig, og det sociale system yder ikke den samlede indsats, der er nødvendig for at få dem i gang med arbejde og uddannelse. Det er helt afgørende at få sociale kontakter og bedre selvværd for at komme ud af fattigdom.

For indvandrer- og flygtningefamilierne er problemet, at de venter på, at den ene part kan få opholdstilladelse. Forældrene lever adskilt eller i bestandig angst for, at den ene forælder udvises. Depressive tilstande hos mødre kan få alvorlige konsekvenser for spædbarnet, der har behov for en stabil og nær kontakt med sine forældre.

Det tværfaglige samarbejde

I 75 pct. af familierne havde vi et samarbejde med socialforvaltningen pga. sociale eller familiemæssige problemer. Erfaringerne har endnu en gang tydeliggjort vores forskellige tilgange i samarbejdet om og med familierne (6).

Sundhedsplejersker ser alle familier og kan uden problemer opspore familier, hvor der er risiko for tilknytningsforstyrrelser og måske omsorgssvigt, og hvor der derfor er behov for bredere tværfaglige tiltag.

Socialforvaltningen har tilsyneladende langt flere opgaver end ressourcer, hvilket betyder, at der kun bliver tilbud til familier, hvor børnene er truede på sundhed og trivsel.

Men der var en større gruppe af såkaldte gråzonefamilier, hvor belastningerne var store, men problemerne endnu ikke uovervindelige, og hvor det var åbenlyst, at en forebyggende indsats ville gøre en stor forskel. Det er frustrerende, når der ikke er et tilbud til denne gruppe familier.

For at udvikle det tværfaglige samarbejde har vi afprøvet auditmetoden, hvor konkrete forløb blev evalueret tværfagligt af de involverede parter og deres ledere. Målet var:

- At vurdere kvaliteten af indsatsen i en familie. Havde den konkrete indsats været tilfredsstillende fagligt, organisatorisk og for brugeren? Holdt den i forhold til faglige mål, rammer og principper?
- At drøftelserne skulle sigte mod en systematisk opsamling og generalisering af erfaringer, der kunne danne grundlag for læreprocesser i det faglige miljø. Opgaven var at identificere årsagssammenhænge og væsentlige faktorer i de hændelsesforløb, der var sat på dagsordenen, og gøre denne viden tilgængelig for kolleger.

Alle fagpersoner, der havde været involveret i en familie, mødtes for at diskutere den faglige indsats. Drøftelsen skulle have fokus på samarbejdet og måtte ikke være fremtidsorienteret eller løsningsfokuseret.

Erfaringerne var positive på det faglige og personlige plan. Det var værdifuldt at mødes og diskutere. Fagligheden og det personlige samarbejde blev tydeligt og betydningsfuldt.

Det blev samtidig klart, at de forskellige faggrupper ikke nødvendigvis arbejder efter samme målsætning i familien, og at målsætningen i hvert fald ikke var drøftet og vedtaget sammen med familien.

Givende og belastende

At arbejde med familier med så mange belastninger var både givende og belastende. Givende, fordi det var meningsfuldt at støtte mennesker, der trods mange vanskeligheder alligevel kæmper for at skabe et godt liv for sig og sine og gerne tager imod den støtte, de kan få. Belastende, fordi der også var familier, hvor det ikke lykkedes.

Det var smertefuldt at skulle konfrontere forældrene med, at omsorgen for barnet ikke var god nok, og det var indimellem også anstrengende at skulle overbevise det sociale system om, at der var behov for deres indsats.

Løsningen var solid opbakning fra ledelsen, et tæt samarbejde og sparring i projektgruppen, supervision tre timer om måneden suppleret med kurser.

Efter projektet

Sundhedstjenesten, som består af 23 sundhedsplejersker, to børn og unge-læger, seks fysioterapeuter og tre sekretærer, søgte en opnormering til at fortsætte projektet, men fik den ikke. Imidlertid har erfaringerne med projektet været så positive, at vi har valgt at omfordele ressourcerne i sundhedstjenesten, så der er flyttet timer fra skolearbejdet til arbejdet med udsatte gravide og spædbarnsfamilier. Der er nedsat en gruppe på seks sundhedsplejersker, der specialiserer sig i dette arbejde.

Der er blevet et bedre tværfagligt samarbejde. Både fordi sundhedsplejerskernes faglighed er blevet tydeligere, og fordi der er lavet faste aftaler om altid at afklare de enkelte faggrupperes mål og opgaver i familien.

Ann Susser Lindgaard er sundhedsplejerske i Helsingør Kommune. Evalueringsrapporten kan rekvireres hos forfatteren på asl34@helsingor.dk

Litteratur

1. Evalueringsrapport fra Projekt Kvanteforspring. Helsingør: Helsingør Kommune; 2006.
2. Socialforskningsinstituttet: Litteraturstudie om forebyggende foranstaltninger for børn og unge. Delrapport nr. 1 fra Evaluering af den forebyggende indsats ved Inga Axelsen. København; 2001.
3. Killén K. Barndommen varer i generationer. Forebyggelse af omsorgssvigt. København: Hans Reitzels Forlag; 2001.
4. Brodén M. Mor og barn i ingenmandsland. Intervention i spædbarnsperioden. København: Hans Reitzels Forlag; 1989.
5. Brodén M. Graviditetens muligheder. En tid hvor relationer skabes og udvikles. København: Akademisk Forlag; 2004.
6. Ejrnæs M. Faglighed og tværfaglighed. Villkårene for samarbejde mellem pædagoger, sundhedsplejersker, lærere og socialrådgivere. København: Akademisk Forlag; 2004.

))) ENGLISH ABSTRACT

Lindgaard AS. Quantum leap in health care. *Sygeplejersken* 2007;(6):62-5.

Project Quantum Leap was a single-subject project at Helsingør (Elsinore) Municipal Health Services. Families facing many problems were offered extended health care during pregnancy and the first year of the child's life. The object was to improve parenting skills and to prevent developmental disorders and neglect. The method involved frequent home visits and direct support of the development of relationships and interaction with the child.

The value of supervision and sparring was emphasized, both at the office and by visiting in pairs.

We used the audit method in order to develop inter-professional forms of collaboration both in our specific work with the families and subsequent reflection and learning.

Key words: Health care, home visits, audit, early action, neglect.

En vogn med signalværdi

Når sundhedsplejersken inviterer til træf i mødregruppen, skal hun være opmærksom på de barnevogne, der bliver parkeret foran mødelokalet, for barnets søvn kommer ikke i første række, det gør mors signaler.

Det fastslår to forskere, *Elin Brandi Sørensen* og *Thyra Uth Thomsen*, i en undersøgelse, der handler om overgangen fra kvinde til mor – og mere konkret om, hvilken rolle barnevognen spiller som forbrugsobjekt. Indkøbet af den rigtige barnevogn er med til at forberede kvinden på at blive mor, og flere af de otte interviewede mødre fortæller, hvordan besøget i barnevognsforretningen fik dem til at erkende, at der ville komme et rigtig barn ud af graviditeten. Et barn, som skulle ligge netop der på madrassen.

Barnevognen matcher det tøj, mor går i, og den taske, hun har slængt over skulderen, og den bliver valgt ud fra, om mor vil understøtte et klassisk eller et sporty look, velstand eller formuft. (jb)



Læs *Thyra Uth Thomsen* og *Elin Brandi Sørensen*'s "Barnevogne – ikke kun for børn!" i *Symboløkonomiske nyheder*, juni 2006. Her er der også henvisning til den originale forskningsartikel.

Ældres seksualitet

Romantikken blomstrer hos de ældre. Antallet af nygifte over 60 år er ifølge Danmarks Statistik steget 40 pct. de sidste fem år, og en netsøgning på "seniordating" viser 858 danske hjemmesider. Med romantik følger ofte sex, men de +60-årige er langt mere udsatte for at løbe ind i forskellige sygdomme og skavanker, der kan have følger for deres seksualitet.

Vejledning om sygdom og seksualitet er en sygeplejerskeopgave, og man kan derfor håbe, at f.eks. de forebyggende sygeplejersker fortæller de ældre borgere, at mange aldersbetingede forandringer mindskes med regelmæssig sex. At rejsningsproblemer kan afhjælpes i ni ud af 10 tilfælde. At der er hjælp at hente hos kvinder med tørre slimhinder og svigtende sexlyst. At massageapparater og penisringe som andet "voksenlegetøj" kan være til stor glæde, også selvom man er blevet lidt rynket. (er)



Svar på Testen side 60

1. b. Talle-hofte-forholdet eller taljemålet er mere præcist. Man taler også om fedtfordeling ved æblefacon og pærefacon.
2. b. Forbruget af ren alkohol er steget 135 pct. fra 15 til 35 g pr. dag fra 1955 til 2000.
3. b. Ved kvalme og opkastning skal der neutrale fødevarer til som havregrød, banan, ristet brød med smør, tvebakker og kiks.
4. a. Kiwi har sammen med banan, rabarber, abrikos, solbær, ribs, hyldebær og honningmelon et højt indhold af kalium.
5. a. KRAM er de livsstilsfaktorer, man ved, det nytter at ændre på, hvis man har eller vil forebygge at få helbredsproblemer.

Kilde: Ernæring og diætetik. Lærebog for sygeplejestuderende. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2007. (jb)

Dilemma i Sygeplejersken nr. 5/2007

Sygeplejersken *Fatima*, som engang hed *Ida*, afviser at give en mand sengebud, fordi hun – med henvisning til teksten i Koranen – ikke må have så nær kontakt med en mand.

Den rigtige uddannelse?

I bund og grund har *Fatima* i dagens Danmark ret til at vælge fra. Dog med risiko for at blive til en byrde for sine kollegaer. Alligevel synes jeg, vejlederen skal tage en snak med *Fatima*, om hun er helt sikker på, at det er sygeplejerske, hun ønsker at uddanne sig til, idet jeg er af den mening, at sygeplejersker ikke kan fravælge pleje/behandling af patienter uanset køn, religion, politisk overbevisning mv.

*Stine Andersen, sygeplejerske,
Kardiologisk afdeling, Næstved Sygehus.*

Find en anden uddannelse!

Jeg synes, at *Idas* vejleder skal forklare *Ida*, at personlig hygiejne er en del af den grundlæggende sygepleje, som alle sygeplejersker skal kunne varetage, da den er en del af uddannelsen og jobbet. Hvis *Ida* kun kan varetage den personlige hygiejne af kvinder, har hun valgt en forkert uddannelse og burde finde sig et nyt område at beskæftige sig med af hensyn til hendes kommende kolleger. Når man vælger uddannelse, må det

forventes, at man sætter sig bare et minimum ind i, hvad jobbet går ud på, så det kan ikke komme som en overraskelse for *Ida*, at hun som sygeplejerske kan komme ud for at udføre personlig hygiejne på mænd.

*Helene Berg-Sonne, sygeplejestuderende,
5. semester på Sygeplejerskolen København.*

Utænkeligt

Jeg synes, *Ida* skal tænke sig om og overveje, om hendes valg af uddannelse er foreneligt med hendes valg af religion. *Ida* er, uanset hvor meget hun er konverteret, i arv, kultur og viden, en dansk kvinde og desuden social- og sundhedsassistent. Det er derfor utænkeligt, at hun ikke har vidst, at det er en del af uddannelsen at lære at varetage begge køns grundlæggende plejebestand.

Det står *Ida* frit for efter endt uddannelse at tage ansættelse på f.eks. en barselsgang eller et andet sted, hvor nøgne, hjælpeløse mænd kun forekommer ved et beklageligt uheld.

Men for at kunne opnå autorisation som sygeplejerske i Danmark kræves det bl.a., at hun har både teoretisk og praktisk styr på personlig hygiejne til begge køn. Sådan er det bare *Ida*, konvertit eller ej, take it or leave it.

*Birgitte Bernstein, sygeplejerske, ansat på
Intensiv afdeling, Frederiksberg Hospital.*

Afklaring savnes

Det handler vist her om evnen til at trække vejret med mavemusklernerne, medens man skaber overblik. Vejlederen må bede *Ida/Fatima* lave en liste over det, hun ikke kan/vil deltage i. Derudfra må vejlederen vurdere mulighed for og evt. arrangere et fagligt forsvarligt forløb i afdelingen. Denne afklaring burde være foretaget tidligere, fra centralt hold, så hendes kliniske forløb kunne lægges efter det. Er der et problem, burde *Ida/Fatima* vel ikke bruge tid på at prøve at blive sygeplejerske? *Ida/Fatima* er selv et ansvarligt individ, men afdelingers faste plejepersonale og personer som *Ida/Fatima* skal så vidt muligt ikke bruge energi på sådanne uoverensstemmelser, der burde være afdækket og accepteret, når en afdeling modtager en studerende.

Hvad der kan være af overskud, når patienterne er hjulpet og dokumentationen er udført, skal gerne gives til udvikling. Det er der brug for.

*Marianne Thygesen, udviklingssygeplejerske,
ansat på Gynækologisk/Obstetrisk afdeling,
Odense Universitetshospital.*

Sidste dilemma

Rubrikken "Dilemma" udgår fra og med dette nummer af *Sygeplejersken*.



Ring efter vor nye brochure!

Ny Silentia Silver Line

Silentia-foldeskærmen er et moderne, pladsbesparende afskærmningssystem som anvendes på sygestuer i stedet for gardiner. De hygiejniske foldeskærme anbringes mellem syge- og behandlingssenge for at give diskretion ved besøg og i behandlings-situationer. Foldeskærmen er helt uundværlig i situationer med tunge patienter, hvor der benyttes loftlift, idet skærmen kører på gulvet, og ingen gardinstænger er i vejen for installation af loftlift. Den anvendes i stor udstrækning på intensiv- og opvågningsafdelinger.



Løsn bremsen, fold ud, og lås i den ønskede stilling – og skærmen er i funktion.



3-delt mobil gavlskærm

Silentia, Postboks 63, 6330 Padborg
Tel. 7367 2011 • Fax. 7367 2012
E-mail: info@silentia.se • www.silentia.dk



Ny rejseafregning med DSA og DSR

Fra og med den ekstraordinære kongres, der løber af stablen den 21.-22. marts 2007, vil al rejseafregning med DSA og DSR kun kunne foregå via internettet på adressen www.dsr.dk/rejseafregning. Den traditionelle rejseafregningslønseddél bliver nemlig erstattet med et nyt system, hvor du selv indtaster dine data og indsender udskrift med bilag til DSR eller DSA.

Det vil sige, at hvis du eksempelvis har været på kursus og haft udgifter til kørsel, diæter eller ophold, som Dansk Sygeplejeråd skal refundere, så skal du fremover afregne via www.dsr.dk/rejseafregning. For at anvende det nye internetbaserede rejseafregningssystem skal du have en nykode. Den kan du bestille via www.dsr.dk/rejseafregning.

På Dansk Sygeplejeråds hjemmeside, www.dsr.dk/rejseafregning ligger en vejledning i, hvordan systemet virker. Hvis du har nogle spørgsmål, er du velkommen til at kontakte Dansk Sygeplejeråds regnskabsafdeling på telefon 4695 4164

Det nye rejseafregningssystem vedrører kun arrangementer afholdt af DSR centralt eller DSA og ikke lokale arrangementer afholdt af amtskredsene.



Valg af bestyrelse i Seniorsammenslutningen i Dansk Sygeplejeråd 2007

Valg i juni

Ifølge vedtægterne for Seniorsammenslutningen i Dansk Sygeplejeråd skal bestyrelsesvalg afholdes i juni måned i ulige år.

Bestyrelsens sammensætning

Til bestyrelsen skal vælges mindst 5 og højst 7 medlemmer samt 3 suppleanter, som indtræder i bestyrelsen efter stemmetal ved vakance i denne. Bestyrelsen vælges for 2 år, og genvalg kan finde sted. Såfremt der er opstillet færre kandidater end der skal vælges, betragter disse som valgt uden afstemning.

Valgbare og stemmeberettigede medlemmer

Alle medlemmer af Dansk Sygeplejeråd, der modtager pension eller efterløn, er automatisk medlem af Seniorsammenslutningen i Dansk Sygeplejeråd og dermed valgbar og stemmeberettiget til bestyrelsesvalget.

Kandidater

Medlemmer, der ønsker at opstille som kandidater til valget, bedes udfylde kandidatopstillingslisten i denne annonce. I slutningen af maj bringes en liste med kandidaternes navne i "Sygeplejersken".

Stemmesedler

Stemmesedlerne udsendes fra Dansk Sygeplejeråd **senest den 1. juni 2007**. Der medsendes en valgpløje med kandidaternes valgoplæg og foto.

Se også Dansk Sygeplejeråds hjemmeside www.dsr.dk

Kandidatopstillingsliste til bestyrelsesvalget 2007 i Seniorsammenslutningen i Dansk Sygeplejeråd

Kandidatens navn: _____

Medlemsnr.: _____

Adresse: _____

Amtskreds: _____ Tlf.nr.: _____

Tidligere beskæftiget som: _____

E-mail adresse: _____

Kandidatopstillingslisten skal være Dansk Sygeplejeråds sekretariat, Sct. Annæ Plads 30, Postboks 1084, 1008 København K i hænde **senest den 2. maj 2007 kl. 09.00**.

Med kandidatopstillingslisten bedes du indsende dit valgoplæg og portrætfoto.

Valgoplægget skal indeholde dit navn, amtskreds og tidligere ansættelsessted og skal være skrevet på pc eller skrivemaskine. Det må maksimalt fylde 20 linier a 52 anslag eller i alt 1040 anslag. Ord, mellemrum og tegn tæller også med som anslag.



Effektiv håndhygiejne - lige til at have i lommen

Idu-San Sprit 82% - 125 ml.

Alkoholbaseret produkt til hånddesinfektion, effektiv med hensyn til at reducere forekomsten af mikroorganismer på hænderne.



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

Mindre traume og smerte i sårbehandling.

Sårbandager med Safetac® silikoneteknologi er atraumatiske under brug og ved bandageskift. Bandagerne er et stort fremskridt, når det gælder minimering af traume mod såret og den omkringliggende hud samt minimering af patientens smerte.

Læs mere om sårbehandling på www.molnlycke.com

Safetac[®]
TECHNOLOGY

Bandager med Safetac® teknologi



Mepilex®



Mepilex® Lite



Mepilex® Transfer



Mepilex® Border




Mepilex® Border Lite



Mepitel®

 **MÖLNLYCKE
HEALTH CARE**

Undgå afbrydelse, stik bogen i lommen

 Dette efterår er bogmarkedet blevet beriget med en lille bog om livsglæde, som gør livet større. Peter Olesen er idemand og fagredaktør. Han har indbudt 15 personer på tværs af fag, køn og alder til at give deres bud på noget af det dyrebareste i livet.

”Sorrig og glæde de vandre til hobe.” Peter Olesen har i en række tidligere bogudgivelser skrevet om sorg. Udløst af en trang til at slippe det sorgfulde og vanskelige for en stund og sætte fokus på det positive i livet fik han idéen til denne bog. Livsglæde er glæden ved at være til, en stemthed, en holdning, en endren, en taknemmelighed, et engagement.

For sygeplejersker er livsglæde et grundstof.

Kulturhistoriker og sognepræst *Anne-Mette Gravgård* fremhæver dette i sit fremragende bidrag.

På en cykeltur, en strålende solskinsaugustdag, blev hendes lette sommerkjole hvirvlet ind i en lastvogns kæmpestore hjul. Et ben og en arm blev revet af. Herefter fulgte et ni måneders hospitalsophold på Rigshospitalet. Det blev så forunderligt og så dejligt et ophold, at hun stadig flere år efter tænker på det som paradisisk. Hun betoner, at intet har skænket hende så megen livsglæde som ulykken. Specielt fornemmelsen af, at livet er så betydningfuldt, at nogen vil investere i det og bekræfte ens eksistens. At kunne modtage uden at være i stand til at give. At opleve den finfølelse en sygeplejerske udviser ved at give og bære et bækket væk, uden at nogen af parterne mister deres værdighed. Personalets interesse for hendes fremskridt styrkede hendes livsglæde.

Nu er hun vendt tilbage som fuldtids sognepræst

med en invaliditet, som er takseret til 132 pct. Ulykken

og hospitalsopholdet har givet hende en dyb erkendelse af livsglæde.

På forunderlig vis er ulykken blevet en kvalifikation.

Livsglæde er svær at fatte og kan ikke måles. Livsglædens kilde er ikke viden, men tro. Bogen indeholder velvalgte citater. *Ole Hartling* citerer i sit bidrag ”Livsglæde – hjertets glæde” *Niels Steensens* berømte ord: ”Skønne er de ting, vi ser, skønnere er de, vi forstår, men langt de skønneste er til visse de, som vi ikke fatter.”

Paradokset er, at livsglæde opstår, når pendulet svinger mellem sorg og glæde. Denne erkendelse fremstår i så godt som alle bidrag i bogen.

Under læsningen beriges og bevæges man.

Bogens 15 bidrag kan udvælges tilfældigt og læses efter interesse, men læses de fortløbende, beriges man af fagredaktørens tilrettelæggelse, som har resulteret i, at fortællingerne lægger op til hinanden.

Bogen er svær at lægge fra sig. Den er som nævnt lille, under størrelse A5. Derfor er det muligt at undgå afbrydelse i læsningen, stik bogen i lommen, og den er lige ved hånden, til læsning hvor og når som helst.

Afslutningsvis: Det er en æstetisk smuk bog, der er kælet for opsætningen og for korrekturlæsningen. Ikke én gang blev jeg stoppet af slå- eller skrivefejl, efterhånden en sjældenhed.

Henrik Bjerregrav står bag bogens udtrykfulde sort-hvide fotografier, portrætter af bidragyderne samt billedudsnit af udvalgte kilder.

*Af Jorit Tellervo,
uddannelseskonsulent i Roskilde.*



Idé og redaktion: Peter Olesen


15 skriver om livsglæde

Forlag: Thaning & Appel 2006

153 sider – 129 kr.

ISBN 87-413-6500-3

Dannelseslitteratur

 Endnu en bog om informationssøgning, åh nej, tænker du nok – men tøv en kende, for denne bog skiller sig ud ved at forklare det, der er fælles for de fleste søgemaskiner, og ikke, hvad der er specifikt for det enkelte værktøj.

Udviklingen af søgemaskinernes funktioner og design ændres løbende. Nye kommer til, og andre forsvinder. Derfor er der behov for lærebøger, der går bagom og forklarer grundlaget for søgemaskinernes måde at virke på.

Informationssøgning er meget mere end at slå op på Google. Det handler om at foretage kloge og veldisponerede afgrænsninger og om at koncentrere sin søgning. Informationssøgning er et håndværk, og udfordringen består i høj grad i at vælge den relevante information. Bogen giver læseren gode forudsætninger for dette.

Bogen har to dele. Del I beskriver teorien bag søgemaskinens sprog, typer af søgemaskiner og deres generelle opbygning. Særligt skal kapitel tre, der beskriver hvordan man udformer en effektiv søgeprofil, fremhæves.

Del II eksemplificerer konkrete søgninger i en række søgemaskiner, alle med internettet som medie. Der søges i det offentlige og private Danmark samt EU online. Søgning i avisdatabaser, leksika og encyklopædier vises. Disse kapitler har relevans for alle, der interesserer sig for samfundslivet i bred forstand.

Også de sidste to kapitler skal fremhæves. Det ene har fokus på videnskabsformidling, videnskabelige tidsskrifter og anvendelsen af referencedatabaser. Det andet er en praktisk guide i kunsten at referere andre i egne skrivelser.

Disse kapitler bør være pligtlæsning for studerende og uddannede sygeplejersker. Der argumenteres for vigtigheden af at lave gode søgninger og præcise referencelister i rapporter, artikler, opgaver og projekter. Forfatterne viser, at man kan komme meget længere i sin søgning ved at finde sin information direkte hos kilden, frem for gennem søgemaskinerne. Derfor er ca. halvdelen af bogen rettet mod kildesøgninger, og kun et kapitel mod internetsøgemaskiner.

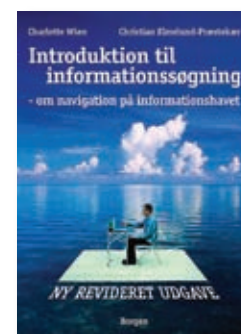
Det er bogens styrke, at behandlingen af emner er holdt på et jævnt og direkte praktisk anvendeligt niveau, eksemplerne er meget illustrative og pædagogisk opbygget, og teorien illustreres med mange gode eksempler på dens praktiske konsekvenser. Der skrives ikke alenlange brugsanvisninger på en lige så lang række individuelle databaser og internetsider. Fokus er rettet mod særlige steder, hvor man med størst sandsynlighed vil kunne finde den viden, man måtte være ude efter.

Forfatterne slår fast, at søgning er et håndværk og noget, man skal øve sig på. Et meget relevant budskab.

Denne bog kan gøre de fleste studerende og professionelle bedre til at beherske informationssøgningen, så det ikke er mangel på relevant information, der er flaskehalsen i det daglige arbejde med studie og fag.

Denne bog er dannelseslitteratur udi litteratursøgningens kringledede kunst.

*Af Raymond Kolbæk, sygeplejelærer, cand.cur.,
ansat på Viborg Sygeplejeskole.*



Charlotte Wien,
Christian Elmeland-Præstekær

**Introduktion til
informationssøgning
– om navigation på
informationshavet**

2. udgave

København: Borgen 2006

115 sider, 149 kr.

ISBN 87-2102-774-9

Design: 1908 A/S

**Får du for lidt?
Få 20% mere hos
Dansk Kvalitets Vikar**

**Vil du have mere i løn?
Vil du arbejde
mindre?
Det er dit valg.**

Læs mere på
www.dkv.dk

Hvad er vigtigt i dit liv?

Som freelancevikar hos DKV får du **10%** flere fordele end hos andre vikarbureauer. Du vælger selv, hvad du vil bruge de **20%** til. Vil du have mere i løn? Vil du have kurser eller rejser betalt? Vil du arbejde mindre? Det er dit valg. Vi har brug for **sygeplejersker** i alle specialer samt **radiografer** til opgaver i hovedstadsområdet. Har du som sygeplejerske speciale i intensiv terapi, onkologi, stråleterapi, hjemmesygepleje eller psykiatri, giver vi dig et tillæg på yderligere 20%.

Er du interesseret?

Så aftal en ansættelsessamtale på www.dkv.dk eller ring på **70 13 03 00** (7-24) for personlig kontakt.

Dansk Kvalitets Vikar er en nyskabende vikarformidler til sundhedssektoren. Vi tilbyder vores kunder og vikarer onlineservice døgnet rundt med en kombination af internet og mobiltelefon. Alle vores vikarer får en mobiltelefon, og når en kunde bestiller en specifik vikar på vores hjemmeside, sendes der automatisk en sms til vikarens mobiltelefon. Det er nemt og hurtigt for alle parter.

Hos DKV er der en bonus på 20% oven i den overenskomstmæssige løn.

DKV
Strandvejen 656
2930 Klampenborg

DKV.DK
Dansk Kvalitets Vikar A/S

Uddannelser i udvikling

Uddannelse til certificeret Marte Meo-terapeut



Læs mere på cvufyn.dk



Marte Meo-metoden er en metode til forbedring af samspil mellem mennesker med anvendelse af video som centralt arbejdsredskab. Metoden anvendes til udvikling af samspillet mellem børn indbyrdes, børn/forældre, børn/fagpersoner samt samspillet mellem voksne.

Tid: 17 dage i perioden 2. august 2007–28. november 2008.

Alle dage kl. 9–15. I alt 102 undervisningstimer.

Hjemmearbejde svarende til cirka 190 timer skal påregnes.

Sted: CVU Lillebælt, Asylgade 7–9, 5000 Odense C

Underviser: Lektor Bodil Andersen, Marte Meo-supervisor, cand. psyk.

Pris: Kr. 23.500,- inklusive certifikat

Tilmelding: Senest 25. juni 2007

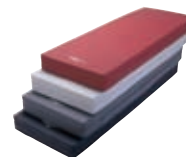
Udførlig folder kan rekvireres ved henvendelse til:
CVU Lillebælt, Efter- og videreuddannelse,
kursussekretær Lisbeth Normand, tlf. 65 20 17 35



TEMPUR® EN PROFESSIONEL PARTNER

Når det er nødvendigt at have særlig fokus på risikopatienter, f.eks. på en intensivafdeling, er TEMPUR Kombimadrassen det oplagte valg. Madrassen giver optimal trykfordeling og komfort for patienten.

TEMPUR Kombimadrassen anvendes på intensivafdelinger samt på hospitalsafdelinger med langtidsindlagte patienter, ældre patienter og patienter, som allerede har tryksår.



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

Populisme uden evidens

★ Forfatteren skriver i indledningen til bogen, at formålet med den er at give andre forældre et konkret og håndgribeligt redskab til at få deres barn til at sove igennem om natten.

Det er vigtigt for forfatteren, at dette sker på en nænsom måde uden gråd. Hverken forældrenes eller barnets.

Bogen er bygget op omkring forfatterens personlige oplevelser med sine fire børn og skrevet ud fra devisen: "Jeg ved det, for jeg har prøvet det selv."

Forfatteren samlede en testgruppe på 60 mødre med vidt forskellig social baggrund spredt ud over USA, som alle var begejstrede for hendes ideer.

Med baggrund i testmødrenes og egne erfaringer udarbejdede forfatteren et søvnskema til en systematisk dataindsamling, analyse og evaluering. Skemaerne er det centrale i bogen.

Bogen er således populistisk og uden videnskabeligt eller teoretisk grundlag. Tilgangen er metodisk og erfaringsbaseret uden evidens.

Bogen er lettilgængelig skrevet i et læservenligt sprog. Stilen er amerikansk, og som læser føler man sig tæt på at være nær veninde med forfatteren. Bogen er spækket med gentagelser, især omkring sikkerhedsmæssige forhold i forbindelse med barnets søvn.

Bogen er tilpasset danske forhold med henvisninger og officielle anbefalinger fra f.eks. Sundhedsstyrelsen og Forbrugerstyrelsen, samt henvisninger til danske hjemmesider om børn og børneopdragelse. Sundhedsplejerske *Else Guldager* har været konsulent på den danske udgave.

Men det er ikke alle oplysninger, der er dokumentation

for, og man bør derfor forholde sig til bogen med en vis skepsis.

Bogens force er, at den er nem at læse og til dels lader forældrene vælge de løsningsforslag, som passer bedst til den enkelte familie.

Bogen er fuld af små gode råd og vejledninger omkring den gode søvn, som f.eks. at skærme barnet for indtryk før sengetid, et rart sovemiljø, tips til afvænnning fra bryst/flaske om natten osv. Disse vejledninger ligger ikke ud over, hvad danske børnefamilier har mulighed for at få fra deres sundhedsplejerske.

Et aspekt, som kunne have været beskrevet i bogen, er betydningen af barnets gråd. Gråden er et af barnets naturlige udtryksmidler, og forældrenes viden om og evner til tolkning af gråden er vigtige for samspillet mellem barn og forældre.

For den ressourcestærke danske småbørnsfamilie kan bogen være en konkret, respektfuld og nænsom hjælp til bedre nattesøvn, men jeg savner vejledninger til mindre ressourcestærke forældre, hvor søvnproblemerne ikke alene lader sig løse ved strukturelle ændringer. Som børnesygeplejerske/sundhedsplejerske bliver vi arbejdsmæssigt mere og mere pressede, og vi må være opmærksomme på ikke at gribe til hurtige løsninger som blot at henvise til en sådan bog.

Vi må holde fast i fagligheden og gå et væsentligt spadestik dybere end at videregive gode råd fra den ene mor til den anden.

Af Sanne Spang Bruun, børnesygeplejerske, sundhedsplejerske, Pædiatrisk Enhed, Hillerød Sygehus, B 1531.



Elizabeth Pantley

Sov igennem uden gråd
– Hvordan du nænsomt hjælper dit lille barn til at sove igennem

1. udgave, 3. oplag, København:
Forlaget Aronsen 2006
240 sider, 199 kr.
ISBN 87-991109-0-3

Rigtig god for fagfolk

★ Så kom den, bogen om Parkinsons sygdom. Der er ca. 6.000 personer med Parkinsons sygdom i Danmark, men alligevel findes der ikke megen dansk litteratur, hvor både behandling og pleje er beskrevet, og jeg har som afdelingssygeplejerske ofte haft svært ved at henvise til brugbar litteratur, når patienter og pårørende har spurgt.

Bogen indledes med en historie fra det virkelige liv, hvor en yngre kvinde fortæller, hvordan hun har oplevet at få Parkinsons sygdom. Det er en god indledning, som sætter tanker i gang hos læseren, inden den faglige del af bogen starter.

Bogen er velskrevet af forfattere, som alle er specialister inden for området, og de giver en grundig beskrivelse af selve sygdommen, symptomer og behandling inden for både den medicinske og den plejemæssige del.

Bogen sætter gennemgående fokus på vigtigheden af tværfagligt samarbejde, når der skal ydes optimal behandling og pleje til parkinsonpatienter, hvilket er rigtig godt. Bogen vil egne sig godt som opslagsbog for plejepersonale, da den indeholder mange gode råd, forklaringer og konkrete redskaber, som kan anvendes i forhold til den enkelte patient.

Bagest i bogen er der et rigtig godt leksikon, som med

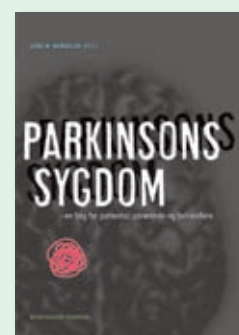
en alfabetisk opdeling giver adgang til relevante oplysninger. Der findes endvidere et appendiks, som viser nogle af de skemaer, som bruges til vurdering ved Parkinsons sygdom.

Til tider kan bogens opbygning virke lidt rodet, da flere kapitler er skrevet ud fra en indforstået viden. Den viden har fagfolk, og i den sammenhæng er det derfor ikke noget problem, men lægfolk vil blive forvirrede. I bogen beskrives bl.a. forholdene for ambulatorier og de behandlingsmuligheder, der findes.

Det fremstår som en generel beskrivelse, men stemmer desværre ikke overens med virkeligheden, da der er mange forskellige måder at drive ambulatorierne på rundt omkring i Danmark.

Det er en bog, vi har manglet. Bogen er primært skrevet for den parkinsonramte og dennes pårørende. Det mål rammer forfatteren efter min mening ikke, da bogen indeholder mange fagudtryk, sekvenser og forklaringer, som vil være for komplicerede for lægmand. Til gengæld er den rigtig god for fagfolk og bør derfor stå på alle neurologiske afdelinger.

Af Birgitte Lerche Lauridsen, afdelingssygeplejerske, ansat på Glostrup Hospital, Neurologisk afdeling N 28.



Lene Werdelin (red.)

Parkinsons sygdom
– en bog for patienter, pårørende og behandlere
København:

Munksgaard Danmark 2006
196 sider, 188 kr.
ISBN 87-6280-571-1



Forkæl dit liv

Giv dig selv og din familie en oplevelse der varer hele livet

I Grønland kan du få storslået natur i baghaven og et spændende job med store udfordringer – så tæt på, at du kan gå på arbejde. Og du kan videreudanne dig og dermed få både faglig og personlig udvikling oven i alle de andre store oplevelser. Du kan også få nye venner og nye rammer for familiens trivsel. Frisk luft. Nærhed og storhed. Måske endda også et andet syn på livet; for hvad skal man egentlig med stress? OK, det er selvfølgelig ikke kun rosenrødt. Der er også en reel fare for, at du får Grønland i blodet og vælger at blive. Eller vende tilbage igen og igen. Vil du se og opleve skønheden? Vil du opleve, at du hver dag er med til at gøre en forskel?

Se mere om dine karrieremuligheder i Grønland på www.nextjobgreenland.gl - because you're worth it!



Dr. Ingrid's Hospital udgør sammen med Kystledelsen det grønlandske sundhedsvæsen. I alt beskæftiges ca. 1.400 medarbejdere på hhv. Dr. Ingrid's Hospital og på de kysthospitaler, sygeplejestationer og tandklinikker, Kystledelsen driver i det øvrige Grønland. Se mere om dine muligheder på www.nextjobgreenland.gl

Momentum Pressud

 **matrifen®**
fentanyl



**Til stærke
kroniske smerter**

NYCOMED

Nyt smertepaster, der er nemt at bruge

- enkelt at åbne uden brug af saks
- hudvenlig silikoneklæber^{1,2}
- fås ned til 12 mikrog/t
- konstant afgivelse af fentanyl over 72 timer²

Referencer: 1) Tan HR et al. Pharn Sci tecnol Today 1999; 2:60-69 2) Marier J.F et al, J Clin pharmacol 2006; 46 1-12. **Produktinformation:** Matrifen (fentanyl). Depotplaster. 12 mikrog/time, 25 mikrog/time, 50 mikrog/time, 75 mikrog/time og 100 mikrog/time. **Indikationer:** Stærke, kroniske smerter, der kun kan lindres ved behandling med opioide analgetika. **Dosering:** Dosering er individuel. Dosering bør evalueres efter hver administration. For nærmere information henvises til produktresuméet. Initialdosis bør ikke overstige 25 µg/time, når opioidresponsmonstret ikke er kendt. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for fentanyl eller et eller flere af indholdsstofferne. Behandling af akutte eller postoperative smerter på grund af manglende mulighed for dosistitrering ved korttidsbehandling og risiko for udvikling af en livstruende respirationsdepression. Svær svækkelse af centralnervesystemet. Samtidig brug af MAO-hæmmere eller brug af Matrifen depotplaster inden 14 dage efter afsluttet behandling med MAO-hæmmere. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler:** Bør udelukkende anvendes som del af en integreret smertebehandling, hvor patienten er tilstrækkeligt udredt såvel medicinsk som socialt og psykisk. På grund af fentanyls halveringstid skal patienter, som har haft alvorlige bivirkninger, følges i mindst 24 timer efter fjernelse af Matrifen depotplaster. Forsigtighed bør udvises, og lav dosis anvendes ved behandling af patienter med respirationsdepression. Bør anvendes med forsigtighed til følgende patientgrupper: Patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom. Patienter med tegn på øget intrakranielt tryk, nedsat bevidsthedsniveau eller koma. Patienter med cerebrale tumorer. Patienter med bradyarytmi. Patienter med hypotoni og/eller hypovolæmi. Patienter med nedsat lever- og nyrefunktion. Patienter med myasthenia gravis. Dosisjustering kan være nødvendig til febrile patienter. Patienter skal advares mod at anvende eksterne varmekilde på plaster og applikationssted. Tolerance, fysisk og psykisk afhængighed kan udvikles ved gentagen administration af opioider. Brugte og ubrugte depotplaster skal opbevares utilgængeligt for børn. Brugte plaster foldes sammen med den klæbende side indad og opbevares utilgængeligt for børn. Der er ikke vist sikkerhed og effekt hos børn. **Interaktioner:** Barbitursyrederivater. Samtidig anvendelse af CNS-hæmmende lægemidler herunder opioider, anxiolitika, nervemedicin, hypnotika, generelle anæstetika, phenothiaziner, muskelrelaxantia, sederende antihistaminer og alkohol kan udløse en additiv CNS-hæmmende effekt. Behandling med MAO-hæmmere bør afbrydes senest 14 dage før behandling med fentanyl. Samtidig anvendelse af CYP3A4 hæmmere (ritinovir, ketakonazol, itraconazol og makrolidantibiotika) øger plasmakonzentrationen af fentanyl og øget risiko for bivirkninger. **Graviditet og amning:** Graviditet: Må ikke anvendes. Amning: Må ikke anvendes. **Trafikfarlighed:** Mærkning. **Bivirkninger:** Meget almindelige: Somnolens. Døsighed. Hovedpine. Kvalme. Opkastning. Konstipation. Svedudbrud. Pruritus. **Almindelige:** Sedation. Konfusion. Depression. Angst. Nervøsitet. Hallucinationer. Nedsat appetit. Xerostomi. Dyspepsi. Hudreaktioner på applikationssted. **Ikke almindelige:** Eurofi. Amnesi. Søvnløshed. Agitation. Tremor. Parestesi. Taleforstyrrelser. Dyspnoe. Hypoventilation. Hududslæt. Erytem. Bradykardi. Takykardi. Hypotoni. Hypertoni. Diarré. Urinretention. **Sjældne:** Amblyopi. Arytmi. Vasodilatation. Hikke. Ødemer. Kuldefølelse. Meget sjældne: Respirationsdepression. Apnoe. Ileus. **Overdosering:** Symptomer: Lethargi. Koma. Respirationsdepression. Hypotermi. Nedsat muskeltonus. Bradykardi. Hypotoni. Dyb bevidsthed. Ataksi. Miøse. Konvulsioner. Respirationsdepression. Behandling: Plaster fjernes, og patienten stimuleres fysisk og verbalt. Der kan administreres opioid antagonist som naloxon. **Priser og pakninger pr. 1. januar 2007 (ekspeditionspriser):** 12 mikrog/time: 2 stk., kr. 103,15, 4 stk., kr. 183,65, 8 stk., kr. 341,35, 16 stk., kr. 650,15, 25 mikrog/time: 2 stk., kr. 148,25, 4 stk., kr. 272,10, 8 stk., kr. 514,70, 16 stk., kr. 989,80, 50 mikrog/time: 4 stk., kr. 486,70, 8 stk., kr. 935,40, 16 stk., kr. 1.814,10, 75 mikrog/time: 4 stk., kr. 671,90, 8 stk., kr. 1.298,30, 16 stk., kr. 2.525,10, 100 mikrog/time: 4 stk., kr. 837,30, 8 stk., kr. 1.652,50, 16 stk., kr. 3.160,20. **Udlevering:** A54. **Tilskud:** Generelt tilskud. Produktinformationen er omskrevet og forkortet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres fra Nycomed Danmark. Nycomed Danmark ApS, Langebjerg 1, 4000 Roskilde. Tlf.: 46 77 11 11. Fax: 46 75 48 42. www.nycomed.dk

Materialet når ikke i mål



Produktion og tilrettelæggelse:
Jysk Pædagog-Seminarium

Omsorg og magt i forhold til borgere med demens

København: Styrelsen for
Social Service 2005

DVD eller VHS

Nærmere oplysninger og
bestilling på

www.netboghandel.dk

50 kr.

ISBN: 87-9124-752-7 DVD

ISBN: 87-9124-755-1 VHS

”Omsorg og magt” er et interaktivt undervisningsmateriale, produceret af Jysk Pædagog-Seminarium og udgivet af Styrelsen for Social Service i 2005.

Materialet henvender sig til personalegrupper, der arbejder med mennesker med demens i eget hjem og i plejeboliger.

Målet er at understøtte personalets arbejde ved at give kendskab til de arbejdsmetoder og redskaber, der sætter personalet i stand til at gå den daglige balancegang mellem omsorg og magt i demensplejen.

”Omsorg og magt” består af et introduktionshæfte, en præsentationsfilm og en dvd, der rummer selve undervisningsmaterialet.

Materialet har udgangspunkt i en række små filmklip, der er tænkt som illustrative eksempler på faglige dilemmaer og potentielle konfliktsituationer, der kan udvikle sig i den daglige pleje af mennesker med demens.

Disse filmklip er tematiseret i fem faglige moduler: jura, demens, socialpædagogik, mellem omsorg og magt og selvbestemmelse.

Efter hvert filmklip kan brugeren dels klikke sig ind på faglige kommentarer fra en jurist, en demenskonsulent, hvis uddannelsesbaggrund filmen ikke oplyser, og en socialpædagog.

Dels kan brugerne, individuelt eller i grupper, klikke sig ind på forskellige oplæg, så de kan medvirke aktivt med analyse og skriftlig bearbejdning af filmklippene.

Det interaktive undervisningsmateriale er udtryk for en rigtig god idé, der har store muligheder for at fremme konstruktiv diskussion af hverdagens dilemmaer i demensplejen. Desværre når det slet ikke i mål.

I modulet om jura følges filmklippene op af letforståelige juridiske kommentarer, der giver en god introduktion til servicelovens regler om magtanvendelse.

Materialet giver både mundt-

lige og skriftlige oplysninger om danske borgeres rettigheder, også hvis de lider af demens, og om hvornår kommuner undtagelsesvis kan tillade indgreb i demente borgeres selvbestemmelsesret. Det juridiske modul er fagligt præcist, pædagogisk og teknisk letanvendeligt.

Anderledes forholder det sig med de fire andre moduler. Hverken i ord eller billeder reflekteres der over, hvordan konfliktsituationer og magtanvendelse kan forebygges i hverdagen.

I alle filmklippene spiller personalets handlinger eller mangel på handling en væsentlig rolle for, at der overhovedet opstår en konflikt, men det kommenteres stort set ikke i dette undervisningsmateriale.

De fleste konflikter kunne have været undgået, men materialet giver ingen bud på hvordan.

Undervisningsmaterialet indeholder godt nok filmatiserede beskrivelser af forskellige handlemuligheder for personalet, hvilket er en rigtig god idé. Imidlertid er der ikke nogen af de anviste handlemuligheder, der rækker til at løse problemerne, snarere tværtimod.

Undervisningsmaterialet lever således ikke op til sin egen intention om at give kendskab til de bedste arbejdsmetoder og redskaber i hverdagens demenspleje.

Jeg kan ikke anbefale det i sin helhed i den foreliggende form, men jeg ser muligheder i det, hvis det revideres i samarbejde med kompetente og erfarne fagfolk fra demensplejen.

*Af Kirsten Amstrup,
sygeplejerske, MA i social
forskning og gerontologi,
ansat i Brøndby Kommunes
hjemmepleje.*

*Desuden freelance
rådgiver, underviser og
foredragsholder i problem-
stillinger vedrørende demens.*



Anæstesi, intensiv & kirurgi
Flere end 20.000 artikler



- Blodtryksapparater
- El-kirurgiapparater
- Endoskopisk udstyr
- Instrumenter
- Instrumentservice
- Kvalitetsstyrings system
- Laserkirurgi
- Euro steril container systemer
- Operations- & diagnostiklamper
- Op kirurgisøjler
- Implantater til: Maxillofacial-, oral-, skulder, albue-, hånd- & fodkirurgi
- Pulsoximetre, prober & kabler
- Røgsug systemer
- Service & montage
- TV-, TFT monitorer & kamerasystemer

Kontakt os venligst for mere information ☎ **7026 0004**



KURSER OG UDDANNELSER

Nordlys Massage

–

Berøringsterapi

–

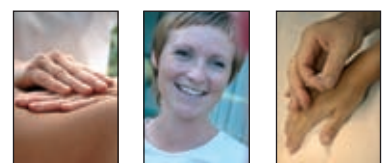
Integreret Coaching

–

Akupressur & Akupunktur

–

Terapeutisk Samtale



www.nordlys.dk - Tlf. 8681 1081

5 FAGLIGE MINUTTER SKRIVES PÅ SKIFT AF FIRE SYGEPLEJERSKER:



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



Jørn Ditlev Eriksen,
sygeplejerske, for-
stander på botilbud-
det Slotsvænget,
Hillerød.



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



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

Skyd en offentligt ansat

Forestil dig Novos bestyrelse diskutere, hvordan én af deres afdelinger fungerer, afdelingens aktuelle resultater og ikke mindst ledelsen. I fuld offentlighed. Med læserbreve og interview af diverse bestyrelsesmedlemmer, der dagligt lufter deres opfattelse af situationer og personer i detaljer. Utænkeligt. Fuldkommen utilstedeligt og meget lidt produktivt.

Men helt normalt, når det handler om offentlige arbejdspladser. Her er der frit slag. Både fra brugere og borgere, men så sandelig også fra de offentlige bestyrelser i byråd, regionsråd og Folketing, som tillader sig at riste ansatte og deres afdelinger over sagte ild, eller oprette henrettelsespelotoner på baggrund af hjemmevideoer, der er klippet til, så hatten passer. Vanvittige postulater og fordrejede sandheder får lov at stå uimodsigende i pressen, for offentligt ansatte har ingen ære, de får løn og striber for at få deres fag, afdeling og person svinet til, og det udløser ikke engang smudstillæg, for det er tilsyneladende lovligt at skyde offentligt ansatte.

Det er helt normalt, at borgerne truer med at gå til pressen, hvis de ikke får, hvad de vil have. Det sker flere gange om ugen i min afdeling – faktisk er jeg leveringsdygtig i lokalavisens adresse, hvis de skulle spørge. For service er en mærkesag.

Men når politikerne, de offentligt ansattes bestyrelse, plaffer løs, så svier det, for det er ulige magtforhold. De opfatter det muligvis kun som politisk eksponering af sig selv og partiet, men kritikken, de løfter sig på, er fuld af omkostninger for dem, det går ud over. Denne "skyd en offentligt ansat"-model har direkte indflydelse på, hvordan vi oplever tryk i ansættelsen. Manglende tryk er dårligt arbejdsmiljø, og dårligt arbejdsmiljø giver høj sygefravær. Og fravær, det kan få gang i sækkepiberne hos bestyrelserne i det offentlige.

Forleden blev der igen pebet i kor over, at sygdomsfraværet er højere i de offentlige firmaer end i de private. Ja, føj, hvor er vi syge i det offentlige. Vi smider os i sengen og piver, hver gang det er dårligt vejr, og den elendige offentlige ledelse formår ikke at motivere folk med 39° i feber på arbejde, for de er selv nogle slapsvans! Offentlige ledere skal bare sørge for et godt arbejdsmiljø, så skal de ansatte nok komme ind, ja, de vil stå i kilometerlange køer for at få lov at komme på arbejde.

Lad mig lække lidt fakta om arbejdsmiljø:

Arbejdsmiljø begynder i toppen af kransekagen. De gode holdninger og intentioner, der i høj grad er baseret på tillid frem for regler, skal sive som sukkerglasur hele vejen ned ad kagen til bunden på bagepapiret. Desværre fungerer det på samme måde med sure og småparanoide opstød. Kagen bliver bitter og uspiselig og kan slet ikke sælges.

Lige nu skal alle nye afdelinger i kongeriget udarbejde de lovpligtige APV'er, og dermed skal vi igen forholde os til vores aktuelle arbejdsmiljø. Prøv noget nyt, se længere end til din nærmeste leder, se helt op til manden med jagtgeværet. Hvis du synes, han påvirker dit arbejdsmiljø, så skriv det. Er du bekymret for at blive hængt ud og savner beskyttelse, så skriv det. Er du utryk ved bestyrelsens håndtering af din fremtid, så notér det. Det er muligt, at politikerne ikke er meget for arbejdsgiverens rolle, men de bliver nødt til at vedkende sig ansvar for dit arbejdsmiljø. Hvis de ellers vil have resultater.

Og mens skandalerne ruller ind fra skjult kamera og anden alternativ journalistik, og mens ledere og ansatte i hele landet bliver hængt til tørre i al offentlighed, så trøst dig med, at de private firmaer også har deres skandaler. Med store menneskelige og økonomiske tab. De forbliver bare private.

Og tak for det.

"Det er muligt, at politikerne ikke er meget for arbejdsgiverens rolle, men de bliver nødt til at vedkende sig ansvar for dit arbejdsmiljø. Hvis de ellers vil have resultater."