

Ferien står for døren, læs Sygeplejerskens hot og not-liste for dem, der er tilbage • 9

Nordjylland sparer specialuddannelse væk • 18

Humor – et aspekt i mestring af kronisk sygdom og lidelse – Videnskab & Sygepleje • 27

Unge åbner sig i cyberspace • 38

# SYGEPLEJERSKEN 11

**En misbruger  
iblandt os** • 10



## Mindre CO<sub>2</sub>-udslip i klassens børnevenlige bil

### Ny Yaris

Selvfølgelig kan man komme til at slippe en vind i ny og næ. Men så bliver det heller ikke til meget mere for Yaris' vedkommende. Det har vores motoringeniører sørget for. Med fare for at blive kaldt hellige er vi nemlig af den opfattelse, at børnevenlighed også handler om at sikre miljøet af hensyn til vores børn. Og deres. Og deres. Hvis renlighed også er et væsentligt kriterium for valget af *din* næste familiebil, vil du føle dig i ualmindeligt godt selskab på **yaris.dk**



TODAY TOMORROW **TOYOTA**



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



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



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



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



**Sygeplejefaglig  
 medarbejder**  
 Evy Ravn  
 er@dsr.dk  
 Tlf.: 4695 4256



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



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



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



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



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



**Telefax til redaktionen:**  
**3315 1841**

**misbrug**

**10 Der er en misbruger iblandt os**

Det er svært for sundhedspersoner at erkende et misbrug, fordi de risikerer at blive mødt med omverdens fordomme.

**12 Man er så skamfuld, og det gør så ondt**

En kollega foreslog en sovepille. Otte måneder senere var hun misbruger af morfikapreparater.

**15 Når der forsvinder medicin**

**specialuddannelse**

**18 Nordjylland sparer specialuddannelse væk**

Nordjyllands Amt har to gange sløffet et helt hold på uddannelsen i intensiv sygepleje. For at spare.

**20 Generationsskiftet må sikres**

Fire ud af fem sygeplejersker med specialuddannelse er over 40.



**videnskab & sygepleje**

**27 Humor – et aspekt i mestring af kronisk sygdom og lidelse**

En interviewundersøgelse viser, at kronisk sygdom indebærer en sårbarhed, hvor humor kan virke frigørende og livsbekræftende.

**fag**

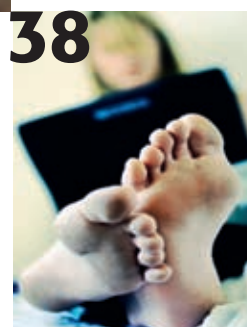
**38 Unge åbner sig i cyberspace**

Ved at benytte internettet som kontaktmiddel lykkes det at få skabt dialog med mange unge diabetikere.

**40 Korrespondancen med Gry**



10



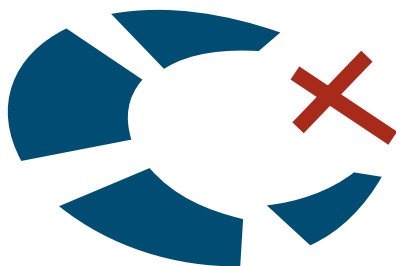
38

**i hvert nummer**

- 6 Aktuelt
- 22 Dansk Sygeplejeråd mener
- 22 Debat
- 24 Synspunkt
- 26 Faglig information
- 37 Anmeldelser
- 43 Dilemma
- 44 Fem faglige minutter
- 45 Stillingsannoncer
- 60 Kurser/Møder/Meddelelser

**Forsidefoto: Michael Daugaard**





# Rekordlav valgdeltagelse

**29 procent.** Da stemmerne var gjort op til Dansk Sygeplejeråds amtsbestyrelsesvalg 2006 stod det klart, at valgdeltagelsen er den hidtil laveste.

Der var ti procent flere kandidater til amtsbestyrelsesvalget 2006 end det tilsvarende valg i 2003, nemlig 222. Desværre var interessen for valget blandt Dansk Sygeplejeråds aktive medlemmer ikke tilsvarende stor. Snarere tværtimod. En gennemsnitlig valgdeltagelse på 29 pct. er den hidtil laveste ved et amtsbestyrelsesvalg.

Som tidligere tegner Hovedstaden sig for den laveste valgdelta-

gelse, kun 23 procent. På Bornholm deltog mere end dobbelt så mange af de stemmeberettigede i valget, nemlig 47 procent.

”Meget skuffende”, siger Dansk Sygeplejeråds formand *Connie Kruckow* om den lave valgdeltagelse og tilføjer: ”Det er ærgerligt, at der ikke er flere medlemmer, der bruger deres demokratiske rettigheder og muligheder.”

## Valgresultaterne:

### Hovedstaden

Valgt til formandsposten: Vibeke Westh (valgt uden modkandidater)

Valgt til bestyrelsen angivet foran navnet, stemmetal efter navnet:

Valgt 1 Sygeplejerske Ken Strøm Andersen, Frederiksberg Hospital 493, Valgt 2 Sygeplejerske Martin Carlson, Københavns Kommune, Hjemmesygeplejen 477, Valgt 3 Sygeplejerske Özlem Cekiç, Rigshospitalet 676, Valgt 4 Sygeplejerske Dorthe Boe Danbjørg, Rigshospitalet 307, Valgt 5 Sygeplejerske Yvonne Dilling, Rigshospitalet 411, 6 Afdelingssygeplejerske Elsa Eriksson, Hvidovre Hospital 281, Valgt 7 Afdelingssygeplejerske John Skytte Hansen, Hvidovre Hospital 361, Valgt 8 Adjunkt Mari Holen, CVU Øresund, H:S Sygeplejerskeuddannelsen 595, Valgt 9 Sygeplejerske Pia Illum, Frederiksberg Hospital 327, Valgt 10 Sygeplejerske Jeanne Norman Jensen, Københavns Kommune, Hjemmesygeplejen 335, Valgt 11 Sygeplejestuderende Lene Jepsen, H:S Sygeplejerskeuddannelsen 342, 12 Sygeplejerske Sarah A.K.H. Jessen, Rigshospitalet 191, Valgt 13 Næstformand Michael Juhl, Hovedstadens Amtskreds 697, 14 Sygeplejerske Sara Knudsen, Hvidovre Hospital 202, Valgt 15 Sygeplejerske Louise Kure, Bispebjerg Hospital 319, 16 Sygeplejerske Merete Madsen, Amager Hospital 215, 17 Sygeplejerske Trine Louise Stougaard Madsen, Rigshospitalet 273, 18 Sygeplejerske Guglielmo Leif Frydenlund Nielsen, Frederiksberg Hospital 307, Valgt 19 Sygeplejerske Tine Jæger Pedersen, Hvidovre Hospital 387, Valgt 20 Sygeplejerske Tina Charlotte Petersen, Amager Hospital 370, Valgt 21 Sygeplejerske Marianne Rasch, Københavns Kommune, Ældreplejen 446, Valgt 22 Sundhedsplejerske Bente Rasmussen, Københavns Kommune, Sundhedsplejen 328, Valgt 23 Sygeplejerske Lonnie Rasmussen, Rigshospitalet 423, Valgt 24 Sygeplejerske Kristina Robins, Bispebjerg Hospital 538, Valgt 25 Sygeplejerske Jørn Nørby Thomasen, Bispebjerg Hospital 426, Valgt 26 Sygeplejerske Gitte Wandschneider, Kirkens Korshærs Natcafé 662.

### Københavns amtskreds

Valgt til formandsposten: Vibeke Schaltz (valgt

uden modkandidater)

Valgt til bestyrelsen angivet foran navnet, stemmetal efter navnet:

Valgt 1 Sygeplejerske Klaus Jørgen Nymark Andersen, KAS Gentofte 339, Valgt 2 Sygeplejerske Lars Musaeus Bertelsen, Børne- og Ungdomspsyk. Center, Glostrup 397, Valgt 3 Sygeplejerske Gordana Bijelic, Krogholmgård Ældrecenter 295, Valgt 4 Sygeplejelærer Ole Bjørke, Sygepleje- og Radiograf-skolen, Københavns Amt 291, Valgt 5 Sygeplejerske Troels Ulrik Carstensen, KAS Gentofte 365, Valgt 6 Sygeplejerske Susan Reinholdt Christensen, KAS Glostrup 379, Valgt 7 Sygeplejerske Susanne Eriksen, KAS Herlev 446, Valgt 8 Sygeplejerske Marianne Elisabeth Halkjær, Glostrup Kommune, Hjemmesygeplejen 346, 9 Sygeplejelærer Sussi Caroline Hansen, Pensionist 205, Valgt 10 Sundhedsplejerske Merete Holm, Brøndby Kommune, Sundhedsplejen 286, 11 Sygeplejerske Rikke Charite Monberg Jarlov, Herlev Kommunalforvaltning 258, Valgt 12 Sygeplejerske Helle Møller Jensen, KAS Glostrup 407, Valgt 13 Sundhedsplejerske Karen Johansen, Hvidovre Kommune, Sundhedsplejen 291, 14 Sygeplejerske Jytte Byriel Kronborg, KAS Herlev 22, 15 Sygeplejerske Charlotte Høffding Larsen, KAS Herlev 208, 16 Oversygeplejerske Helle Johanne Lauridsen, KAS Herlev 233, Valgt 17 Sygeplejerske Bente Taagholt Nielsen, KAS Gentofte 302, Valgt 18 Sundhedsplejerske Line Nordberg, Ballerup Kommune, Sundhedsplejen 270, 19 Sygeplejerske Tina Strand Petersen, KAS Gentofte 236, Valgt 20 Næstformand Henrik Scheibel, Københavns Amtskreds 644, 21 Sygeplejestuderende Ståle Birkeland Skaar, Sygepleje- og Radiografskolen, Københavns Amt 241, Valgt 22 Sygeplejerske Karen Kjær Storgaard, KAS Herlev 365, Valgt 23 Sygeplejerske Helle Vibeke Thorhus, Voksenspsykiatrisk Center, Ballerup 317.

### Frederiksborg

Valgt til formandsposten: Dorte Steenberg (valgt uden modkandidater)

Valgt til bestyrelsen angivet foran navnet, stemmetal efter navnet:

Valgt 1 Sygeplejerske Dorte Bærentzen 363, Valgt 2

Souschef Vera Christensen, Hillerød Sygehus 272, Valgt 3 Sygeplejerske Tina Hald Dannerfeldt, Frederikssund Sygehus 282, Valgt 4 Sygeplejerske Lars Bøgelund Elbrandt, Hillerød Sygehus 374, 5 Sygeplejerske Mette Sofie Haulrich, Hillerød Sygehus 160, 6 Sygeplejerske Marianne Johnsen, Hillerød Sygehus 171, Valgt 7 Sygeplejerske Lisbeth Torp Kastrup, Helsingør Sygehus 285, Valgt 8 Ledende sundhedsplejerske Jette Walsøe Kurstein, Frederiksværk Kommune 249, Valgt 9 Projektsygeplejerske Charlotte Larsen, Frederiksborg amt 23, Valgt 10 Sygeplejerske Charlotte Poulsen, Hillerød Sygehus 205, 11 Sygeplejerske Karen Margrethe Roth, Psykiatrisk Sygehus, Hillerød 164, Valgt 12 Psykiatrisk sygeplejekonsulent Per Thorndahl, Frederikssund Sygehus 261, Valgt 13 Sygeplejerske Gyde Uldall, Frederikssund Sygehus 330.

### Roskilde:

Valgt til formandsposten: Karen Buur Kristiansen (valgt uden modkandidater).

Valgt til bestyrelsen uden modkandidater:

Susann Carlsen, Lise Corneliussen, Nils Kristian Håkansson, Heidi Kanat, Pernille Würtz Madsen, Lis Merete Mogensén, Laila Pertou Ringkøbing, Ann Krogh Sivebæk.

### Vestsjælland

Valgt til formandsposten: Helle Dirksen (valgt uden modkandidater).

Valgt til bestyrelsen uden modkandidater: N. Bjarne Andersen, Irene Glyholt, Bodil Jurunn Golmen, Helle Vivian Kehlet, Birgit Lind Pedersen, Lene Theill Petersen, Kirsten Gurli Rask.

### Storstrøm

Valgt til formandsposten: Mia Linda Møller (Valgt uden modkandidater).

Valgt til bestyrelsen uden modkandidater: Gitte Schibitz Balsfeldt, Anette Nyvalg Hansen, Lars Frandsen Kloster, Ulla Nielsen-Gotsæd, Kim Faarvang Olsen, Helle Ørngreen.

### Bornholm

Valgt til formandsposten: Elisabeth Wichmann (valgt

uden modkandidater).

*Valg til bestyrelsen angivet foran navnet, stemmetal efter navnet:*

Valgt 1 Sygeplejerske Hanne Alexandersen, Døgnplejen, Sydbornholm 99, Valgt 2 Sygeplejelærer Laila Busted, Bornholms Sundheds- og Sygeplejeskole 115, 3 Sygeplejerske Jette Tvede Christiansen, Bornholms Centralsygehus 65, Valgt 4 Sygeplejerske Karen Margrethe Hansen, Bornholms Centralsygehus 134, Valgt 5 Sygeplejerske Heidi Christina Knudsen, Døgnplejen, Sydbornholm 71, Valgt 6 Sygeplejelærer Maj-Britt Fogelstrøm Schönemann, Bornholms Sundheds- og Sygeplejeskole 108, Valgt 7 Sygeplejerske Anne Heerwagen Skov, Kystparken, Rønne 69.

## Fyn

Valgt til formandsposten: Bo Smith (valgt uden modkandidater).

*Valg til bestyrelsen angivet foran navnet, stemmetal efter navnet:*

Valgt 1 Sygeplejerske Lenne Hansen, Sygehus Fyn, Svendborg 444, Valgt 2 Sygeplejerske Line Gessø Hansen, Odense Universitetshospital 419, Valgt 3 Sygeplejerske Tove Holm, Ejby Kommune 413, Valgt 4 Sygeplejefaglig leder Marianne Horstmann, Egebjerg Kommune 466, Valgt 5 Sygeplejerske Dorte Schach Jakobsen, Kerteminde Kommune 365, Valgt 6 Sygeplejefaglig leder Marianne Krämer, Faaborg Kommune 611, Valgt 7 Sygeplejerske Britta Larsen, Odense Universitetshospital 532, 8 Sygeplejerske Karsten Flemming Meisel, Sygehus Fyn, Middelfart 263, Valgt 9 Sygeplejerske Helle Mogensen, Odense Universitetshospital 577, Valgt 10 Sygeplejerske Kirsten Nikolajsen, Odense Universitetshospital 496, Valgt 11 Sygeplejerske Morten Petersen, Odense Universitetshospital 523, Valgt 12 Næstformand Linda Ann Rise, Fyns Amtskreds 89, Valgt 13 Sygeplejerske Jette Skelmosen, Sygehus Fyn, Nyborg 524, Valgt 14 Sygeplejerske Anja Sørensen, Sygehus Fyn, Svendborg 454, Valgt 15 Sygeplejerske Kevin Vilhelmsen, Odense Universitetshospital 447.

## Sønderjylland

Valgt til formandsposten: John Christiansen (valgt uden modkandidater).

*Valgt til bestyrelsen uden modkandidater:* Sabine Asferg, Marianne Brandt Bennetsen, Jytte Pharaon Bonde, Nanny Engholm Fyhn, Doris Hvarregaard, Lene Floor Kousgaard, Kaj Ove Larsen, Malene Sørensen.

## Ribe

Valgt til formandsposten: Anni Pilgaard (valgt uden modkandidater).

*Valgt til bestyrelsen uden modkandidater:* Lise Nedergaard Hansen, Jytte Lystbæk Jensen, Monica Brockdorff Jørgensen, Ina Kristensen, Helle Mehlsen, Ena H. Pedersen, Winnie Brinch Rosenørn, Pia Sørensen.

## Vejle

Valgt til formandsposten: Birgitte Krusell (valgt uden modkandidater)

*Valg til bestyrelsen angivet foran navnet, stemmetal efter navnet:*

Valgt 1 Sygeplejerske Bente Smith Bonde, Kolding Sygehus 350, Valgt 2 Sygeplejerske Søren Bæk, Horsens Sygehus 491, Valgt 3 Sygeplejerske Gerda Strange Frederiksen, Fredericia Sygehus 406, Valgt 4 Di-

striktsygeplejerske Mark Fugmann, Vejle Sygehus 278, 5 Sygeplejerske Jørgen Pram Gad, Horsens Kommune 269, Valgt 6 Sygeplejerske Jette Hagelskjær, Vejle Sygehus 295, Valgt 7 Sygeplejerske Kirsten Hesselund Jensen, Fredericia Sygehus 305, Valgt 8 Sygeplejerske Trine Nørgaard Jomaa, Horsens Kommune 323, Valgt 9 Souschef Jytte Kristensen, Kolding Sygehus 420, Valgt 10 Ass. Områdeleder Pia Annette Larsen, Horsens Kommune 350, Valgt 11 Sundhedsplejerske Bodil Bak Rasmussen, Fredericia Kommune 273, Valgt 12 Sygeplejerske Birthe Gyldenstof Sneum, Kolding Sygehus 461, Valgt 13 Sundhedsplejerske Kirsten Taps, Vejle Kommune 277.

## Ringkøbing

Valgt til formandsposten: Bodil Carstensen (valgt uden modkandidater)

*Valg til bestyrelsen angivet foran navnet, stemmetal efter navnet:*

Valgt 1 Sygeplejerske Marianne Bjørn, Herning Sygehus 568, Valgt 2 Sygeplejerske Anne-Marie Brogård, Holstebro Sygehus 300, Valgt 3 Sygeplejerske Frank Christensen, Herning Sygehus 347, Valgt 4 Sygeplejerske Annette Askjær Dam, Holstebro Sygehus 374, Valgt 5 Konsultationssygeplejerske Bente Foshammer, Lægerne Bryggergade 10, Herning 311, Valgt 6 Anæstesisygeplejerske Alma Katrine Jensen, Holstebro Sygehus 34, Valgt 7 Sygeplejerske Jette Riistoft Nygaard, Lemvig Kommune 291, Valgt 8 Teamleder Bente Alkærsg Rasmussen, Holstebro Kommune 380, 9 Sygeplejerske Birgit Oien Schmidt, Herning Sygehus 236.

## Århus

Valgt til formandsposten: Else Kayser (valgt uden modkandidater)

*Valg til bestyrelsen angivet foran navnet, stemmetal efter navnet:*

Valgt 1 Sygeplejerske Dorthe Bank, Randers Centralsygehus/Grenaa Sygehus 571, Valgt 2 Sygeplejerske Lonnie Basnett, Midtjurs Kommune 463, Valgt 3 Sygeplejerske Susanne Eske Christensen, Århus Kommune 514, Valgt 4 Sygeplejerske Pirkko Dinnesen, Randers Centralsygehus/Grenaa Sygehus 491, Valgt 5 Sygeplejerske Charlotte Dullum, Skejby Sygehus 437, Valgt 6 Sygeplejerske Tove Ebbesen, Skejby Sygehus 467, Valgt 7 Sygeplejerske Lone Glintborg, Skejby Sygehus 413, Valgt 8 Sygeplejestuderende Karin Marie Grosbøll, Sygeplejerskolen i Århus 465, Valgt 9 Sygeplejerske Peter Hartz Hagensen, Århus Sygehus 493, 10 Sygeplejerske Susanne Heckmann, Skejby Sygehus 301, Valgt 11 Sygeplejerske Susanne Lindberg Jensen, Silkeborg Centralsygehus 501, 12 Sygeplejerske Marianne Nørgaard Johansen, Århus Sygehus 267, Valgt 13 Sygeplejerske Rekha Simoni Kotyza, Nørhald Kommune 538, 14 Sygeplejerske Inger Hjorth Kristensen, Randers Centralsygehus 410, Valgt 15 Sygeplejerske Anja Toffbjerglund Laurson, Århus Sygehus 706, 16 Sygeplejerske Hanne Holst Long, Skejby Sygehus 347, Valgt 17 Sygeplejerske Kirsten Blaahjerg Pedersen, Århus Kommune 483, Valgt 18 Næstformand Gert Petersen, Århus Amtskreds 843, Valgt 19 Sygeplejerske Conny Nygård Rasmussen, Århus Kommune 551, Valgt 20 Sygeplejerske Lene Holberg Rasmussen, Århus Sygehus 456, 21 Sygeplejerske Lisbeth Reuss-Schmidt, Randers Centralsygehus 348, 22 Sygeplejerske Helle Barrett Ryø, Århus Sygehus 381, 23 Klinisk vejleder

Birthe Ulsted Sørensen, Socialpsykiatri, Århus 353, 24 Sygeplejerske Hanne Marie Sørensen, Randers Centralsygehus 293, 25 Sygeplejerske Karin Schütt Sørensen, Århus Sygehus 262, Valgt 26 Sygeplejerske Leon Sørensen, Skejby Sygehus 564, Valgt 27 Sygeplejerske Charlotte Thaarup, Århus Sygehus 59, Valgt 28 Sygeplejerske Marianne Würtz, Skejby Sygehus 469, Valgt 29 Sygeplejerske Henrik Ørskov, Psykiatrien, Århus Amt 530.

## Viborg

Valgt til formandsposten: Poul Engholm (valgt uden modkandidater).

*Valg til bestyrelsen angivet foran navnet, stemmetal efter navnet:*

1 Sygeplejestuderende Cecilie Bay Andersen, Sygeplejerskolen i Viborg Amt 168, Valgt 2 Sygeplejerske Helle B. Engelsen, Sygehus Viborg 361, Valgt 3 Sygeplejerske Ane Gleerup, Sygehus Viborg 285, Valgt 4 Sygeplejerske Sussi Hald, Tjele Kommune 219, 5 Sygeplejerske Lotte Harder, Sygehus Viborg 160, 6 Sygeplejelærer Hanne Jakobsen, Sygeplejerskolen i Viborg Amt 143, Valgt 7 Sygeplejerske Helle Susanne B. Laursen, Sygehus Viborg 237, Valgt 8 Sygeplejerske Karin Fenger Madsen, Dragskilde, Thisted 307, 9 Pensionist Edna Mølgaard 66, 10 Sygeplejerske Charlotte Baden Nielsen, Cand.cur.stud., Århus Universitet 91, Valgt 11 Sygeplejerske Jan Otkjær, Sønderøparken, Viborg 189, Valgt 12 Sygeplejerske Ida Pedersen, Sygehus Nord, Thisted 348, 13 Sygeplejerske Edel Nygaard Rüz, Aalestrup Kommune 136, Valgt 14 Afdelingssygeplejerske Annie Margaret Thomsen, Sygehus Viborg 178.

## Nordjylland

Valgt til formandsposten: Jytte Wester (valgt uden modkandidater).

*Valg til bestyrelsen angivet foran navnet, stemmetal efter navnet:*

Valgt 1 Sygeplejerske Bente Bendsen, Aalborg Sygehus 525, Valgt 2 Bestyrer Pia Breiner, Røde Kors Plejehjem, Løgstør 371, Valgt 3 Sygeplejerske Pia Baade, Aalborg Kommune 362, 4 Sygeplejerske Pernille E. Bertelsen Cupido, Aalborg Sygehus 247, Valgt 5 Sygeplejerske Lone Degn, Anæstesisektor Nordjylland 459, 6 Sygeplejerske Yvonne Elisabeth Erichsen, Anæstesisektor Nordjylland 273, Valgt 7 Sygeplejerske Kirsten Højslet, Aalborg Sygehus 605, 8 Sygeplejerske Hanne Birgitte Jensen, Anæstesisektor Nordjylland 285, Valgt 9 Næstformand Lene Holmberg Jensen, Nordjyllands Amtskreds 647, Valgt 10 Sygeplejerske Carin Anette Juul, Psykiatrien, Nordjyllands Amt 326, Valgt 11 Souschef Helle Kjærager Kanstrup, Aalborg Sygehus 458, 12 Sygeplejerske Pia Kirstine Laursen, Anæstesisektor Nordjylland 307, Valgt 13 Souschef Lisbeth Dela Myrup, Anæstesisektor Nordjylland 432, Valgt 14 Sygeplejerske Anna Norre, Aalborg Sygehus 393, Valgt 15 Sygeplejerske Bente Pedersen, Aalborg Sygehus 588, 16 Sygeplejerske Lone Normann Petersen, Sygeplejevikarbureauet APS, Vrå 211, Valgt 17 Sygeplejerske Birte Filtenborg Ploug, Frederikshavn Kommune 435, Valgt 18 Sygeplejerske Lene Stolberg Porup, Aalborg Sygehus 382, Valgt 19 Sygeplejerske Maren-Lis Østergaard Styrbæk, Fjerritslev Kommune 376, Valgt 20 Sygeplejerske Lena Thomsen, Sygehus Himmerland-Farsø 442, Valgt 21 Sygeplejerske Poul Erik Vinkler, Anæstesisektor Nordjylland 465.



## Tatovør hjælper kræftpatienter

**Nyskabelse.** Rigshospitalet yder utraditionel hjælp til de stadig flere brystkræftpatienter, som får genopbygget deres bryst. I to år har en professionel tatovør hjulpet kræftpatienter ved at foretage en medicinsk tatovering af brystvorter.

I mange år blev indgrebet ellers foretaget af lægerne i Ortopæd- og Plastikkirurgisk Ambulatorium i HovedOrtoCentret. Men den praksis blev ændret, da en af ambulatoriets sygeplejersker, *Jane Carter Knudsen*, havde mødt en patient i konsultationen. Patienten fortalte om en professionel tatovør i omgangskredsen, der mente, at brystvortetatoveringen bestemt kunne gøres bedre.

En idé var født.

I dag møder tatovør *Lis Kierstein* hver mandag på Rigshospitalet for at tatovere brystvorteaftegninger. Det første år afviklede tatovøren en ventelistepukkel på 114 patienter, og sidste år tatoverede hun 75 patienter.

Sygeplejerskerne *Jane Carter Knudsen* og *Birgit Søjberg* har banet vejen for ordningen i systemet og har fået lægernes og Infektionshygiejnisk Enheds godkendelse af behandlingen.

"Det har været en stor fordel at få ansat en professionel tatovør. Hun kan noget med farveblandinger, så brystvorteområdet kommer til at se naturligt ud, og patienterne er utrolig glade og tilfredse med hendes flotte resultater. Samtidig er vores venteliste blevet afviklet," siger afdelings-sygeplejerske *Anny Øllegård Jensen* fra Klinik for Ortopæd-, Plastikkirurgi og Brandsårbehandling på Rigshospitalet. (bso)

## Rettelse

I *Sygeplejersken* nr. 8/2006 skrev vi i artiklen "Sundhedsplejerske købte fødevarer til jordskælvs ofre," at *Birgith Søndergaard* havde modtaget 5.000 kr. fra Amtsrådsforeningen. Det er ikke rigtigt. De 5.000 kr. kom fra Hovedstadens amtskreds i Dansk Sygeplejeråd.

*Sygeplejersken* beklager fejlen.

## Sygeplejerske fritstillet fra plejehjemmet Fælledgården

**Undersøgelse.** Den sygeplejefaglige leder af det københavnske plejehjem Fælledgården har frivilligt ladet sig fritstille, imens der foregår en uvildig undersøgelse.

Københavns Kommune har i hast iværksat omfattende undersøgelser af alle københavnske plejehjem pga. den megen medieomtale af et tilsyneladende omsorgssvigt på plejehjemmet Fælledgården. Om-talen startede med et indslag i Søndagsavisen på DR1 den 21. maj optaget med skjult kamera, der bl.a. afslørede en hård tone over for beboerne.

*Sygeplejersken* har forgæves forsøgt at få en kommentar fra den sygeplejefaglige ledelsesgruppe på Fælledgården, men forstander og sygeplejerske *Lasse Bo Nielsen* har frivilligt valgt at lade sig fritstille, imens undersøgelsen foregår, og vil ikke udtale sig i denne periode i henhold til plejehjemmets kommunikationsstrategi.

Undersøgelsen skal være klar den 6. juni. Fælledgårdens souschef, uddannelses- og udviklingssygeplejerske, *Carina Nimb*, afviser at lade sig interviewe til *Sygeplejersken* pga. travlhed med at finde materiale frem til undersøgelsen. I alt er der ansat syv sygeplejersker på Fælledgården. Konstitueret leder på Fælledgården er sygeplejerske *Christian Bartholdy*, der til daglig er leder af plejehjemmet Norges Minde. Han mener ikke, at medierne fremstiller et retvisende og nuanceret billede af Fælledgården.

"Hvis man udstyres med skjult kamera og går rundt i to måneder, tror jeg, det er muligt – jeg kan ikke sige alle steder, men i hvert fald mange steder – at finde situationer, hvor der kan ryge en finke af panden. Det er ikke godt, men man kan ikke gardere sig imod det. Det, der er min opgave, er at sikre, at medarbejderne får opbakning, så de ikke kommer i de situationer," siger *Christian Bartholdy*. (sbk)



FOTO: CLAUDS HAAGENSEN/CHILIFOTO

**Protest.** I Århus var de sygeplejestuderende også ude med bannere den 17. maj ved de landsdækkende demonstrationer mod regeringens velfærdsreform.

## Valg til næstformænd i DSR

**Afstemning.** Ifølge Dansk Sygeplejeråds love, § 28, finder valg af næstformænd sted på en ordinær kongres af og blandt dens medlemmer. Valgperioden er fire år, og genvalg kan finde sted. Den ekstraordinære kongres 1. og 2. marts 2006 besluttede at forlænge valgperioden for DSRs 1.- og 2.-næstformand fra maj 2006 og frem til uge 45, hvor valg finder sted i forbindelse med den ordinære kongres 6.-9. november 2006. Opstillingsfri-

sten er fastsat til den 15. august 2006. Stillerlister vil blive fremsendt til amtskredsene senest den 1. juni 2006 og kan i øvrigt også rekvireres i Dansk Sygeplejeråds sekretariat. Kandidatanmeldelse vedlagt mindst 25 stillere af og blandt de aktive medlemmer skal være Dansk Sygeplejeråd i hænde senest den 15. august 2006 kl. 15.00. Der planlægges møder, hvor næstformandskandidaterne præsenteres i efteråret 2006. (snp)

## Er du sygepleje- studerende & har du brug for et studierelevant job?

Vi mangler vikarer til dækning af vagter i hovedstaden, Københavns Amt, på plejehjem samt i hjemmeplejen.

### AktivGruppe tilbyder:

- Kompetenceudvikling med mulighed for at prøve alle terapiområder
- Teambuildning ved ansættelse
- Gangvagter samt fastevagter på somatiske samt psykiatriske afdeling
- Løn efter overenskomst med DSR.

Uanset hvilket niveau du er på, kan du blive ansat.

Ring på 70228446 og book en tid til indskrivning, eller send en mail til [ag@aktivgruppe.dk](mailto:ag@aktivgruppe.dk).

Du kan læse mere om os på [www.aktivgruppe.dk](http://www.aktivgruppe.dk)

*AG/AktivGruppe*

Strandgade 70, 1.  
1404 København K  
Telefon 70 22 84 46

# Lederne er opmærksomme på misbrug

Af Kirsten Bjørnsson, journalist

**Sprut og piller.** Hvert år kommer omkring 70 sygeplejersker i Sundhedsstyrelsens søgelys, ofte på grund af misbrug (læs artiklerne side 10). Kollegerne er som regel de første, der aner uråd.



FOTO: SØREN SVENDSEN

**Rikke Carter. Sygeplejerske i Medicinsk afdeling M2, Roskilde Amts Sygehus, Køge.**

Har været på en arbejdsplads, hvor en kollega havde et misbrug.

**Hvordan fandt I ud af det?**

"Vi kunne se og lugte det. Hun gik også fra arbejdet, skulle lige have frisk luft. En aften, hun skulle i nattevagt, bad jeg hende gå hjem igen. Hun var så beruset, at jeg ikke syntes, det var forsvarligt. Så tog jeg kontakt til ledelsen."

**Blev problemet håndteret ordentligt af ledelsen?**

"Ja, der blev lavet en ordning om, at hun gik i behandling."

**Hvad skal man gøre, hvis man får en mistanke?**

"Jeg ved ikke ... Vi konfronterede hende med det og spurgte, om hun havde brug for hjælp. Det ønskede hun ikke. Men så kom episoden med nattevagten."



**Mia Henriksen. Sygeplejerske i Ortopædkirurgisk afdeling H2, Roskilde Amts Sygehus, Køge.**

Har ikke oplevet, at en kollega havde et misbrug af alkohol eller piller.

**Man siger, at 10 pct. af befolkningen har et misbrugsproblem, tror du, det er mere eller mindre udbredt blandt sundhedspersonale?**

"Jeg tror, det er mindre. Ud fra at jeg aldrig selv har været ude for det."

**Hvad ville du gøre, hvis du fik en mistanke til en kollega?**

"Jeg ville gå til afdelingssygeplejersken. Men jeg ville nok synes, jeg skulle være meget sikker. Der kan jo ligge noget andet til grund. Man er mere sikker, hvis andre også har en formodning. Men så ville jeg også gå til ledelsen frem for at snakke i skyllerummet."



**Charlotte Bækø. Sygeplejerske i Medicinsk afdeling M2, Roskilde Amts Sygehus, Køge.**

Har været på en arbejdsplads, hvor en kollega havde et misbrug.

"Ja, jeg har i hvert fald været ude for, at vi havde en stærk mistanke til en læge."

**Hvordan fandt I ud af det?**

"Når hun var i vagt, virkede hun mere og mere højtrøstet. Var i løftet stemning, men kunne også virke sløv. Og vi kunne have problemer med at få fat i hende, når hun var i vagt."

**Blev problemet håndteret ordentligt af ledelsen?**

"Ja, jeg ved, der blev taget hånd om det og snakket med hende. Jeg ved ikke, hvad det endte med. Men det behøver jeg heller ikke at vide."

**Hvad skal man gøre, hvis man får en mistanke?**

"Gå ind i det. Det er svært, fordi mange vil føle, de skal være 100 procent sikre. Men det er også omsorgssvigt, hvis man ikke gør."



**Susanne Nielsen. Afdelings- sygeplejerske i Ortopædkirurgisk afdeling H2, Roskilde Amts Sygehus, Køge.**

Har været på en arbejdsplads, hvor en kollega havde et misbrug.

**Hvordan fandt I ud af det?**

"Hun lugtede af Gammel Dansk om morgenen og kastede tabletter ind hele tiden. Men man tænkte, det kan ikke passe. Hun var en dygtig sygeplejerske, pligttopfyldende, havde altid styr på alting."

**Blev problemet håndteret ordentligt af ledelsen?**

"Ja. Der gik selvfølgelig nogen tid. Men hun kom på Minnesotakur og er clean i dag."

**Hvad skal man gøre, hvis man har en mistanke?**

"Man skal sige det til ledelsen, og det skal være den dag, man opdager det. På minutet. Hvis der går lang tid, før nogen siger, at de kunne lugte noget en bestemt dag – det kan lederen ikke stille noget op med. Det er også vigtigt, for at personen kan få hjælp."



**Ferien står for døren.** Hvad er hot, og hvad er not for dem, der er tilbage?

## HOT

**1** kærnemælkskoldskål i kantinen på årets varmeste dag

**2** at få *Mads Mikkelsen* indlagt med Hoffmans apparatur i helt, helt hjælpeløs tilstand, men ved fuld bevidsthed

**3** bomuldsuniform, der ikke klæber til benene i varmen

**4** gennemsigtigt nylon, der klæber til benene i varmen

**5** tre dage uden nye patienter midt under Tour de France

**6** at fagbladet holder sommerferie og først kommer igen om en måned

**7** komme hjem fra ferie og få fagbladet ind ad døren

**8** en hel uge, hvor der ingen sygemeldinger er

**9** når afdelingssygeplejersken har lavet sommersalat til personalefrokosten med radiser og agurker fra eget drivhus

**10** at dagvagten har husket at bestille aftensmad til søndag, inden hun gik på ferie



## NOT

**1** hjemmelavet islagkage fra *Fru Rasmussens* datter på årets varmeste dag rørt med salmonellææg

**2** selv at blive indlagt i helt, helt hjælpeløs tilstand, men ved fuld bevidsthed på den underbemandede naboafdeling

**3** at komme til at bumpe ind i en patient med armen i Hoffmans apparatur og opdage, at patienten er Mads Mikkelsen

**4** nylon, der klæber til benene i varmen

**5** personalemøde lige når Tour de France er nået til kongeetapen på L'Alpe d'Huez

**6** at den nye reservelæge fløjter, uanset om han læser journaler eller lægger drop

**7** glemme at fortælle, at koblingen er gået på hjemmeplejebilen og gå på ferie

**8** nattevagtens klipklapper, der holder alle patienter vågne

**9** flæskesteg i kantinen på årets varmeste dag

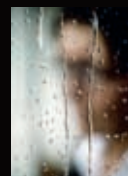
**10** at skulle indføre ny elektronisk patientjournal i den stille sommerperiode.

redaktionen@dssr.dk



# Der er en

**Abstinenser.** Det er svært for sundhedspersoner at erkende et misbrug, fordi de risikerer at blive mødt med omverdenens fordømmelse. De har brug for et særligt tilbud.





# misbrugere iblandt os

”Det føles som en stor lettelse at finde nogle mennesker, som forstår, hvad det vil sige at være misbruger. Andre mennesker forstår det ikke. Det er en higende fornemmelse. Det er ikke noget planlagt, det sker bare. Man er så skamfuld, og det gør så ondt. Man kan gå så mange gange frem og tilbage til det medicinskab, før man tager noget,” siger sygeplejersken, som medvirker i artiklen ”Man er så skamfuld, og det gør så ondt” på side 12.

Hun er én af de otte sygeplejersker, som hver torsdag mødes på Bispebjerg Hospital til gruppeterapi for deres misbrugsproblemer med alkohol og stoffer. Behandlingen er et nyt tilbud til alle sundhedspersoner i regionen.

Hvert år kommer omkring 70 sygeplejersker og næsten lige så mange læger i Sundhedsstyrelsens søgelys på grund af deres misbrug. Formodentlig er der langt flere sundhedspersoner, der har et større eller mindre misbrugsproblem. Behandlere

skønner, at omkring 10 pct. af befolkningen har misbrugsproblemer, og intet tyder på, at tallet er mindre for sundhedspersonale, som oven i købet er i kontakt med hårde stoffer via deres arbejde.

”Sygeplejersker er de små engle, der kan klare andres problemer. Det er svært at indse, at man har brug for hjælp,” fortæller klinisk oversygeplejerske *Marianne Gunst-Møller*, der sammen med psykiater og overlæge *Finn Zierau* står for den nye behandling under Alkoholenheden i Hovedstadens Sygehusfællesskab.

”Og når sygeplejersker skal fortælle andre mennesker om deres misbrug, risikerer de at blive mødt med fordømmende bemærkninger som: ”Hvor mange mennesker har du slået ihjel?””



**Sovepillen.** Hun havde svært ved at falde i søvn efter aftenvagterne. En kollega foreslog en sovepille. Otte måneder senere var hun misbruger af morfikapreparater.

Hun er midt i 30'erne og arbejder som sygeplejerske på en kirurgisk afdeling på et provinshospital. Hun ser tjeppet ud og er smart på en afslappet måde. Hun sætter en ære i at være dygtig. Har hele sit liv været typen, der fik gode karakterer. En stille, dygtig pige. Hun betegner sig selv som perfektionist og kontrollfreak. Man vil ikke gætte, at hun hver torsdag tager turen til Bispebjerg Hospital for at mødes med et hold sygeplejersker, som har det til fælles, at de er misbrugere af enten stoffer eller alkohol.

Hendes misbrug startede i 1999. Det sidste tilbagefald skete i 2004, men hun går stadig til kontrol hver uge, og hun mener selv, at hun altid vil være i risiko for misbrug af stoffer. Kollegerne og lederen på den afdeling, hvor hun er ansat, kender hendes problem.

#### Operationssmerter

Selve misbruget startede i 1999, men det var en enkelt ketogan, som hun fik et par år tidligere, der var med til at sætte det i gang. Hun havde smerter efter en operation, men var samtidig midt i en stor sorg, og hun opdagede, at medicinen også lettede den psykiske smerte for en kort tid.

”Det gav mig en ro, som jeg havde brug for. Jeg forsøgte at få mere medicin, men den sygeplejerske, jeg spurgte, kunne godt spotte, at det ikke længere var operationssmerterne, det handlede om.”

Et par år senere, i 1999, var der en periode med meget at se til. Hun var blevet mor, og der var samtidig alvorlig sygdom i den nærmeste familie. Det var svært at falde i søvn, når hun kom hjem fra aftenvagte. En kollega gav hende det råd at tage en sovepille.

”For hende virkede det åbenbart, men for mig blev det til, at det også kunne være rart at få ro om morgenen. Det gik hurtigt

over til morfika. Det er ikke det samme som at være alkoholmisbruger. Jeg kunne sagtens passe mit arbejde og mit barn. Jeg var perfektionist, altid den første, der mødte, altid orden i alting. Jeg passede på ikke at blive opdaget.”

Medicinen var lettilgængelig. ”Der blev ikke holdt nøje regnskab med morfikaen. Man kunne bare ringe og bestille det. Nu, hvor apotekerne holder øje med journaler og forbrug, er det blevet sværere,” siger hun.

Det billede, kollegerne havde af hende, passede langtfra med den person, hun var inde under den professionelle facade. En facade, som hun brugte mange kræfter på at opretholde.

”Jeg havde det så elendigt. Jeg forsøgte at få hjælp og ringede rundt til misbrugscentre, men de kunne ikke hjælpe mig.”

Hun passede ikke ind i de tilbud, der var. F.eks. et halvt års intensivt afvænningsforløb for narkomaner eller afvænnning af alkoholmisbrug. Hun passede heller ikke ind hos hverken Anonyme Alkoholikere (AA) eller Narcotics Anonymous (NA).

#### Brød sammen og tilstod

En dag ringede telefonen hjemme i hendes lejlighed. Det var en kollega, som spurgte: ”Har du et problem?”


”Det var en god og omsorgsfuld kollega, der ringede, og jeg brød sammen og tilstod med det samme. De havde opdaget, at der manglede medicin, og to kolleger havde sat sig ned og sammenlignet, hvornår morfikaregnskabet ikke stemte, og hvem der havde været på vagt i de tidsrum. Først dér blev der fattet mistanke til mig.”

Hun mener, at det kom som et chok for kollegerne, da de erfarede, at hun var misbruger og havde stjålet medicin fra afdelingen igennem mange måneder.

”Det groteske er, at kollegerne på afde- ▶

►► **ANONYM.** Af hensyn til sin familie vil sygeplejersken, der medvirker i denne beretning, ikke stå frem med sit rigtige navn, men navnet er redaktionen bekendt. Hendes forældre og hendes kæreste kender hendes problem, men hendes teenagedatter gør ikke. Detaljer om den nærmeste familie er bevidst udeladt.

# Man er så skamfuld,



"Mine kolleger har ikke klandret mig. De accepterer mig trods mit misbrug, og de har vist mig respekt, fordi jeg gør noget ved mit problem. De har ikke tvivlet på min faglighed."

og det gør så ondt

► lingen fik tilbudt psykologhjælp, mens jeg blev sendt hjem på halvanden måneds orlov. Jeg henvendte mig selv til sygehusets alkoholenhed og spurgte, om jeg ikke kunne få hjælp, men ham, jeg talte med, sagde blot, at ”du ser jo helt normal ud.””

Kollegerne tog det faktisk rigtig flot, mener hun. Der blev talt åbent om problemet, og flere tilbød hende samtaler, hvis hun havde brug for det.

Hun blev meldt til embedslægen. ”Sådan gør man, når der er en misbrugssag. Jeg skulle møde til kontroller, og behandlingen bestod i samtaler,” fortæller hun.

Der findes forskellige sanktioner over for sundhedspersoner, der misbruger stoffer og alkohol. Det betød, at i de næste to år skulle hun oplyse evt. nye arbejdsgivere om sit tidligere misbrug. I et halvt år måtte hun ikke få udleveret nøglen til medicinskabet.

### Et råb om hjælp

Siden misbruget blev opdaget i 1999, har hun haft to tilbagefald. Senest var i 2004, hvor hun en enkelt dag tog mange piller. Hun var ansat på en ny afdeling på det samme sygehus, hvor misbruget blev opdaget første gang. Hun havde fortalt ledelsen om sit tidligere misbrug. Efter eget ønske havde hun bedt om ikke at få nøglen til medicinskabet. Hun ville ikke risikere at komme under mistanke.

”Jeg gjorde noget rigtig dumt, men jeg tror faktisk, at det var et råb om hjælp. Jeg gik ned på en anden afdeling og lånte morfika og skrev under på det, og det blev straks opdaget.

Mine kolleger har ikke klandret mig. De accepterer mig trods mit misbrug, og de

**”Jeg er den, jeg er. Jeg skammer mig over det, jeg har gjort, men jeg kan ikke lave om på det. Jeg er også en dygtig sygeplejerske, som kan mine ting.”**

har vist mig respekt, fordi jeg gør noget ved mit problem. De har ikke tvivlet på min faglighed.”

Den nye hændelse betød også, at hun endnu en gang blev anmeldt til embedslægen og fik nye sanktioner i form af oplysningspligt og ingen adgang til medicinskabet. Hun er aldrig blevet meldt til politiet

### ►► GÅ IKKE ALENE MED DIT PROBLEM. Du kan få hjælp hos:

- Din egen læge, som har tavshedspligt.
- Embedslægen, som ikke har ret til at indberette misbrugsproblemer til arbejdspladsen. Hvis han er i tvivl, om du er egnet til at arbejde, vil embedslægen tilråde, at man sygemelder sig og han vil hjælpe med at finde en behandling.
- Alkoholenheden på Bispebjerg Hospital på tlf. 3531 6040. Den særlige behandling til sundhedspersonale er en kombination af gruppeterapi, individuel terapi af kognitivt tilsnit og kontrol. Nogle går til kontrol hver dag, andre en gang om ugen.
- En på din arbejdsplads, som du har tillid til. Det behøver ikke være så tabubelagt at fortælle, at man har haft nogle personlige problemer og har taget medicin eller haft et for stort alkoholmisbrug, hvis man gerne vil ud af misbruget eller er ude af misbruget og går i kontrol.
- Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse på telefon 4695 3111, som er det direkte nummer til jobkonsulent og sygeplejerske *Lykke Østerlin Koch*. Her kan du få råd om behandlingssteder i hele landet og om, hvordan du skal forholde dig i forhold til din arbejdsgiver. Du kan få hjælp til at blive revalideret ud af faget. Meget få tidligere stofmisbrugere kan tåle at gå op og ned ad medicinskabet. Flere sygeplejersker, som er tidligere misbrugere, arbejder i dag som sygeplejelærere eller i helt andre brancher som f.eks. kordegn, bibliotekar eller datamatiker.

### ►► SLØVHED OG SVINGENDE HUMØR. Sygeplejersken har samlet oplysninger om typiske træk ved stofmisbrugere fra de kilder, der optræder i artiklerne om misbrug.

- Der er en tendens til, at kvinder oftere misbruger medicin, mens mænd oftere er alkoholmisbrugere.
- Misbrugere søger arbejdspladser, hvor medicinen er særlig lettilgængelig som f.eks. anæstesi- og operationsafdelinger, opvågning, kirurgiske afdelinger, skadestuer og i primær sektor. For ikke at blive opdaget vælger medicinmisbrugere ofte at tage nattevagter og vikariater.
- Medicinmisbrugere går typisk stille med dørene og er påpasselige med at møde op til tiden – bl.a. for at få fat i stoffet. Kendetegn kan dog være sløret blik, små pupiller, sløvhed og et svingende humør.

for tyveri af medicin, og det har heller aldrig været på tale, at hun skulle miste sin autorisation, for hun er aldrig blevet pågrebet i påvirket tilstand på arbejde. Hun understreger også, at hun aldrig har været påvirket på arbejde.

Embedslægen henviste hende til behandling hos Alkoholenheden på Bispebjerg Hospital. Den behandling bestod i kontroller og samtaler. Hun har selv presset på for at få oprettet et hold af sundhedspersoner til gruppeterapi.

### Tog ordet på personalemødet

Nye sider af hende selv er dukket frem, efter hun er sluppet af med det pres, som misbruget lagde på hende. Dengang skulle hun altid være perfekt og holde lav profil for ikke at blive opdaget. Nu tør hun tage ordet og sige sin mening. Hun forsøger ikke længere at redde hele verden, men har indset, at hun må sige fra over for

nogle opgaver og blive bedre til at bede andre om hjælp. Hun er stadig ansat på samme afdeling, som da det sidste tilbagefald blev opdaget.

”En dag fandt jeg ud af, at mine kolleger havde talt om mig på et personalemøde, og de var lidt undskyldende over for mig. Derfor besluttede jeg på næste personalemøde at tage ordet og fortælle min egen version af historien.”

Hun har besluttet at være åben om sit misbrug. Det nytter heller ikke at skjule det, for rygterne går alligevel. Grænsen for åbenhed går dog ved at stille sig frem med navn og foto i al offentlighed af hensyn til hendes familie.

”Jeg er den, jeg er. Jeg skammer mig over det, jeg har gjort, men jeg kan ikke lave om på det. Jeg er også en dygtig sygeplejerske, som kan mine ting.”



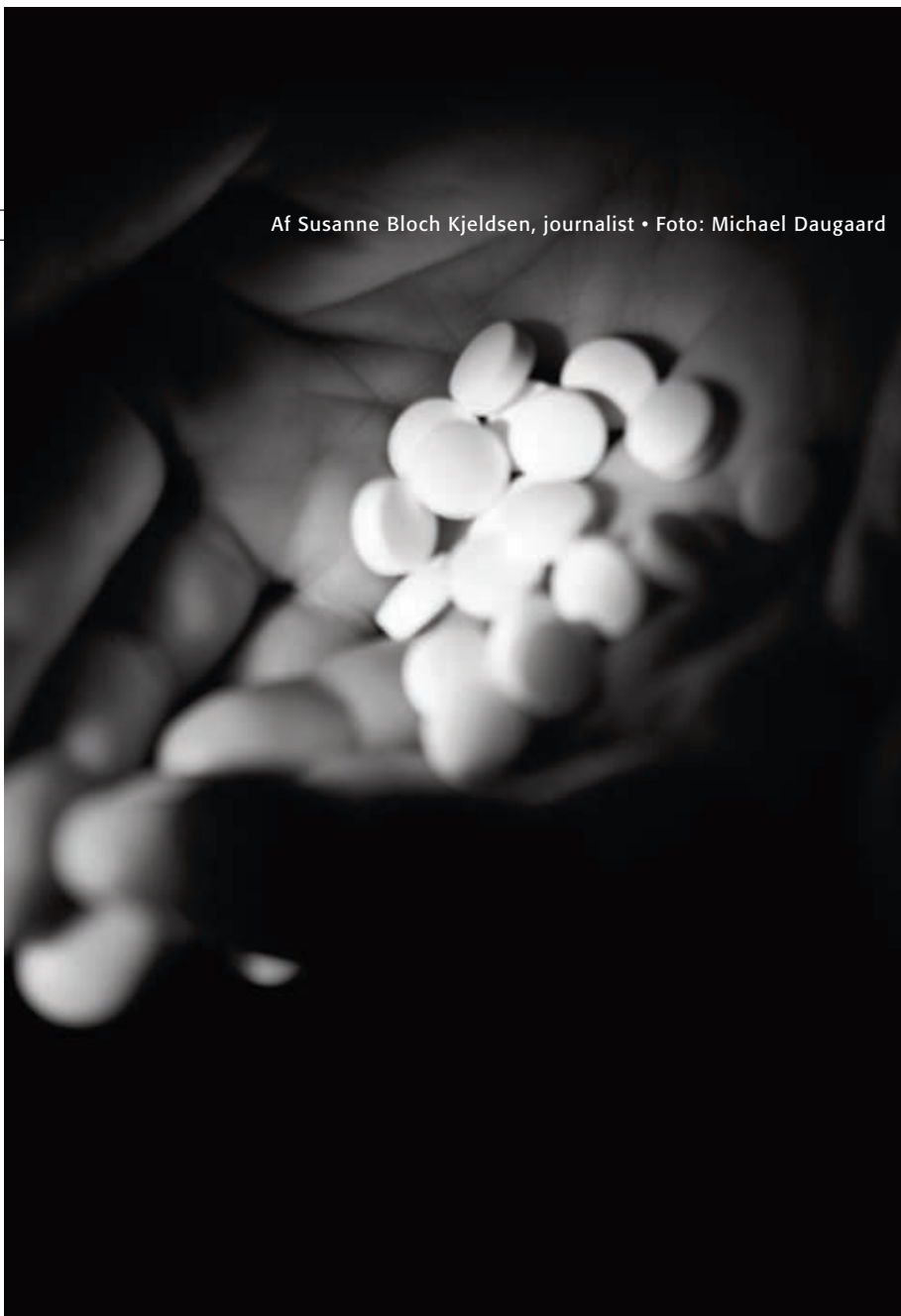
Antallet af læger og sygeplejersker, der hvert år registreres i Sundhedsstyrelsen, pga. deres misbrug har været stabilt over de seneste år.

Af Susanne Bloch Kjeldsen, journalist • Foto: Michael Daugaard

11/2006

15

Sygeplejersken



# Når der forsvinder medicin

**Ampulsvind.** På Rigshospitalets anæstesi- og operationsklinikker har man indført et advarselssystem på tre niveauer, der skal sikre overvågning med, at der ikke forsvinder store mængder medicin, uden nogen opdager det.

På en af Rigshospitalets anæstesi- og operationsklinikker oplevede man i 1997, at der forsvandt store mængder narkotika fra medicinskabene, hvor der dengang var fælles nøgle til alle skabe i de fem klinikker. Da klinikledelsen ikke kunne finde årsagen, blev medicintyveriet anmeldt til politiet. De besluttede, at

der skulle sættes overvågningskameraer op, og det viste sig, at det var en ansat, der stjal.

”Den hændelse førte til, at vi fik separate nøgler til medicinskabene, så det ikke var den samme nøgle, der gjaldt til alle skabene. Det betød også, at vi udviklede et advarselssystem på tre niveauer,” for-

tæller klinisk oversygeplejerske *Jakob Vedtofte*.

Systemets laveste niveau er den almindelige rutinemæssige kontrol, som altid finder sted. Her har nogen ansvaret for at tjekke, at den medicin, der bliver bestilt hjem, svarer nogenlunde til det, der er blevet brugt. Og de ledende sygeplejersker ►

► har ansvaret for at kontrollere og sammenligne forbruget den enkelte måned med øvrige måneder. Derudover kontrollerer apotekerne løbende medicinlisterne og laver en stjernemarkering ved tal, der afviger, f.eks. et stigende forbrug.

”Vi bruger meget medicin, og det skal være lettilgængeligt af hensyn til patienterne. Derfor fører vi i det daglige ikke regnskab med hver enkelt ampul,” siger Jakob Vedtofte.

Niveau 2 i advarselssystemet træder i kraft, hvis noget tyder på, at der forsvinder medicin, og forbruget ikke umiddelbart kan forklares.

”Så indfører vi en skærpet overvågning, hvor vi dagligt kontrollerer forbruget og tæller medicinen op. Det højeste niveau af overvågning er niveau 3, når vi går ind og holder regnskab med hver eneste ampul,” siger Jakob Vedtofte. Han kan huske tre-fire misbrugssager, hvor niveau 3 i alarmsystemet har været i brug.

Ud over at holde regnskab med morfika

Meget få tidligere stofmisbrugere kan tåle at gå op og ned ad medicinskabet. Flere sygeplejersker, som er tidligere misbrugere, arbejder i dag som sygeplejelærere eller i helt andre brancher som f.eks. kordegn, bibliotekar eller datamatiker.

er Rigshospitalets anæstesi- og operationsklinik bevidst om at informere nye sygeplejersker om medicinmisbrug som en erhvervsrisiko.

”Vi har flere gange haft problematikken oppe forbindelse med undervisning, hvor vi har diskuteret, hvordan vi kan være opmærksomme på symptomer på misbrug, og hvordan vi kan drage kollegial omsorg for en kollega,” siger Jakob Vedtofte.

*sbk@dsr.dk*



UNIVERSITY COLLEGE  
VITUS BERING DANMARK



## Diplomuddannelsen i Ledelse

Diplomuddannelsen er procesorienteret med fokus på lederrollen, organisatorisk ledelse og organisationsudvikling. På uddannelsen får du teoretiske værktøjer til at løse praktiske problemer i din hverdag. Uddannelsen er opbygget i en række moduler, som udvikles hele tiden. På den måde kan du målrette uddannelsen til dit behov. Gæsteforelæsere og undervisere med relevant erhvervs erfaring sikrer et højt niveau.

**Tilmeld dig nu – vi starter  
nye hold til september**

Se mere på [www.vitusbering.dk](http://www.vitusbering.dk)  
eller kontakt os på tlf. 76255000  
eller [uc@vitusbering.dk](mailto:uc@vitusbering.dk)



## Livsmod, Livsglæde og Eksistens

Et kursusforløb, der henvender sig til alle med interesse i personlig og faglig udvikling.

Der arbejdes respektfuldt med den enkelte deltagers livskvalitet, ønsker og mål. Personlige hindringer for hensigtsmæssig handling bearbejdes og handlekraft og livsglæde øges.

Kursuslederne er universitetsuddannede psykologer og psykoterapeuter med 14 års erfaring i at afholde kurser. Vi arbejder ud fra moderne gestaltterapeutiske og kognitive metoder.

Kurset er et selvstændigt forløb og samtidig adgangsgivende til vores 2 årige terapeutiske efteruddannelse.

**Kursusstart og slutning:** 26/10 2006  
**Omfang:** 3 x 3 døgn samt 2 x 1 døgn  
**Pris:** 7.500,- (15% rabat til privatpersoner)



for Integreret  
Krop- og Gestaltterapi



Lilian Tarp 86 85 60 90 • Michael Fitzgerald 86 23 23 91 • [www.ikg.dk](http://www.ikg.dk)



step into a better body



### Jobtræning... – nyd et godt helbred!

MBT er et revolutionerende udvalg af fodtøj, som reetablerer de naturlige betingelser for at stå og gå. Med sko fra MBT mindsker du belastningen af dine led med hele 27% og øger aktiviteten i mave-, ben- og sædemusklerne. Virkningen er bl.a. dokumenteret ved forskningsuniversiteter i England og Canada. Sko fra MBT anbefales af autoriserede fysioterapeuter.



Bemærk Masai Sensoren som bl.a. mindsker belastningen på leddene.

# Verdens mindste motionscenter. Med sko fra MBT træner du kroppen skridt for skridt – MBT giver begrebet jobtræning en ny betydning!



Find din nærmeste MBT-Shop eller forhandler på [www.mbt-danmark.dk](http://www.mbt-danmark.dk).





**Kortsynet.** Nordjyllands Amt har to gange sløjftet et helt hold på uddannelsen i intensiv sygepleje. For at spare. En risikabel strategi, lyder det fra Amtsrådsforeningen.

# Nordjylland sparer intensivuddannelse væk

For anden gang sparer Nordjyllands Amt en hel årgang væk på specialuddannelsen i intensiv sygepleje.

Det er især vikarudgifter i de afdelinger, hvor sygeplejerskerne er ansat, der gør uddannelsen dyr. For at spare har amtet nu valgt at sløjfe de 16 uddannelsespladser, der skulle have begyndt den 1.

**”Hvis det er et generelt problem, at man holder igen med at uddanne specialuddannet personale, så tænker amterne kortsigtet.”**

*Bent Hansen, formand for Amtsrådsforeningens Sundhedsudvalg.*

juli i år. Det er anden gang inden for kort tid. I 2004 blev der heller ikke uddannet intensivsygeplejersker i Nordjylland.

I forvejen er Nordjyllands Amt det sted i landet med færrest uddannede intensivsygeplejersker. Her har kun 50 pct. af de ansatte på intensivafdelingerne taget uddannelsen.

Hos Fagligt Selskab for Anæstesi-, Intensiv- og Opvågnings- og sygeplejersker (FSAIO) ser man med stor bekymring på de nedlagte uddannelsespladser.

”En indstilling af uddannelsen vil betyde en kvalitetsforringelse for patienterne, der i forvejen er hospitalssystemets allersvageste. Samtidig med at man sparer, stiller man større krav til personalet. I dag sederer man f.eks. ikke patienterne i sam-

me grad som hidtil, og det kræver højere tilsyn og større ekspertise fra sygeplejerskernes side,” siger *Birte Barktoft*, der er formand for FSAIO.

Nedlæggelsen af holdet kommer på trods af, at formanden for Amtsrådsforeningens Sundhedsudvalg, *Bent Hansen* (S), flere gange har udtalt, at det er vigtigt for hele sundhedsvæsenet, at sygeplejerskerne specialiserer og efteruddanner sig. Han kalder Nordjyllands Amts besparelse på intensivspecialuddannelsen for kortsigtet.

”Det er en risikabel strategi, synes jeg. Jeg kender ikke normeringen i Nordjylland, men der er i hvert fald problemer forskellige steder i landet. Derfor har vi brug for at have den nødvendige kapacitet til rådighed.

Om nordjyderne mener, at de har den nødvendige kapacitet – det ved jeg ikke. Men hvis det er et generelt problem, at man holder igen med at uddanne specialuddannet personale, så tænker amterne kortsigtet,” siger Bent Hansen.

## Pengene brugt på frit valg

Også i Dansk Sygeplejeråd stiller man sig meget undrende. 2. næstformand *Aase Langvad* siger om besparelserne:

”Inden for sygehusvæsenet ser vi, at patienterne bliver dårligere, og sygeplejen bliver mere kompleks. Der er behov for

højtuddannede sygeplejersker til at varetage, pleje og behandle de patienter. Undersøgelser viser, at jo højere uddannelse plejepersonalet har, desto større er chancen for overlevelse.

Derfor kan det være svært at forstå, at Nordjyllands Amt nedprioriterer uddannelsen, og i sidste ende kan det blive dyrere





Aase Langvad, 2. næstformand i Dansk Sygeplejeråd: "Undersøgelser viser, at jo højere uddannelse plejepersonalet har, desto større er chancen for overlevelse."



bl.a. i form af genindlæggelser. Det har omkostninger og store konsekvenser for den enkelte patient, hvilket er uacceptabelt, men bestemt også for amtet," siger hun.

I Nordjyllands Amt er man ikke glade for igen at indstille intensivuddannelsen. Man forsvarer sig med, at det kun er en midlertidig løsning.

"Det er min forventning, at vi får rettet op på underskuddet af specialuddannede intensivsygeplejersker. Det er en diskussion for det kommende regionsråd," siger *Karl Borenhøft* (SF), der er formand for sundhedsudvalget i Nordjyllands Amt.

"Men jeg vil ikke lægge skjul på, hvorfor vi bliver nødt til at finde besparelser på

sygehusbudgettet. Det er, fordi behandlingsgaranti og frie valg udsuger amtets pengekasse. Det bliver de kommende regionsråd og regeringen nødt til at finde en løsning på, ellers bliver det umuligt at lave langsigtede løsninger i sundhedsvæsenet."

*lfp@dssr.dk*

►► **SYGEPLEJERSKER I REGISTER.** I dag er der ikke nogen myndighed, der har eksakt overblik over, hvor mange specialuddannede sygeplejersker der findes. Derfor vil Dansk Sygeplejeråd gerne slå på tromme for et centralt register placeret i Sundhedsstyrelsen, hvor man kan se, hvor mange sygeplejersker der bruger deres specialuddannelse.

”Det er utrolig vigtigt, at man ved, hvor mange der er aktive inden for de forskellige specialområder. Ellers kan man ikke vurdere, hvor mange specialuddannede sygeplejersker der er behov for,” siger 2. næstformand *Aase Langvad*.

Det er formanden for Amtsrådsforeningens sundhedsudvalg *Bent Hansen* (S) helt enig i. Og understreger, at det er vigtigt at kende det fremadrettede behov, der kommer i forbindelse med den nye sygehusstruktur.

I Sundhedsstyrelsen medgiver chefsygeplejerske *Ruth Truelsen*, at et centralt register vil være hensigtsmæssigt, og det står også på hendes ønskeseddel.

”Det er ikke noget, vi har drøftet i Sundhedsstyrelsen og derfor ikke noget, der vil blive afsat penge til endnu. Det kunne relativt nemt etableres med den teknologi, der er i dag,” siger *Ruth Truelsen*.

# Generationsskiftet må

**Gråhåret specialviden.** Fire ud af fem sygeplejersker med specialuddannelse er over 40 år. Der skal uddannes flere, så sundhedsvæsenet ikke kommer til at mangle specialviden, når de holder op. Den bliver der nemlig mere og mere brug for.

Det bliver patienterne, det går ud over, hvis ikke der bliver uddannet flere specialuddannede sygeplejersker.

Ifølge beregninger, som Dansk Sygeplejeråd har lavet, er der lige godt 3.000 sygeplejersker, der i dag bruger deres specialuddannelse inden for anæstesi eller intensivsygepleje. Af de 3.000 er knap 80 pct. over 40 år.

Disse tal vækker bekymring hos Dansk Sygeplejeråd. De mener, at der er behov for, at amterne sammen med Sundhedsstyrelsen laver en strategi for, hvordan man i fremtiden vil sikre sig, at der er specialuddannede sygeplejersker nok. Undersøgelser peger på, at jo mere veluddannet sundhedspersonalet er, desto færre fejl bliver der begået.

”I mine ører lyder 3.000 specialuddannede sygeplejersker ikke af mange, når man tænker på alle de områder, som i dag har behov for specialuddannede sygeplejersker. Det er også vigtigt at tænke ud i fremtiden. Der bliver behov i sygehusvæsenet, men også i kommunerne, f.eks. for specialuddannede i akutmedicinsk sygepleje, i kræftsygepleje og even-

tuelt inden for diabetesområdet,” siger 2. næstformand *Aase Langvad*, Dansk Sygeplejeråd.

Heller ikke formanden for Amtsrådsforeningens Sundhedsudvalg, *Bent Hansen* (S) er i tvivl om, at hvis sundhedsvæsenet skal styrkes, skal flere sygeplejersker have en specialuddannelse.

”Hvis man skal se fremadrettet og bl.a. kigge på kræftområdet, så vil der være behov for specialuddannede sygeplejersker. Der vil også være behov for specialuddannelser på en række andre specialer – det er jeg ikke i tvivl om,” siger *Bent Hansen*.

Han frygter på sundhedsvæsenets vegne det, han kalder for den demografiske udfordring.

”Der er i dag mange sygeplejersker i halvtredserne. De nærmer sig pensionsalderen, og det betyder, at vi har ophobet et problem med stor afgang af personale. Det gælder også for sygeplejersker med specialuddannelse. Og efterspørgslen på specialuddannede sygeplejersker bliver ikke mindre, når vi samtidig kan se en tendens til øget specialisering inden for sundheds-

væsenet med accelererede patientforløb osv.,” siger han.

## Dobbelt overarbejde

Beregningerne fra Dansk Sygeplejeråd viser også, at intensiv- og anæstesisygeplejerskerne har dobbelt så meget overarbejde som almindelige sygeplejersker. Det bekymrer Dansk Sygeplejeråd.

”Statistikken for overarbejde taler for sig selv. Der er behov for at specialuddanne flere sygeplejersker. Forskning viser, at overarbejde er belastende og går ud over sikkerheden for patienterne, men også over sygeplejerskerne. Desuden tror jeg, at de fleste sygeplejersker ønsker at have tid og ressourcer til andet end at være sygeplejerske,” siger *Aase Langvad*, der igen bliver bakket op af *Bent Hansen*.

”Når der er så meget overarbejde, tyder det på, at der er nogle flaskehalse nogle steder. Og at man trækker ekstra meget på de specialuddannede sygeplejersker, der er til rådighed. Så må det jo tyde på, at 3.000 specialuddannede sygeplejersker er for lidt,” siger *Bent Hansen*.

*lfp@dsr.dk*



Der er mange specialud-  
dannede sygeplejersker på  
vej mod pensionsalderen.

# sikres



## Investering i kvalitet

**Ambitioner.** For få uger siden sagde finansministeren, at der i fremtiden vil blive behov for flere penge til sundhedsområdet. Nu hvor økonomiforhandlingerne med kommuner og regioner er i gang, er det på tide, at regeringen faktisk viser, at ambitionen om verdens bedste sundhedsvæsen ikke bare er tomme ord.

Derfor er der brug for at skrue op for ambitionerne. Det gælder både i forhold til sundhedsvæsenet i sin helhed, hvor der ud over investeringerne i sygehuse også skal investeres i sundhedsfremme og forebyggelse. Men det gælder også i forhold til investering i sygeplejerskernes uddannelse, som er helt central, når regeringens ambitioner skal løftes.

Det er f.eks. problematisk, at den nye sundhedsplejerskeuddannelse endnu ikke er etableret. Og det på trods af, at uddannelsen længe har været klar og kun afventer, at man finder økonomien et eller andet sted i systemet. Det er en ulogisk prioritering i en situation, hvor kommunerne har fået hovedansvaret for

**”Der er brug for at skrue op for ambitionerne. Det gælder både i forhold til sundhedsvæsenet i sin helhed, hvor der ud over investeringerne i sygehuse også skal investeres i sundhedsfremme og forebyggelse. Men det gælder også i forhold til investering i sygeplejerskernes uddannelse, som er helt central, når regeringens ambitioner skal løftes.”**

sundhedsfremme og forebyggelse. Særligt når vi alle ved, at sundhedsfremme og forebyggelse starter i barndommen og ungdommen.

I takt med at sundhedsvæsenet ændrer sig, og forventningerne om faglighed og kvalitet bliver skruet i vejret, er det helt afgørende, at sygeplejersker får den nødvendige efter- og videreuddannelse til at kunne løse opgaverne. Det forudsætter naturligvis, at der afsættes den fornødne økonomi.

Derfor håber jeg heller ikke, at den nye specialuddannelse i onkologi, som blev aftalt i forbindelse med Kræftplan II, kommer til at ligge i samme syltekrukke som sundhedsplejerskeuddannelsen. Især ikke fordi den nye uddannelse indeholder de

elementer, der skal til for at sikre kræftpatienter et højt fagligt og sammenhængende patientforløb.

Begge eksempler viser, at det kan blive bedre med helhedstænkning i sundhedsvæsenet. Når regeringen og regionerne f.eks. ønsker at skære ned på antallet af skadestuer, så skal der indtænkes helt nye sundhedstilbud til mennesker, der får langt til skadestuen. Her er det oplagt at fortsætte de gode erfaringer med sygeplejerskebemandede skadestuer, sundhedscentre, mv.

Men skal akutmodtagelsen på de skadestuer, der bliver tilbage, have den højeste mulige kvalitet, så forudsætter det en specialuddannelse i akut sygepleje. Derfor opfordrer jeg regeringen til at sætte handling bag ordene og sikre, at der kommer fuld fart på investeringerne i uddannelserne – både specialuddannelser og efter- og videreuddannelse. Det er nemlig også en investering i kvalitet og sammenhængende patientforløb.



*Connie Kruckow*

Connie Kruckow, formand



## Skræmmende og forstemmende

Af Anne-Marie Agerlund og Inge Boll Jespersen, anæstesisygeplejersker

*Kommentar til Fem faglige minutter "En skræmmende tanke" i Sygeplejersken nr. 6/2006 og "Kvalitet i metermål" i nr. 9/2006.*

Mon ikke Jørn Ditlev Eriksen (JDE) (Fem (u)faglige minutter i tidsskriftet 6/2006) skulle spørge sig selv, hvad han tror ville hjælpe?

Enhver sygeplejerske, om man arbejder med psykiatri eller andre specialer, bør kunne basal genoplivning og kunne vurdere, om en person trækker vejret.

Og vi tror da, at ethvert menneske, der ved, at man er sygeplejerske, vil forvente, at man som fagperson ved noget.

Forstemmende er det, at indlægget lidt humoristisk beskriver, hvor uvidende JDE er.

Havde de to omtalte situationer været endt fatalt, var det jo nok knap så morsomt.

De Sygeplejeetiske Retningslinjer forudsætter, at sygeplejerskens faglige viden er ajourført, og at sygeplejersken kan tage et etisk ansvar.

Der kører kampagner om, at almindelige mennesker skal kunne genoplivning og anden førstehjælp. Selv kommende bilister skal lære det. Og så står en faguddannet frem og fortæller om sin hjælpeløshed. Det værste, man kan gøre, er ikke at gøre noget! Hvordan kan du være stolt af kun at kigge på?

JDE skriver i *Sygeplejersken* 9/2006, at "historien har vist, at vi ikke kan sikre kvalitet ved at tro på, at den indre faglige udvikling alene kan sikre høj kvalitet."

Måske vil et kvalitetsstyringsværktøj sikre, at viden er mere op to date.

Se at komme på skolebænken igen. Det kunne jo være, at nogen fik brug for dig, det være sig på din arbejdsplads eller ude i samfundet.

Førhen var det sådan, at vores fagblad repræsenterede den danske sygeplejerskes holdninger, det er det forhåbentlig ikke mere!

Anne-Marie Agerlund og Inge Boll Jespersen er begge ansat på Bispebjerg Hospital.

## Overenskomst stiller mig væsentlig ringere

Af Hanne F. Mortensen, sygeplejelærer, master i professionsudvikling

For første gang oplever jeg en ny overenskomst, der ikke blot stiller mig ringere end tidligere, men væsentlig ringere.

Den aftale, der er forhandlet lokalt med Københavns amtskreds, er væsentlig bedre. Her er sygeplejelærere sikret løntrin 43 tre år efter endt videreuddannelse samt mulighed for kompetencetrin 3 (ca. 1.874 kr./md.) svarende til ca. 355.000 kr./år.

Den nye overenskomst tilbyder sådan en som mig et grundlønstrin 7 på 298.925 kr. + lektortillæg på ca. 47.700 kr./år = 346.625 kr./år. Lektortillægget er dog betinget af positivt bedømt ansøgning. En ansøgning kan kun indsendes, hvis mit ansættelsessted er tilknyttet et CVU. Det er det ikke. Dermed forhindres jeg p.t. i at opnå et lektortillæg.

For de lærere, der er kommet på løntrin 43, vil et personligt tillæg udligne forskellen, men det giver ingen lønstigning i perioden 2005-2008. Kun et procenttillæg på 1,28 pct., som end ikke rækker til den almindelige prisudvikling.

For de lærere, der er undervejs til løntrin 43, f.eks. er på løntrin 32, 38 eller 42, vil få afbrudt en forventet lønstignings-takt. Spørgsmålet er, om vi kan forvente nuværende arbejdsgivere leve op til indholdet i Personalestyrelsens velkomstbrochure. Heri pointeres det, at: "Indtil 1. april 2008 bevarer du din hidtidige løn og dit hidtidige pensionsbidrag. Du vil også få de lønstigninger, som var aftalt før overgangen (til staten). Det kan konkret handle om anciennitetsbestemte lønstigninger og stigninger, som er fastsat i lokale forhåndsaftaler, f.eks. i form af et tillæg, som ydes, når du har gennemført et uddannelsesforløb."

Sygeplejelærere har i modsætning til alle andre sygeplejer-

sker ikke mulighed for at stemme om overenskomstresultatet. Når sygeplejelærernes overenskomst med et års forsinkelse bliver tilsendt, er overenskomsten for længst stemt hjem.

Overenskomst 05 for sygeplejelærere foretager endvidere en helt uforklarlig og utidssvarende skelnen mellem akademiske uddannelser og endda mellem udbudte uddannelser på forskellige institutioner. Det pudsige er, at ingen pædagogiske videreuddannelser er nævnt (§ 5), vi taler dog om sygeplejelærere, der har hovedfokus på undervisning og vejledning i sygepleje.

Det er uddannelsesdiskrimination – slet og ret.

Arbejdsgivere og Dansk Sygeplejeråd er enige om at stille krav om høj kvalitet i sundhedsvæsenet, det er sygeplejelærere på sygeplejeskolerne velkvalificerede til at imødekomme, men hvornår får vi en løn, der afspejler det?

*Indsendt på vegne af  
31 kollegaer.*

*Hanne F. Mortensen er ansat  
på Sygepleje- og Radiograf-  
skolen i Københavns Amt.*

### Svar

Af Connie Kruckow, formand

Kære Hanne Mortensen og kolleger.

Tak for jeres henvendelse vedrørende jeres nye overenskomst.

På baggrund af de krav, som sygeplejelærerne havde rejst, besluttede hovedbestyrelsen, at det krav, der skulle rejses på dette område, var, at der skulle forhandles en overenskomst, som var identisk med aftalen på

CVU-området. En aftale, der indebærer, at alle lærere indplaces på løntrin svarende til CVU-området, samt mulighed for en adjunkt/lektorstruktur.

Det er glædeligt, at I på jeres skole har formået at få forhandlet rigtig gode lokale aftaler – sådan ser verden desværre ikke ud alle steder. Men de gode lokale aftaler, I har opnået, er jo ikke bortfaldet, fordi der er kommet en ny overenskomst. Jeres lokal-aftale skal selvfølgelig tilpasses den nye overenskomst, men resultatet af den tilpasning vil I være garanteret ved overgangen til staten.

Du skriver, at man kun kan indgive en anmodning om lektorbedømmelse, hvis man er ansat i et CVU – det er ikke korrekt. Den nye overenskomst åbner netop mulighed for at blive lektorbedømt. Men det er korrekt, at grundlaget for lektorbe-

dømmelser på skoler uden for CVU ikke er på plads endnu, som I vil kunne se omtalt i sidste nummer af Synergi. Det er et mellemværende mellem Undervisningsministeriet og Amtsrådsforeningen/H:S, og DSR gør alt, hvad vi kan, for at presse på, så problemet bliver løst.

Den skelnen mellem akademiske uddannelser, der er i overenskomsten, er historisk betinget, men det vil være et område, der kan ses på ved næste overenskomstforhandling, idet DSR til stadighed ønsker at højne niveauet for den undervisning, der gives til de studerende.

Det er korrekt, at I ikke særskilt har haft jeres overenskomst til afstemning. Den var en del af det samlede resultat på det (amts)kommunale område og var til urafstemning på præcis samme tidspunkt som de andre sygeplejerskers var.

## Hvad mener du




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

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

Har du haft mistanke om, at en kollega har været påvirket af alkohol eller medicin i arbejdstiden?

### Svar på spørgsmål stillet i Sygeplejersken nr. 10/2006

Ved du, hvor du finder arbejdspladsens regler for hygiejne i forbindelse med patienter eller borgere, der har særligt smittomme sygdomme?

Svar	pct.	
Ja	60,3	
Nej	38,4	
Ved ikke	1,4	
<b>Total</b>	<b>100,1</b>	





Connie Svit

## De søde sygeplejersker

**Sukker.** Sygeplejersker skal fortælle, hvordan de arbejder for at bryde de stereotype forestillinger om, at de hovedsageligt er søde.

Sygeplejersker synes, det er kedeligt, at de af patienter og pårørende får at vide, at de er søde. Men jeg vil gerne spørge mine kolleger, om det ikke er vores egen skyld? Er vi gode nok til at fortælle, hvad sygeplejersker foretager sig? Er vi for dårlige til at reklamere for vores fag?

Mon ikke befolkningen tror, at sygeplejersker vasker patienter, løber med bækkener, drikker masser af kaffe og ser søde ud?

Vi har som faggruppe alt for få ressourcer, og lønnen er ikke imponerende, men er der da ikke ting, vi kan prale af?

Jo da.

Sygeplejersker gør ofte den helt store forskel. Vi er højtuddannede, og meget af vores arbejde er baseret på teori og forskning.

Samfundsmæssigt er sygeplejen et fag, der er vigtigt og betydningsfuldt. God sygepleje kan afkorte indlæggelsestiden. Det kan være at hjælpe en alkoholiker videre i sit liv, væk fra det dårlige miljø, hjælp til at blive ædru. Det kan være såret, som vi plejer, så det heler hurtigere. Det kan være lejringskiftene, så patienten undgår tryksår. Det kan være undervisningen i, hvordan man som patient tackler en nydiagnosticeret sygdom, så man undgår unødige indlæggelser. Det kan være at sørge for mobiliseringen af patienten, så han hurtigere kommer på benene efter en langvarig indlæggelse. Det kan være at arrangere en ordentlig udskrivelse, der ikke resulterer i en genindlæggelse efter kort tid. En belastning for patienten og for systemet.

Vi arbejder med primær, sekundær og tertiær forebyggelse.

Lægerne, som er vore nærmeste samarbejdspartnere, har også meget at gøre. Deres indsats må ikke negligeres eller glemmes. De rette undersøgelser, diagnosticering og behandling er af afgørende betydning for samfundet og patienten. Men sygeplejersker og andet plejepersonale, det er dem, der har den daglige omgang med patienterne. Det er dem, der gør de vigtige observationer. Det er dem, der ser de små ændringer i patienternes tilstand. Det må politikerne gerne få øjnene op for. Fokus på behandling og afkortning af ventetider er ikke alt.

Sygeplejersker gør brug af såvel teori som videnskabelige undersøgelser. Men vi anvender også det, vi kalder tavs viden eller intuition.

I omsorgen er intet så vigtigt som tid til samtale og kontakt. Problemet i sundhedsvæsenet anno 2006 er, at den uproduktive tid ikke regnes for noget. Alt, hvad man foretager sig, skal gøres op som ydelser ved – som det hedder – en monitorering af vidensbaserede og målbare resultater. Men man kan ikke altid måle den tid, vi bruger til at snakke med den patient, der lige har fået konstateret kræft. Eller ægtefællen til den alkoholiserede patient.

Politikerne ved ikke, at den tid, der ikke kan gøres op som en ydelse, kan være den allervigtigste for at afkorte et patientforløb.

Kære kolleger! Lad os slå et slag for at gøre os mere synlige i samfundsdebatten. Ikke udelukkende om bedre løn, men for at gøre opmærksom på, hvad vores fag betyder i et samfundsmæssigt perspektiv.

Vi har ret til at bruge vores ytringsfrihed og egentlig også pligt til det. Det kræver mod, men det er vores eneste redskab til at få fokus på os selv. Både gode og dårlige historier fra praksis skal frem i lyset. Fat mod og giv dit besyv med i samfundsdebatten. Vi må gerne reklamere for os selv og vores funktion i det danske samfund.

*Connie Svit er intensivsygeplejerske på Skejby Sygehus.*

## Redaktion

Jette Bagh, sygeplejerske, cand.cur. jb@dsr.dk  
Evy Ravn, sygeplejerske, cand.scient.soc. er@dsr.dk

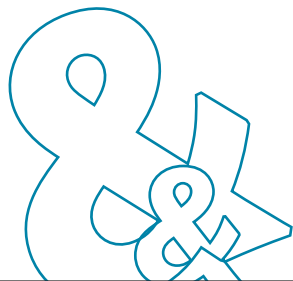
I Sygeplejerskens faglige sektion findes artikler, herunder resumeer af international forskning og anmeldelser, skrevet af sygeplejersker eller andre fagpersoner. Artiklerne i denne sektion er godkendt efter sygeplejefaglig vurdering og vejledning.

# faglige artikler

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

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

Vejledninger tilsendes også ved henvendelse til redaktionen 3315 1555



# Tilfældig respiratoraftrapning koster tid og penge

Af Lone Schou, klinisk sygeplejespecialist, cand.scient.soc.

## Vejledning. En fælles evidensbaseret klinikvejledning for respiratoraftrapning af voksne intensive patienter har set dagens lys.

Den daglige kommunikation mellem sygeplejerske og læge på de intensive afsnit vedrører ofte strategien for respiratoraftrapning. Sygeplejersken efterspørger en konkret plan, mens lægen er tilfreds med et overordnet mål. Den manglende fælles plan udmønter sig ofte i, at patienterne bliver aftrappet forskelligt, alt efter hvem der er i vagt.

Inspireret af *Ingrid Egerods* ph.d.-afhandling fra 2003, der viser, at respiratoraftrapning ikke er en fastlagt proces, men en løbende kommunikation mellem sygeplejersken og lægen, hvor handlinger ikke altid sker i forhold til fastlagte mål, igangsatte Hjertecentrets to intensivafsnit udarbejdelsen af en evidensbaseret klinisk vejledning for respiratoraftrapning, bygget op over AG-REE. Internationale studier konkluderer, at en klinisk vejledning vil kunne reducere den tid, patienten er tilsluttet respiratoren, indlæggelsestid på intensivafsnittet og på hospitalet.

Nogle studier viser endvidere, at respiratorinducerede komplikationer som pneumoni kan reduceres, dødeligheden reduceres og som følge heraf de økonomiske omkostninger. Kvalitative studier viser, at en klinisk vejledning kan reducere patientens subjektive oplevelse af ubehag.

Der var derfor ingen tvivl om nødvendigheden af at udvikle og implementere en tværfaglig klinisk vejledning på området, så aftrappingsprocessen kan forløbe så hurtigt og effektivt som muligt.

### Processen

Der blev nedsat en tværfaglig styregruppe med repræsentanter fra ledelse og klinikere fra de intensive afsnit 4141 og 2143. Det grundlæggende arbejde er udført af en arbejdsgruppe bestående af en klinisk sygeplejespecialist, en speciallæge i anæstesiologi samt seks intensivsygeplejersker med 1-15 års erfaring fra begge afsnit. Der blev an-

vendt flere metoder, da arbejdsgruppen både inddrager forskning, sundhedspersonalets erfaringer og patienternes subjektive oplevelser.

De videnskabelige studier, der understøtter anbefalingerne, er guidelines eller randomiserede, kontrollerede undersøgelser, ikke-randomiserede undersøgelser samt kvalitative studier, der beskriver patienternes oplevelse. Studierne er kvalitetsbedømt af minimum to til fire personer fra styre- eller arbejdsgruppen ved hjælp af skemaer udviklet på Sekretariat for Referenceprogrammer, og de er efterfølgende diskuteret, til man er enige om evidensstyrke.

Kvalitative studier, der belyser patientens subjektive oplevelse, er bedømt ud fra en tjekliste udviklet af "The national CASP collaboration for qualitative methodologies" (critical appraisal skills programme) til bedømmelse af kvalitativ forskning.

### Resultat

Den kliniske vejledning fokuserer på:

- Kriterier til identifikation af de patienter, der er klar til aftrapning af respiratorbehandlingen.
- Strategier for respiratoraftrapning.
- Kriterier til identifikation af de patienter, der er klar til ekstubation.
- Planer for langvarig respiratorbehandling og trakeostomi.

Den kliniske vejledning indeholder et forløbsdiagram, der kort beskriver anbefalingerne, så de er lettilgængelige for sygeplejersker og læger i det daglige arbejde. Vejledningen skal følges af både sygeplejersker og læger på afsnittene og må kun afviges, når det er begrundet i journalen. Sygeplejerskerne må selv starte respiratoraftrapningen, når kriterierne er opfyldt. Hvis ikke alle kriterier er opfyldt, skal der være konsensus mellem sygeplejersken og lægen.

Vi håber, at andre kan få glæde af vores arbejde. På nuværende tidspunkt er vi selv midt i implementeringsfasen.

*Lone Schou er ansat på Hjertecentret, Thoraxanæstesiologisk klinik 4141 på Rigshospitalet. lone.schou@rh.hosp.dk*

*Den kliniske vejledning med anbefalinger og forløbsdiagram kan rekvireres for 100,00 kr. på Rigshospitalets hjertecenter, hos sekretær Lisbeth Børlund, på tlf. 3545 2471, eller Lisbeth.Børlund@rh.hosp.dk*



**Synergi**  
DSR's nyhedsbrev

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

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



## Redaktion

SIGURD NISSEN-PETERSEN, chefredaktør, ansvarlig efter presseloven  
GRETHE KJÆRGAARD, journalist, mag.scient.  
JETTE BAGH, sygeplejefaglig medarbejder, cand.cur.  
EVY RAVN, sygeplejefaglig medarbejder, cand.scient.soc.

Fagbladet Sygeplejerskens  
videnskabeligt bedømte artikler

# Videnskab & Sygepleje

## Det videnskabelige panel

LIS ADAMSEN, forskningsleder ved Universitetshospitalernes Center for Sygeplejeforskning, København, professor, ph.d., mag.scient.soc.

REGNER BIRKELUND, lektor ved Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, ph.d., cand.cur.

AGNES BJØRN, lektor ved CVU Øresund, ph.d., M.Phil.

MERETE WATT-BOOLSEN, lektor ved Institut for Statskundskab, Københavns Universitet, mag.scient.soc. & lic.

INA BORUP, lektor ved Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg, MPH

INGRID EGEROD, seniorforsker ved Universitetshospitalernes Center for Sygeplejeforskning, København, ph.d, cand.cur.

TINE RASK ERIKSEN, lektor ved Institut for Medier, Erkendelse og Formidling, Københavns Universitet, ph.d., mag.art.

ANDERS FOLDSPANG, professor ved Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, dr.med. & lic.

ELSE GULDAGER, selvstændig konsulent, ph.d.

ELISABETH HALL, studieleder og lektor ved Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, ph.d., cand.cur.

HELLE PLOUG HANSEN, professor ved Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet, ph.d., mag.scient.

INGEGERD HARDER, lektor ved Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet, ph.d.

YRSA ANDERSEN HUNDRUP, projektkoordinator ved Statens Institut for Folkesundhed, ph.d.

ANNE-LISE SALLING, professor emeritus, dr.med.

SUSANNE MALCHAU, lektor ved Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet, ph.d.

KARI MARTINSEN, professor ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen, dr.philos., mag.art.

PREBEN ULRICH PEDERSEN, lektor ved Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, ph.d.

INGRID POULSEN, forsker på Hvidovre Hospital, Afdeling for neurorehabilitering, med.dr.

BIRGIT HOLRITZ RASMUSSEN, lektor ved Institut for omvårdnad, Umeå Universitet, ph.d.

NIELS KRISTIAN RASMUSSEN, forskningskonsulent ved Statens Institut for Folkesundhed, mag.art.

MERRY SCHEEL, mag.art., ph.d.

LONE SCOCOZZA, professor emeritus, fil.dr., mag.scient.soc.

CLAUS THOMSEN, ledende overlæge, Randers Centralsygehus, ph.d.

# Humor – et aspekt i mestring af kronisk sygdom og lidelse

**Udfordring.** Humor mellem patient og sygeplejerske ser ud til at være af stor betydning. Måske kunne man i langt højere grad end nu anvende humor på hospitalerne mellem patient, pårørende og personale. En kvalitativ interviewundersøgelse viser, at kronisk sygdom indebærer en sårbarhed, hvor humor kan virke både som buffer og støddæmper og virke frigørende og livsbekræftende.

## Resumé

Artiklen præsenterer delfund af et større forskningsprojekt, som omhandler, hvad det vil sige at leve med en kronisk sygdom. Artiklen har fokus på humor og forskellige udtryksformer for humor i relation til mestring af kronisk sygdom.

Forskningsdesignet er kvalitativt med en fænomenologisk-hermeneutisk tilgang. Der er interviewet 18 patienter fordelt med seks patienter inden for hver diagnosegruppe: Diabetes type 1, colitis ulcerosa og patienter med koronarokklusion i rehabiliteringsfasen.

Hensigten er, uanset sygdomsdiagnose, at udlede mønstre og temaer relateret til patienternes opfattelse af sundhed og sygdom i forbindelse med en kronisk lidelse samt betydningen for mestring af hverdagslivet. Undersøgelsesmetoden er inspireret af *Paul Ricoeurs* fortolkningsteori.

Humor som fænomen indgår i interviewene i varierende grad og med forskellig vægtning og betydning i form af latter, smil, humoristiske bemærkninger, sort humor, ironi og angstlatter. Undersøgelsen viser, at brug af humor kan være livsunderstøttende hos kronisk syge. Humor og latter kan virke frigørende, fordi humor kan mindske spænding og pres.

Det konkluderes, at kronisk sygdom og lidelse indebærer en sårbarhed, hvor humor kan virke som buffer og støddæmper i vanskelige sygdomssituationer.

*Søgeord: Ricoeur, kronisk sygdom, lidelse, mestring og humor.*

## Introduktion

Artiklen "Humor – et aspekt i mestring af kronisk sygdom og lidelse" præsenterer delfund af et større forskningsprojekt, hvis formål er at beskrive patienters opfattelse af sundhed og sygdom i forbindelse med colitis ulcerosa, diabetes type 1 og i rehabiliteringsfasen efter en koronarokklusion. (1-3).

Den samlede undersøgelse viser, at der er mange betydningsfulde fænomener og temaer i relation til kronisk sygdom og lidelse. Undersøgelsen har fokus på patienternes oplevelse og erfaring med at skulle leve med en kronisk sygdom og de forhold, der gør sig særligt gældende i relation til hospitalskontakt, afhængighed/uafhængighed i livet med kronisk sygdom. En del af den samlede undersøgelse peger på, at det at være i overensstemmelse med sig selv og sine omgivelser bliver ekstra krævende, når man må acceptere og lære at leve med en kronisk sygdom og lidelse. Endelig ser det ud til, at der kan være et dilemma mellem afhængighed/uafhængighed i relation til omgivelserne og kontakten til hospitalet (1,3).

Humor ser ud til at have betydning i forhold til mestring af kronisk sygdom og lidelse, idet forskningsresultaterne viser, at humor kan skabe en venlig atmosfære og opmuntre til venlig kommunikation. Det bekræftes også af andre undersøgelser (4,6,9,13). Humor blev i denne undersøgelse brugt som afslapning og mestring i et forsøg på at fremme velværet (10).

## Definition af humor

Definitioner af humor varierer fra det objektive til det subjektive og fra det enkelte til det kom-

plekse. Der findes ifølge den svenske sygeplejerske og professor *Henny Olsson* ingen alment accepteret definition. Ifølge *Olsson* skal der laves flere adskillelser af fænomenet, før begrebet humor kan forstås fuldt ud, sådan at humorforskningen kan få sin egen akademiske definition. *Olsson* har skrevet om humorens betydning i sygeplejen ud fra et videnskabeligt perspektiv. Humor kan være en positiv oplevelse og bruges som et forsvar og beskyttelse (4). Termen humor er forbundet med munterhed og latter i modsætning til det at være glædesløs og trist (5).

Humor kan i sygdomssituationer være en hensigtsmæssig form for forsvar, hvor humor ofte aktualiserer følelser og behov, som er vanskelige at forholde sig til, fortrænges eller undertrykkes (11). En antagelse er, at jo større sansen for humor er, des mindre er risikoen for helseplager, sådan at stor sans for humor beskytter mod skadelige effekter af stress (7).

Kommunikation med humor giver såvel fysiologiske, kognitive, emotionelle som sociale reaktioner. Humor kan virke stressafledende, som forsvarsmekanisme og fremme velbefindende (6).

Latter og smil er ofte koblet til humor (4,7). Smil er ansigtsmimik og kan være et udtryk for velvilje og venlighed. Ofte er teorierne om humor og latter stærkt forbundne og kan ses fra forskellige perspektiver.

Der tales også om forskellige former for humor såsom venlig humor, sort humor og ironi. Humorens helbredende kraft har vist sig at have betydning ved store tab, når der er tale om en venlig form for humor. Venlig humor kan reducere forenighed og stimulere kreativitet i modsætning til dårlig eller ondskabsfuld humor, som kan være sårende. Humor og latter kan være med til at løsne stemningen. På den anden side kan humor også være med til at skabe en kunstig munterhed, som virker fremmedgørende. Det kan let blive en

metode til at undgå en seriøs samtale, så humor bør anvendes med omtanke (11).

### Humor og mestring

Mestring er ifølge psykologen *Sven Svebak* en subjektiv oplevelse af at have kontrol over de udfordringer, som omverdenen byder på. *Svebak* skriver om sammenhængen mellem humor, helse og stress og peger bl.a. på, at venlig sans for humor giver et bedre liv på jorden (7).

*Apter* og *Svebaks* undersøgelse viser, at humor kan ses som en delvis form for mestring af daglige genvordigheder, frustrationer og stressende begivenheder, og humoren kan have en form for buffereffekt. Humor omtales som et eksempel på at kunne udløse en form for kognitiv synergi. På toppen af den humoristiske begivenhed, der vækker humor, udløses en ekspressiv adfærd, nemlig en latter, som således er tæt knyttet til humorbegrebet. Et flertal af forskere mener, at humor kan være en copingstrategi i form af en buffereffekt (8).

*Antonovsky* omtaler i sin bog begrebet OAS, som har fokus på sammenhæng i livet og personers bevidste måde at tilpasse sig stressfaktorer, herunder en mulig sammenhæng mellem stress og humor. Han peger her på nogle hensigtsmæssige typer af forsvar såsom humor, altruisme, sublimering og fortrængning. Endelig taler *Antonovsky* om tre begreber i relation til mestring af stress. De tre begreber er: At finde mening, at kunne begribe og håndtere situationen. Begreberne er betydningsfulde i forhold til oplevelsen af sammenhæng i livet (14).

Humor har været inddraget som kommunikationsmetode på børneafdelinger i form af bl.a. hospitalsklovne. Det kan betyde lettelser for børnene, deres forældre og personalet i svære og vanskelige situationer (12). Humor og alvor er to sider af samme sag. Måske har det syge menneske midt i alvoren brug for netop den livsglæde og ►



- befrielse, som humoren har, når der trækkes på smilebåndet eller latteren bliver rørt (13).

I det hele taget er brug af humor, venlighed og en personlig fremtræden positive træk i væremåden i omgangen med kronisk syge (15).

### Formål og design

Denne artikel fokuserer på fænomenet humor i relation til kroniske sygdomme og lidelser, samt hvilken betydning det måtte have for patienten og omgivelserne. Artiklen har fokus på forskellige udtryksformer for humor i relation til mestring af kronisk sygdom og dermed betydning for sygeplejen til patienter med kronisk sygdom og lidelse.

Artiklen vil belyse spørgsmål om, hvilken betydning humor har for patienter med kronisk sygdom og lidelse, samt om, hvilken betydning humor har for mestring af patientens daglige liv.

Metoden i undersøgelsen er inspireret af Ricoeurs tanker om fortælling og fortolkning. Begrundelsen for dette valg er hans reflektive fænomenologiske tilgang, hvor der søges efter meninger og betydninger i forhold til det at forstå mennesker og fænomener i deres livsverden. I undersøgelsen indgår kvalitative interviews, som analyseres ud fra Ricoeurs tanker om fortælling og fortolkning. Der analyseres på tre niveauer, naiv analyse, strukturanalyse og kritisk fortolkning. Resultaterne fremkommer gennem analyse og fortolkning af beretningerne.

Designet er kvalitativt med fænomenologisk-hermeneutisk tilgang (16-19). Undersøgelsens formål er at fokusere på temaer og mønstre relateret til det at leve med en kronisk sygdom. Det er ikke tanken at producere generaliserbare data i lighed med kvantitativ forskning. For at øge variationerne er der inkluderet både mænd og kvinder, der har levet mindst et år med deres kroniske sygdom, samt patienter, der for nylig havde fået konstateret en sygdom.

Der er inkluderet 18 mænd og kvinder i alderen 18-75 år, aktuelt i alderen fra 22-68 år, med diagnoserne diabetes type 1, colitis ulcerosa og koronarokklusion i rehabiliteringsfasen, fordelt på seks patienter i hver diagnosegruppe.

Patienter med diabetes type 1 har levet med sygdommen mindst et år. De seks patienter, tre mænd og tre kvinder i alderen 26-64 år, har levet med deres sygdom fra 7-40 år og er gået til jævnlig kontrol i dagafsnit på hospitalet.

Patienterne med colitis ulcerosa har også levet med diagnosen i mindst et år. De seks patienter, tre mænd og tre kvinder i alderen fra 22-50 år, har aktuelt levet med deres sygdom fra 1,5-15 år og er

kommet til kontrol i ambulatorium eller dagafsnit.

Patienter med koronarokklusion er inkluderet efter første rehabiliteringsmøde, dvs. ca. tre måneder efter akut indlæggelse. De seks patienter, fire mænd og to kvinder i alderen 40-68 år, har aktuelt levet med deres sygdom fra 4-7 måneder. Fem af patienterne har været til rehabilitering en eller to gange siden den akutte indlæggelse. En patient ønskede ikke at deltage i rehabilitering, men sagde ja til at deltage i denne undersøgelse.

Ekskluderet fra undersøgelsen er psykisk handicappede og patienter, der er ekstra belastede af komplicerede omstændigheder. Der er gennem interviews indsamlet beretninger fra patienternes hverdagsliv, og der anvendes det fortællende sprog.

Patienterne er udvalgt efter princippet tilfældighed, hvilket betyder, at de første patienter, der kom i afdelingen efter en aftalt dato, blev udvalgt (20). Denne strategi sikrer en variation i forhold til køn og alder og i relation til tiden, patienterne har levet med deres kroniske sygdom. De første seks patienter fra hver diagnosegruppe, der kom til kontrol efter en fastsat dato på de respektive hospitaler, blev spurgt om at deltage. Herefter blev der sendt et brev med undersøgelsens formål og etiske overvejelser. Patienterne blev efterfølgende kontaktet af de sygeplejersker, der deltog i undersøgelsen med henblik på yderligere information og kontakt samt aftaler i relation til at deltage i undersøgelsen.

### Interview med patienter

Interviewene har karakter af en samtale, hvor patienten fortæller om sine erfaringer og oplevelser ved at måtte leve med en kronisk sygdom. De er udført på de respektive sygehuse af de otte sygeplejersker, som har deltaget i undersøgelsen.

Vi valgte at etablere en undersøgelses- og netværksgruppe med sygeplejersker med forskellige kompetencer for at imødegå risikoen for en for snæver tilgang til undersøgelsens tema. To har erfaring som sygeplejeforskere, og seks sygeplejersker har erfaring fra klinisk praksis og repræsenterede de tre diagnosegrupper. Syv sygeplejersker lavede hver to interviews og en sygeplejerske fire interviews af ca. halvdelen times varighed. Ingen af interviewererne havde forhåndskendskab til patienterne, som kom fra tre forskellige hospitaler. Det var vigtigt for os, at alle kom til at deltage i alle undersøgelsens faser. Ved præsentation af data og resultater har alle deltagere medvirket i artikelskrivning og foredragsvirksomhed (1-3).

►► **FIG. 1. MENINGS- OG BETYDNINGSENHEDER.** Oversigt over bevægelser fra meningsenheder til betydningsenheder til fremkomsten af temaer.

Meningsenhed Hvad siges?	Betydningsenhed Hvad tales om?	Tema
"... når de inviterede på kaffe ... man sagde ikke, at man havde sukkersyge, man lod bare være med at spise, i stedet for at sige, (latter) om man kunne få et franskbrød eller noget."	Det er svært at være til ulejlighed og bede om noget andet end de andre, der er til stede.	Humor som støddæmper.
"En gang imellem kan jeg godt blive deprimeret ... når jeg har tynd mave ... men altså, som jeg siger, er jeg en omvandrende reklame for Always Ultra ..."	Det tragikomiske i en prekær situation.	Sort humor, ironi.
"Jeg forsøger at trappe ned på det (søvn), så jeg ikke skal have så meget. (patienten griner lidt), igen har det noget med at gøre, at jeg ikke vil overgive mig til det her, for jeg er kun 40 år gammel."	Manglende accept af sygdommen.	Angstlatter.

Interviewene blev transskriberet i deres helhed, også når der forekom latter, suk, pauser m.v. Det har betydning for analysen og fortolkningen. Interviewene blev analyseret af den samlede netværksgruppe af sygeplejersker (19).

Interviewguiden er en vejledning til at stille åbne spørgsmål. Intervieweren er medlevende og lyttende uden at styre samtalen i en bestemt retning. Samtalen er præget af nøgleord som kontakt, tryghed, tillid, kropssprog, tænkepauser og empati (21-23).

Interviewet indeholder disse spørgsmål: Prøv at fortælle, hvordan det er at have fået en lidelse, som man må leve med resten af sit liv? Hvilke problemer har du specielt oplevet i forbindelse med din lidelse hos dig selv, hos dine nærmeste, hos familie, venner og evt. andre? Opfatter du dig selv som syg? Hvordan har du oplevet kontakten med hospitalet? Hvordan tænker du på fremtiden?

### Analyse og fortolkning

Analyse og fortolkning, som ud fra Ricoeurs tænkning foregår på tre niveauer, består som

nævnt af en naiv analyse, en strukturanalyse og en kritisk fortolkning og diskussion (16-19).

Gennem den naive læsning tilegnes det forstående aspekt i beretningerne. Det foregår som en læsning og genlæsning af interviewene for at få en helhedsforståelse af, hvad teksterne handler om. En forståelse, hvor man ifølge Ricoeur ser/lytter efter, hvad der berører én i teksten.

I den efterfølgende strukturanalyse struktureres teksten ud fra meningsenheder, (hvad der siges), og betydningsenheder, (hvad der tales om), og der uddrages temaer og mønstre. Teksten struktureres ud fra såvel tekst i form af direkte citater og som indhold, forstået som en første fortolkning af, hvad der tales om.

Temaerne og mønstrene, der er fremkommet gennem den naive læsning og strukturanalysen, analyseres, fortolkes og diskuteres i forhold til teori. Patienternes beretninger og udtalelser analyseres på tværs af hele interviewmaterialet, således at fælles temaer og mønstre for de tre patientkategorier træder frem. Fundene skal udspille sig i dialog med praksis som en diskussion af tænke- ►

- og handlemåder, som kan få betydning for sygeplejepraksis og dermed for patienter med kroniske sygdomme og lidelser.

Patienterne er informeret såvel skriftligt som mundtligt i henhold til gældende lovbestemmelse om det videnskabetiske komitésystems krav om informeret samtykke. Patienternes anonymitet er sikret, og såvel bånd som udskrifter er behandlet fortroligt.

### Undersøgelsens resultater

Helhederne, der kom frem af den naive læsning, havde fokus på oplevelser og erfaringer med at magte hverdagen i forhold til sig selv og sine tanker om liv, død og sygdomsopfattelse, samspillet med børn, familie, venner, kollegaer samt hospitalskontaktens betydning.

Humor som fænomen indgår i undersøgelsens interview i varierende grad med forskellig vægtning og betydning. Det er i form af latter, patienterne smiler, humoristiske bemærkninger, sort humor, ironi og humor som et fænomen i relation til patienter med kronisk sygdom og lidelse uanset diagnose. I interviewene er der udtalelser og citater, der siger noget om humor som livsunderstøttende og betydningsfuld i relation til det at have en kronisk sygdom og lidelse, specielt i forhold til det at komme i overensstemmelse med sig selv og sine omgivelser (2).

På vej mod strukturanalysen viste der sig nogle fænomener, som blev udgangspunkt for nærmere analyse og fortolkning. Her blev det tydeligt, at humor, latter og smil er gennemgående fænomener, som berørte den måde, hvorpå humor kom frem i situationen, f.eks. vanskeligheden ved at være til ulejlighed, pinlige situationer, og hvor det at acceptere sygdommen bliver vanskeligt. Disse områder førte frem til temaerne: Humor som støddæmper, sort humor, ironi og angstlatter (se fig. 1 på forrige side).

Fænomenet humor blev tydeligt ved at læse og genlæse samtlige interviews. Ved at læse og analysere teksten på de tre niveauer får man en dybere forståelse og fortolkning, som man ikke opdager ved den første naive gennemlæsning. Via kritisk fortolkning og diskussion vil de tre temaer blive diskuteret i forhold til teori om humor, stress og mestrings.

### Humor som støddæmper

Undersøgelsen viser, at humor og latter er gennemgående træk, som ser ud til at have stor betydning for patienternes mestrings og den måde, hvorpå professionelle kan møde patienter med

kronisk sygdom og lidelse. En del af den samlede undersøgelse peger på, at det at være i overensstemmelse med sig selv og sine omgivelser bliver ekstra krævende, når man må lære at leve med en kronisk sygdom. Der foregår hele tiden en bevægelse mellem håb, tvivl og håbløshed, mellem at have selvkontrol og miste kontrol, hvilket medfører angst, frustration og svære valg, oplevelse af brud på mening – måske nye måder at leve på og dermed en ny mening med livet. Undersøgelsen synliggør, hvorledes disse forhold opleves forskelligt i et tidligt forløb fra sygdommens opståen til håndtering af hverdagen (1-3).

Nedenstående citat er med latter i stemmen: ”... når de inviterede på kaffe ... man sagde ikke, at man havde sukkersyge, men lod bare være med at spise i stedet for at sige (latter), om man kunne få noget franskbrød eller noget.”

God humor vækker latter, og det ser ud til, at humor indgår som en del af det at klare sit liv. Humor kan være med til at gøre situationen lettere, og det kan virke befriende. Noget tyder dog på, at det, der tales om, er fortid, og at det senere opleves lettere og anderledes set i relation til tidsperspektivet.

Når man er syg, er man ekstra sårbar, og der er behov for forskellige former for beskyttelse, hvor det ser ud til, at humor kan have betydning. En patient taler om risikoen ved at ryge:

”For de er nok ikke fine, de kar, jeg har. Jeg har jo røget det meste af 40 år, så jeg er bange for, at der sidder et godt lag indenfor” (latter).

Citatet synliggør, hvordan latter bliver koblet til frygt for senkomplikationer i relation til diabetes sygdommen. Det ser ud til, at latteren kan være en form for støddæmper og et frigørende aspekt i en frygt- og angstprovokeret situation. Latteren kan også være en måde at distancere sig på til problemstillingen og frygten for senkomplikationer.

Humor og humør er noget forskelligt. Stor sans for humor medfører ikke nødvendigvis godt humør, men måske kan humor være med til at holde humøret højt. Munterhed er en variant af godt humør. Sans for humor er først og fremmest et psykologisk fænomen og en del af personligheden (7).

”Jeg var meget ked af det i starten også. Det var ligesom en rutsjebane. Det gjorde, at mit humør det svingede utrolig meget op og ned også derhjemme, og det gjorde da også, at der var problemer på det område, for nogle dage var altså bedre end andre.”

De fleste betragter humoristisk sans som en



positiv egenskab, samtidig er det en almindelig opfattelse blandt humorforskere og andre, at der er betydelig forskel på mennesker, når det gælder om, hvor udpræget sansen er. Humoristisk sans er en vigtig personlig egenskab og en måde at kommunikere på. En patient, som deltager i hjertehabilitering, udtaler:

”Når man f.eks. har været på sådan et hold sammen med nogen, helst de samme ... så lige møde dem igen og få en snak om, hvordan har I det i grunden, hvad har I oplevet og al det sjov der.”

Det at være sammen med kendte og ligestillede ser ud til at have stor betydning i efterforløbet. Udtrykket ”al det sjov der” kan tyde på, at det at have det sjovt med andre i et socialt samspil kan være friggørende og virke som en lettelse.

Humor bør anvendes med meget stor indfølelse, så det eksempelvis ikke opfattes som latterliggørelse, eller at patienterne oplever, at de ikke bliver taget alvorligt. Følgende citat illustrerer det positive møde mellem patient og sygeplejerske, hvilket ser ud til at have stor betydning både med hensyn til latter og indfølelse.

Patienter: ”Men hende (sygeplejersken) er jeg altså bare glad ved (latter). Hun sætter sig ned, og så snakker vi sammen. Det er bare dejligt. Hende er jeg simpelthen bare glad ved. Hun tager altså det enkelte menneske, og det er ikke en sygdom, der bare kommer ind ad døren, det er først og fremmest et menneske, det er ikke bare tørre tal det hele.”

Citatet udtrykker latter, glæde og tilfredshed med det positive møde og det at blive opfattet som et helt menneske og ikke kun som en sygdom. I interviewet fortælles også om et negativt møde, som ikke var omfattet af glæde og latter og det at blive mødt som et helt menneske.

Humor kan være en mulighed i patient-sygeplejerske-relationen, set fra både patient- og sygeplejerskeperspektivet (9). Fundene hos *Greenberg* viser, at humor i denne sammenhæng er en kompleks proces, der kræver kreativ energi og kognitive evner, hvilket kan relateres til denne undersøgelse af kronisk syge. Patienterne kæmper med at acceptere deres sygdom og bruger humor, fordi de tror, at et positivt livssyn kan være vigtigt for overlevelse, og at det er vigtigt at bevare sansen for humor i relation til mestring af sygdom (9). Syntesen af 20 forskningsstudier viser, at humor er en effektiv intervention med en potentiel enorm virkning på patientens oplevelse af helbredet og velbefindendet på mangfoldige måder. Litteraturstudiet viste endvidere, at humor havde en

positiv effekt på immunsystemet, her i relation til patienter med cancer (10).

En antagelse om forholdet mellem sans for humor og sundhed er, at risikoen for kropslige symptomer øges, når sansen for humor mindskes. Forskning gennem tre generationer har dokumenteret, at varig stress har skadelige virkninger på kroppen. Forskningsresultater viser, at der er en sammenhæng mellem stress, sans for humor og sygdom (7).

Det ser ud til, at støddæmpereffekten er betydningsfuld i relation til brug af humor og latter i vanskelige sygdomssituationer og uanset diagnose kan medvirke til at fremme oplevelsen af bedre helbred i livet med kronisk sygdom.

### Sort humor og ironi

Humor og ironi kan også være som en form for satire og et forsøg på at udtrykke humor i en vanskelig situation og dermed et forsøg på at gøre situationen lettere. Jo vanskeligere og mere truende og meningsløs en situation opleves, des stærkere vil de indre reaktioner ofte opleves. I humor findes et potentiale, som kan dæmpe alt for overvældende følelser af alvor og erstatte denne følelse med et håb om en positiv forandring (4). Sort humor og ironi kan i nogle situationer derfor være en lettelse og en måde at tale om svære situationer på en distancerende måde. Budskaberne er ofte dobbelttydige, sarkastiske og præget af metaforer. Nogle opfatter denne form for humor som distanceskabende og useriøs. Det kan for nogle virke sårende. For andre kan det skabe den nødvendige distance til en meget alvorlig sygdomssituation og således være en form for lettelse (11).

For at forstå nedenstående citat som humoristisk bør man vide, at det drejer sig om en patient, der har sygdommen colitis ulcerosa, og som er plaget af diarré.

”En gang imellem kan jeg godt blive deprimeret ... når jeg har tynd mave ... Men som jeg altid siger, er jeg en omvarende reklame for Always Ultra.”

Citatet illustrerer, at når der tales om denne store gene i hverdagen, klares det med humor og ironi, og det ser ud til, at det kan være med til at lette situationen. Humor kan handle om at have det sjovt i den triste og lidt prekære situation, hvor diarré kan opleves som noget ulækkert, man ikke taler om.

Humor kan være hensigtsmæssig og virkningsfuld samt reducere spændinger og skabe rum for samtaler, der ellers ikke ville være mulige. Genem humor kan fortrængte, undertrykte følelser ►

- og behov bearbejdes, og patienten kan få mulighed for at forsone sig med det tragiske og fortvivlende i situationen (11).

Nedenstående citat omhandler en oplevelse for en patient i en nattevagt:

”Så rendte hun og pumpede (blodtryksmåling) hele natten (latter), og jeg kunne ikke lade være med at grine. Jeg sagde også til hende, jeg skal pumpes tit, jeg må da være punkteret (latter). Sygeplejersken blev selvfølgelig forskrækket, da hun løftede dynen og så alt det blod, og så fik hun hjælp med det samme.”

Patienten omtaler en faretruende situation humoristisk og med latter, en form for ironi og sort humor. Latteren kan her se ud til at virke frigørende i en situation, hvor patienten tilsyneladende i en periode følte sig magtesløs og måske bange. Bag denne humor og latter kan der være frygt og angst for, hvad situationen kunne have udviklet sig til.

Humor, ironi, latter i stemmen og metaforer bliver ofte brugt i de 18 interviews i undersøgelsen.

*Sven Andersen* taler her om livet med kronisk sygdom som det at have en ekstra rygsæk med. I det følgende citat bruger patienten ordet ”fjeldræv” (24).

Det er ikke, fordi jeg ikke kan mærke symptomerne, men det er nok fordi, jeg vil gå med både livrem og seler (latter i stemmen), det tror jeg nok. Men er jeg i byen – det er jeg utrolig sjældent – og drikker både det ene og det andet, så tager jeg blodsukkeret mange gange (latter). Jeg har altid den store fjeldræv med.”

Det, at sygdommen opleves som en ekstra rygsæk, og det at gå med både livrem og seler tyder på, at sygdommen opleves som en ekstra byrde, hvor humoren i kommunikationen kan være med til at gøre det lettere at tale om belastning.

Sort humor og ironi kan altså skabe distance og ser ud til at være en lettelse i omtalen af sygdom og lidelse samt det svære og vanskelige. På den måde kan den humor og ironi virke som en form for forsvarsmekanisme og mestring.

### Angstlatter

Det med at komme i overensstemmelse med sig selv og den nye situation ser ud til at være særlig vanskeligt (2). Latteren kan her være et forsøg på at gøre noget svært lettere og dermed lettere at mestre den kroniske sygdom og lidelse. Undersøgelsen tyder på, at der er en sammenhæng mellem anvendelsen af humor og latter i relation til angst og accept af den nye situation, som det er at få en kronisk sygdom og lidelse.

”Jeg forsøger at trappe ned på det (søvn), så jeg ikke skal have så meget (griner lidt). Igen har det noget med at gøre, at jeg ikke vil overgive mig til det her, for jeg er kun 40 år gammel.”

Patienten fortæller om det at komme i overensstemmelse med sig selv i sin nye livssituation, som han tydeligvis har svært ved at acceptere. Det, at han griner lidt i forhold til det at ”overgive sig,” kan være et forløsende aspekt i forhold til en alvorlig situation, hvor hans liv har været i fare.

Nedenstående citat handler om at acceptere og komme i overensstemmelse med sig selv, her kan latter være en måde at gøre en svær situation lettere på.

”Ja, der kommer nogle kramper. Det må man jo lære at leve med, åbenbart.”

Sygeplejersken: ”Hvordan gør du det?” (patienten griner lidt).

Patienten: ”Jamen, så kan jeg tage en af de der Nitroglycerin, og så går det som regel væk.”

Det at have en handlemulighed, her i form af medicin, ser ud til at være betydningsfuldt. I forbindelse med kronisk sygdom og lidelse er der noget, der tyder på, at der kan være angst for, hvordan hverdagen ændres eksempelvis med smerter. Angst og indelukthed er reaktioner, det er vigtigt at tage hånd om, og her kan humor være et meget betydningsfuldt element.

Når patienten griner, kan det betyde en lettelse i en vanskelig situation.

”Jamen, så er der nok lidt, der hedder angst, der kommer ind i det, for altså selv om det er et fint hospital, I har, så er det ikke noget sjovt sted at være.”

Her kan der være tale om angstlatter eller en form for bagatellisering. Angstlatter kan i nogle situationer være en lettelse, hvor latteren kan reducere pres i vanskelige situationer og gøre situationen lettere at håndtere. Latteren kan være en form for beskyttelse i forhold til ikke helt at have kontrol over sin tilværelse på grund af sygdom, og det kan muligvis være en form for magtesløshed, der kommer til udtryk gennem humoren.

### Konklusion

Undersøgelsen viser, at humor som fænomen indgår i varierende grad med forskellig vægtning og betydning. Humor har forskellige udtryksformer i relation til mestring af kronisk sygdom. Det er i form af, at patienterne smiler, humoristiske bemærkninger, sort humor, ironi og angstlatter. Det ser ud til, at der kan være en sammen-

hæng mellem humor og det at komme bedre i overensstemmelse med sig selv i relation til det at have en kronisk sygdom og lidelse.

Kronisk sygdom og lidelse indebærer en sårbarhed, og undersøgelsen viser, at humor kan være livsunderstøttende og have en støddæmperfunktion i en tilværelse med kronisk sygdom. Det kan konkluderes, at vittigheder og sort humor i nogle situationer kan være en lettelse. Det kan også konkluderes, at humor, latter i stemmen og metaforer ofte bruges af de interviewede patienter, og kronisk sygdom kan opleves som en ekstra rygsæk at have med sig i livet. Undersøgelsen viser, at latteren kan være et forsøg på at gøre noget svært og tungt lettere og dermed lettere at mestre den kroniske sygdom og lidelse. At angstlatter kan virke som en lettelse i frygt- og angstprovokerede situationer.

Humor kan også være et forsvar, hvor der flygtes fra det, der gør ondt eller er svært. Måske mere end nogen anden har det syge menneske brug for netop den livsglæde og befrielse, som humoren har, når der trækkes på smilebåndet, eller latteren bliver rørt. Humor og latter ser ud til at være som et lysglimt i livet med kronisk sygdom og lidelse.

### Konsekvenser for praksis

Humor og latter er et gennemgående træk i undersøgelsen og har betydning for den måde, hvor på professionelle møder patienter med kronisk sygdom og lidelse. Det fremgår af de udførte interview, og af andre undersøgelser (6,7,9). Et væsentligt budskab er, at humor og latter kan medvirke til et positivt møde mellem patient og sygeplejerske, hvor patienten ser frem til mødet med sygeplejersken og føler sig forstået som et helt menneske og ikke kun som en sygdom. Det ser ud til, at det er vigtigt, at kommunikation og vidensformidling foregår i en positiv og venlig atmosfære. Humor brugt med stor indfølelse kan være med til at gøre en vanskelig og spændt situation lettere at håndtere (25).

Humor er en personlig egenskab og en kommunikationsmåde mellem mennesker og kan være et sundhedsfremmende og livsbekræftende fænomen (7). Derfor er det vigtigt, at sygeplejersker er opmærksomme på humor i kontakten med patienterne og tør støtte op om det samt opmuntrer til det i spillet med patienter og pårørende, hvor det er passende. Humoren kan anvendes, når patienten har slået tonen an med et humoristisk tonefald, latter eller anden form for tilkendegivelse i den retning. Det kan lette situationen og give kommunikationen større handle-

rum (25). Det at have denne handlemulighed ser ud til at være vigtigt i relation til kronisk sygdom og lidelse (14), hvor patienterne f.eks. kan være bange for smerter i hverdagen.

På den anden side kan humor også overdrives og på den måde skabe en kunstig munterhed, som virker fremmedgørende. Humor bør derfor bruges med omtanke og kan i nogle situationer være helt malplaceret. Latteren kan være en befriende latter i en stresset og angstprovokerende situation. Organismens stressreaktioner er i høj grad bestemt af, hvordan vi oplever og bearbejder en given belastning (26). Måske kunne man i langt højere grad end nu anvende humor på hospitalerne mellem patienter, pårørende og personale, men altid med indfølelse.

*Korrespondance:*

*Hanne Sønder, Børneafdelingen, Viborg Sygehus,  
Heibergs Alle 4, 8800 Viborg.  
hanne.soender@sygehusviborg.dk*

*En tommelfingerregel kan være at stille sig åben over for patientens humor omkring egen situation og være tilbageholdende med egne humoristiske bemærkninger, før man kender den anden godt.*

### Litteratur

1. Pedersen BD, Bøje T, Delmar C, Jacobsen C, Kristensen DD, Møller M, Pedersen LF, Sønder H. Pleje og omsorg for patienter med kroniske lidelser – en sundhedsfremmende og forebyggende virksomhed. *Tidskrift for Sygeplejeforskning* 2002;2:22-30.
2. Delmar C, Bøje T, Dylmer D, Forup L, Jacobsen C, Møller M, Sønder H, Pedersen BD. Achieving harmony with oneself – life with a chronic illness. *Scand J Caring Sci* 2005;19:204-12.
3. Delmar C, Bøje T, Dylmer D, Forup L, Jacobsen C, Møller M, Sønder H, Pedersen BD. Independence/dependence – a contradictory relationship?: life with a chronic illness. *Scand J Caring Sci*, in press December 2005.
4. Olsson H, Bache H, Sørensen S. Humorologi. *Vetenskapliga perspektiv på humor og skraut*. Stockholm: Liber; 2003.
5. Olsson H, Koch H, Sørensen S. Nursing and humour – an exploratory study in Sweden. *Vård I Norden* 2000;1:42-5.
6. Olsson H, Bache H. Skratalsva som lindring. *Humor, skraut och velbefinnande*. *Socialmedicinsk Tidskrift* 2003;1:82-7.
7. Svebak S. *Forlænger en god latter livet? Humor stress og helse*. Oslo: Fagbokforlaget; 2001. ▶

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Sønder H, Bøje T, Delmar C, Dylmer D, Forup L, Jakobsen C, Møller M, Pedersen BD. Humour – an aspect of coping with chronic illness and disease. *Sygeplejersken* 2006;(11):27-36.

This article presents the part findings of a major research project into living with a chronic illness. The article focuses on humour and the different ways of expressing humour in relation to coping with chronic illness.

The research design is qualitative and uses a phenomenological hermeneutic approach. 18 patients have been interviewed, six allocated within each group based on their diagnosis: Diabetes 1, ulcerative colitis and patients suffering from coronary occlusion during their rehabilitation phase.

The intention, irrespective of diagnosis, is to find patterns and themes related to the patients' perception of health and illness in connection with a chronic disease and the importance of this perception for the way they cope with everyday life. This study method takes its inspiration from Paul Ricoeur's interpretation theory.

As a phenomenon, humour forms part of these interviews in different shapes and forms, the weighting and importance varying through laughter, smiles, humorous remarks, to black humour, irony and anxious laughter. The study shows that the use of humour can have a life supportive effect on the chronically diseased. Humour and laughter can have a liberating effect, and humour can relieve tension and pressure. It is concluded that chronic illness and disease involve vulnerability, and that humour can work as a buffer and a shock absorber, where difficult illnesses are concerned.

Keywords: Ricoeur, chronic illness, disease, coping and humour.

## ►► BAG ARTIKLEN

### Forfattere

Hanne Sønder er ansat på Børneafdelingen, Viborg Sygehus, Trine Bøje på Medicinsk Kardiologisk Afdeling A, Århus Sygehus, Århus Universitetshospital, Charlotte Delmar på Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Sygehus, Århus Universitetshospital, Dorrit Dylmer på Medicinsk Afdeling, Holstebro Sygehus, Lisbeth Forup på Kardiologisk Afdeling S1, Aalborg Sygehus, Århus Universitetshospital, Christina Jakobsen på Kardiologisk Afdeling S1, Aalborg Sygehus, Århus Universitetshospital, Majbritt Møller på Medicinsk Afdeling V, Århus Sygehus, Århus Universitetshospital, Birthe D. Pedersen på Afdelingen for Sygeplejevicenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.

### Forfatterbidrag

Artiklen er skrevet af Hanne Sønder, kritisk gennemlæst og kommenteret af de øvrige forfattere. Projektet er realiseret på basis af en ide af Birthe D. Pedersen, som har udarbejdet projektbeskrivelsen i samarbejde med øvrige forfattere. Alle forfattere har bidraget med indsamlingen af data i form af kvalitative interviews og dataanalyse.

### Tak til

Projektet er økonomisk støttet af:

Holstebro Sygehus, Aalborg Sygehus, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Århus Universitetshospital, Nordjyllands Amt, Projekt "Brugerindflydelse" samt Fonden for Eli Lilly's Diabetes Care project.

8. Svebak S, Martin RA. Humour as form of coping. In: Svebak S, Apter MJ, editor. *Stress and health: a reversal theory perspective*. Washington D.C.: Taylor & Francis; 1997. p. 173-84.
9. Greenberg M. Therapeutic Play: developing humor in nurse-patient relationship. *J N Y State Nurses Assoc* 2003 (Spring-Summer):25-31.
10. Christie W, Moore C. The impact of humor on patients with cancer. *Clin J Oncol Nurs* 2005;2:211-18.
11. Eide H, Eide T. Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk. Oslo: ad notam Gyldendal; 1996. p. 210-21.
12. Gladkova N, Mogensen BB. Klovnens og humorens. Aarhus Universitet: Fællestrykkeriet for sundhedsvidenskab; 2003: 85-90.
13. Delmar C. Tillid og Magt. En moralsk udfordring. København: Munksgaard; 1999. p. 151-2.
14. Antonovsky A. *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag; 2000. p. 75.
15. Gjengedal E, Hanestad BR. Å leve med kronisk sygdom. En varig kursændring. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag; 2001. p. 27-50.
16. Ricoeur P. Från text til handling. I: Kemp P, Kristensson B, ed. *En antologi om hermeneutik*. Stockholm/Lund: Symposium Bokforlag; 1988.
17. Ricoeur P. Fortolkningsteori. Introduktion af Arne Grøn. Oversættelse og noter af Henrik Juel. København: Vintens Forlag; 1979.
18. Pedersen BD. Sygeplejepraksis sprog og erkendelse. Aarhus Universitet: Fællestrykkeriet for sundhedsvidenskab; 1999.
19. Pedersen BD, Delmar C. Forskningsmetode og netværkssamarbejde – en kvalitativ metode inspireret af Ricoeur. I: *Forskning i klinisk sygepleje 2, Metoder og vidensudvikling*, Lorensen M, Hounsgaard L, Østergaard-Nielsen G, editors. København: Akademisk Forlag; 2003. p. 93-110.
20. Flyvbjerg B. *Rationalitet og magt. Bind 1. Det konkrete videnskab*. København: Akademisk Forlag; 1991. p. 149-58.
21. Fotland H. Det kvalitative forskningsinterviewet. *Sykepleien* 2000;20:54-7.
22. Kvale S. Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Reitzels Forlag; 2000. p. 31-67.
23. Hanestad BR. Forskning om Livskvalitet. *Sykepleien* 1995; 5: 26-9.
24. Andersen S. Sundhed sidder mellem ørerne. Det at leve med en kronisk sygdom. Hornslet Bogtrykkeri A/S; 2002. p. 73.
25. Travelbee J. *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje*. København: Munksgaard; 2002. p. 169-71.
26. Zacharia B. Stress i biopsykosocialt perspektiv. I: *Damsgaard-Sørensen K, Madsen B, editors. Stress. Når kroppen siger fra*. København: Gyldendals Akademiske Bogklubber; 2003. p. 13-33.



## Den gamle rotte har lært noget nyt

Carl Erik Mabeck

### Den motiverende samtale

København: Munksgaard Danmark 2005  
104 sider, 148 kr.  
ISBN 87-628-0596-7

Kan Carl Erik Mabeck lære en gammel rotte som mig noget nyt?

Kan jeg bruge hans bog i min hverdag med mange patienter, ”brandslukninger” og afbrydelser?

Min skepsis var til at få øje på ved præsentationen af bogen om at motivere patienter til forandring. Man læser bogen med sine erfaringer i rygsækken: Alkoholikeren, det gik skidt med, og ham, det gik godt med, pigen med anoreksi, den tidligere rocker med vægtproblemer, de utallige rygestop-samtaler, rækken er udtømmelig. Bogen begynder med det teoretiske og principielle grundlag for den motiverende samtale for senere at beskrive metoden i praksis. Læseren får undervisning i behandlerens rolle, som følger principperne for non-direktiv vejledning. Behandlerens rolle er at stimulere patienten til at analysere sin situation og reflektere over fordele og ulemper ved den aktuelle tilstand og sammenligne med fordele og ulemper ved en ændret adfærd. Patienten skal selv finde frem til og tage ansvaret for løsningen af problemerne, men behandleren skal hjælpe med at finde patientens ressourcer og styrke hans vilje til at tage ansvar for sine beslutninger uden at tilbyde godkendelse af de ændringer, patienten vælger. Heri ligger det non-direktive. Behandlernes ansvar er at ”forsøge at forene en medicinsk opfattelse af patientens problem med en forståelse for, hvad problemet betyder for patienten.”

Bogen peger på vores ansvar over for patienten, men vi får samtidig det grundlag med, som ”Den motiverende Samtale” bygger på, at vi ikke skal fratage patienten ansvaret for at begynde, fortsætte og genoptage sundhedsfremmende forandringer i sit liv og for, hvornår og hvordan det skal foregå.

I bogen bliver læseren indført i begreber, teknikker, strategier og eksempler med det mål at finde en løsning sammen med patienten: F.eks. visuel analog skala, balanceskema, forandringens hjul og ikke mindst PEARLS: Partnerskab, empati, accept, respekt, legitimering, støtte.

Mabeck har delt sin bog i teori og prak-

sis, og man kan ikke vente med at komme hen til den praktiske del, men nogle udsagn fanger tidligt, så også første del bliver spændende:

Målet er et godt liv. Midlet er et godt helbred.

”Vi er specialisten i den medicinske opfattelse af patientens problem, men patienten er specialist i, hvad problemet betyder for ham.”

Det er med andre ord mit ansvar at give patienten et godt udgangspunkt. Efter at have læst bogen tør jeg godt, for Mabecks gennemgang af forandringshjulet er god og uddybende. Især Førovervejelsesstadiet er en demonstration af, at patienten selv bestemmer. Forleden kunne jeg afprøve meget af det nye, jeg havde lært af bogen, på en patient, som ønskede at være ikke-ryger. Og de indledende spørgsmål kan nu besvares:

Man kan godt bruge bogen i en travl hverdag, og budskaberne i bogen komplementerer behandlerens indstilling til patienten. Bogen kan bruges til at slå op i, og den mulighed er væsentlig, så teknikkerne også kan bruges til korte samtaler.

Den gamle rotte har lært noget nyt. Man skal lade patienten være i fred med sin beslutning om at undlade smørret på frokostbrødet og vente på, at han selv finder frem til, at det er lettere at undlade smørret hele vejen igennem. Svært. Men som der står: “Nobody cares how much you know, if they don’t know how much you care.” Og “to care” er at lade patienten beholde initiativet og ansvaret.

Af Michala Schultz-Larsen, konsultationssygeplejerske i Virum.



# DLS

## Er du leder i sundhedssektoren?

### Eller vil du gerne være det?

### Så er DLS noget for dig

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

DLS udbydes i hele Danmark.

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

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

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

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

tlf. 54 888 224 • [www.ceus.dk](http://www.ceus.dk)

HANDELSHØJSKOLE  
CENTRET

CEUS  
Handelshøjskolecenter

Hvad vil det sige at være ung og måske se fremtiden som lys og uden ende og så – fra den ene dag til den anden – at skulle indstille sig på at leve med sygdom hver dag?

I et forskningsprojekt om unge med diabetes (1) fulgte jeg en gruppe unge med nydiagnosticeret type 1-diabetes i ca. to år. Formålet var at forstå, hvordan en kronisk sygdom som diabetes integreres i et ungt menneskes hverdagsperspektiv.

Min oprindelige hensigt var udelukkende at følge de unge på en diabeteskole og derefter ud i livet. Hvis nogen havde antydnet, hvor central en rolle internettet ville få på de næste fire års arbejde, havde jeg nok bakket ud, skræmt ved tanken om min manglende tekniske formåen og ærlig talt: mangel på interesse.

Da jeg deltog som observatør på en ungdomsweekend arrangeret af Diabetesforeningen, gik det op for mig, at jeg måske kunne få nuanceret billedet ved at bruge internettet. De unge på kurset refererede igen og igen til nettet som det sted, de søgte hen efter informationer om alt fra selve sygdommen til tips, kontakter med andre osv.

Når jeg holder foredrag og workshopper om unge, møder jeg ofte engagerede praktikere, som har erfaret, at de unge er svære at kommunikere med, at de udebliver fra aftaler, og at de ikke følger retningslinjerne. Under denne bekymring ligger ofte spørgsmålet: Hvad skal der til, for at vi kan etablere et bedre samarbejde med dem om deres pleje og behandling? Et sted at begynde kunne være at sætte sig ind, i hvordan de unges liv leves uden for institutionerne, hvor praktikere møder dem. At erkende at e-mails, mobiltelefoni og sms-teknologien er kommet for at blive, at det i høj grad er en del af unges kultur og derfor et oplagt kommunikationsmedie mellem behandlere og unge.

### Kontaktannonce gav bonus

Da jeg kom hjem, skrev jeg så en lille annonce på Diabetesforeningens hjemmeside, hvori jeg søgte unge med lyst til at dele deres erfaringer med mig. Jeg skrev, at jeg var forsker, at jeg hverken var ung eller havde diabetes, men skulle udføre et projekt med fokus på ungdom og diabetes, hvorfor jeg havde brug for de unges ekspertudsagn.

Min besked på Diabetesforeningens hjemmeside gav bonus. Min første kontakt var med en velformuleret ung pige, som etablerede en ny kontakt til en af sine venner, der også havde diabetes, og det samme skete med nogle drenge. Langsomt blev jeg kontaktet spontant af flere og flere unge, enten fordi de havde set min mail på nettet, fordi de kendte nogen, der havde anbefalet mig, eller fordi de havde læst eller hørt om studiet andre steder og havde fået lyst til at bidrage til projektet. Jeg fik på det tidspunkt en del e-mails fra unge, der skrev, at det var dejligt at se billeder af mig på min egen hjemmeside, for så var jeg jo en helt rigtig person.

### På de unges præmisser

Ved at prøve mig frem udviklede jeg en praksis, hvor jeg svarede på e-mails inden for 24 timer. Somme tider kunne jeg ikke give

en uddybende tilbagemelding, men jeg takkede altid for mailen, og hvis jeg ikke havde tid til at kommentere den ordentligt, skrev jeg, hvornår jeg ville gøre det. Den eneste gang, jeg ikke gjorde det, var efter at have modtaget flere mails fra en ung pige, der havde delt meget personlige emner med mig. Da jeg læste det, jeg troede var den sidste e-mail fra hende, skrev jeg ikke tilbage. Efter et stykke tid skrev hun til mig: ”Er du på ferie? Jeg kan ikke forstå, jeg ikke har hørt fra dig så længe.” Efter det blev jeg klar over, at det er nødvendigt med en slags kontrakt, både fordi folk skal vide, hvad de kan forvente, og for at beskytte forskeren mod at få en rolle, der skaber afhængighed mellem parterne.

Jeg fik oplevelsen af, at kontakterne var meget mere på de unges egne præmisser. De kunne vælge ikke at tage kontakt eller besvare mine mails, de kunne være anonyme, vi sad ikke ansigt til ansigt, og de havde ikke nogen forpligtelser over for mig. Alligevel blev det en mere privat oplevelse, end jeg havde forestillet mig. Det skyldtes nok, at jeg ofte modtog og besvarede e-mails i min egen stue med en kop te og fødderne oppe. Jeg modtog og

**Virtuelle relationer.** Ved at benytte internettet som kontaktmiddel lykkedes det at få skabt dialog med mange unge diabetikere, der gerne og åbenhjertigt fortalte om, hvordan en kronisk sygdom integreres i et ungt menneskes hverdagsperspektiv.

# Unge åbner

sendte mails sent om aftenen, i weekender og ferier og ofte uden for almindelig kontortid.

Når jeg modtog en kort eller hurtig mail, og det gjorde jeg ofte, skrev jeg tilbage: ”Tak for svaret, jeg glæder mig til at høre fra dig igen,” eller ”jeg håber, du snart har det bedre og får lyst til at skrive til mig igen.” De skrev så tilbage: ”Jeg vender tilbage, så snart min feber er væk,” ”jeg har meget travlt lige nu – men du er en af mine topprioriteter,” eller ”jeg har travlt, vender måske tilbage.”

### Jomfrueligt forskningsfelt

At læse deres beretninger på denne måde betød at jeg hurtigt kunne afklare vendinger eller begreber, som var uklare for mig, eller jeg kunne bede om uddybende beskrivelser. På en måde var vi mere knyttet til hinanden, fordi jeg kunne spørge til det, de ►



"Jeg vil meget gerne skrive noget mere, men jeg har på fornemmelsen at det ikke lige er det jeg har skrevet om du gerne vil høre om, men du må meget gerne spørge om noget mere bestemt, så skal jeg gøre mit bedste for at svare dig så godt jeg kan."

*skrevet af Gry 10. klasse.*



**sig i cyberspace**

► konkret havde skrevet, og de kunne gøre det samme. Jeg oplevede, at denne form for kommunikation er mere direkte og tydelig end mange af de lange og sommetider usammenhængende sætninger, man kan få sig vævet ud i ved mundtlige interviews.

Jeg fandt kun lidt litteratur på området, og på den første internationale internet-forskerkonference blev jeg bekræftet i, at der var sket meget lidt inden for det kvalitative felt. Det var et nyt og jomfrueligt forskningsfelt, jeg havde begivet mig ud i. Jeg måtte prøve mig frem samtidig med, at jeg trak på min generelle erfaring med kvalitativ forskning.

Jeg udviklede bl.a. en metode inspireret af psykoanalysen, hvor jeg stillede meget få spørgsmål, men i stedet forsøgte at få den enkelte unge til selv at rejse de centrale spørgsmål og derefter selv besvare dem.

### Anerkendelse og skepsis

Det faktum, at jeg arbejdede med en ny metode på et nyt medie, betød, at jeg fik en masse kritiske spørgsmål om brugen af internettet til denne type forskning. Jeg besluttede derfor at præsentere arbejdet i så mange forskellige forskningssammenhænge som muligt: På seminarer med udenlandske gæsteforskere, på en internet-forskerkonference og ved at få en artikel accepteret i et internationalt anerkendt tidsskrift for kvalitativ forskning (2). I mange af disse sammenhænge var deltagerne overraskede over

kvaliteten og dybden af de svar, jeg modtog, og alle opfordrede mig til at fortsætte med at udvikle metoden. Skepsissen kom overvejende fra andre forskerstuderende og delte sig overvejende i to grupper.

Den ene gruppe var bekymret over mine informanternes identitet, hvordan kunne jeg være sikker på, de var dem, de gav sig ud for at være? Hvordan kunne jeg være sikker på, at det, de sagde, var rigtigt? Hvordan kunne jeg være sikker på, at de virkelig var unge med diabetes? Hvordan kunne jeg vide, at jeg ikke var i kontakt med en lille eksklusiv gruppe ressourcestærke unge og på den måde fik et unuanceret billede?

Spørgsmålet var altså, om fravær af krop er det samme som fravær af sandhed?

Til denne gruppe svarede jeg, at jeg ikke følte mig mere eller mindre sikker på disse personers selvfrestillinger og udsagn end på dem, jeg mødte i den virkelige verden, og at fortællingerne, jeg blev præsenteret for, var så forskellige, at jeg ikke delte deres bekymring, selv om det naturligvis er en vigtig pointe at huske på.

Den anden gruppe var bekymret for de etiske og psykologiske aspekter af arbejdet. Hvordan kunne jeg tillade mig at få unge til at artikulere angst og frygt uden at tilbyde mere end et virtuelt øre? Mange følte, at der skal være en professionel til stede, når sådanne følsomme emner tages op. Og hvad med forskerens rol-

## Korrespondancen med Gry

*Gry og jeg udvekslede mails flere gange i løbet af et par uger. Jeg havde fået Grys mail-adresse fra en anden pige, der kendte hende. Jeg skrev første gang søndag den 27. august 2002 klokken 20:47.*

### "Hej Gry.

Jeg har fået din mail adresse fra Lone som har fortalt mig at du gerne vil dele nogle af dine erfaringer som ny, ung med sukkersyge med mig. Jeg er som hun måske har fortalt, i gang med et forskningsprojekt, hvis væsentligste formål er at undersøge hvad det egentligt betyder for et ungt menneske at få sådan en sygdom. Hvis du vil, vil jeg meget gerne høre fra dig om hvad det betyder for dig og dit liv. Der er ikke nogen rigtig måde at fortælle om det på, bare tag fat hvor det falder dig ind, jeg kan jo altid stille uddybende spørgsmål senere hen. Jeg kan fortælle dig, at jeg har kontakt med ca. 20 andre unge via e-mails. Hvis der er noget du gerne vil spørge om kan du også det, jeg svarer på mine mails så hurtigt som muligt, som regel inden for en dags tid. De bedste hilsner fra Bibi."

*Gry svarede onsdag den 30. august klokken 11.32.*

### "Hej Bibi!

Jeg vil meget gerne hjælpe dig, men jeg er ikke helt sikker på hvad det er du gerne vil have mig med til at skrive om.

Jeg har næsten haft sukkersyge i et år nu. Jeg kan huske at jeg virkelige var overrasket over hvor lidt jeg vidste om det, inden jeg fik det. Og det er ikke bare mig der har det sådan. Jeg er lige startet i 10. klasse på en ny skole. Jeg har selvfølgelig fortalt vidt og bredt om det, men det andre mig stadig hvor lidt mine nye lærer og kammerater ved om det. Jeg har faktisk flere gange været ude for at folk ikke har villet drikke af den samme dunk som mig, fordi de tror det smitter!!! Det griner jeg bare af, men på en eller anden måde påvirker det mig faktisk. For jeg kommer til at følge mig anderledes og udenfor. Det er også en af de ting der har stor betydning for mig, ikke at være anderledes end mine "almindelige" venner. Det har jeg også snakket med mange andre diabetikere

om, og jeg har fået et indtryk af at det virkelig er et stort problem for mange af dem.

Der er da også nogle rigtig gode ting ved at har sukkersyge, jeg har f.eks. mødt en masse fantastisk søde diabetikere i sommer, jeg var med på den tur til Tyskland som Lone også var med på. Det var faktisk første gang at jeg så nogle andre unge der også skulle side og stikke sig med en nål!!!!!! (hvis man skal bruge den vending som man hører så tit fra "normale" unge)

Hvad det betyder for mig og mit liv at have diabetes!

Det er rigtig svært at svare på, men jeg tror ikke det har betydet så meget, som jeg troede det ville komme til. Jeg har besluttet mig for;

1. at jeg skal styre min diabetes og at det ikke er den der skal styre mig.

2. at jeg ikke for noget ud af at have ondt af mig selv, og derfor skal lade være.

Det er ikke svar på dit spørgsmål, men det er sådan, jeg har valgt at sørge for, at min sygdom ikke skal betyde for meget for mig og mit liv. Men noget betyder den da.



le? Hvordan kunne jeg rumme alle disse følelser, og hvad gjorde jeg for at læsse af? Nogle af disse diskussioner blev meget følelsesladede, særlig når der var sygeplejersker eller psykologer til stede.

### Etiske overvejelser

Når man skal forholde sig til etiske spørgsmål i forhold til internettet, er det centralt, hvorvidt man betragter det som noget nyt og specielt, fordi der i så fald vil være brug for nye etiske retningslinjer. Hvis man som jeg betragter forskning i cyberspace som en fortsættelse af den eksisterende interaktions- og kommunikationsforskning, kan man også anvende den gældende etiske praksis.

Mine etiske overvejelser havde at gøre med respekt for individet ved bl.a. at anvende den frie association, fordi den enkelte på denne måde primært formulerede de spørgsmål, hun eller han selv besvarede, ved at love dem anonymitet og ved altid at besvare mails med udsagn som ”det her er virkelig vanskeligt at skrive om” med opfordringer til at lade være, hvis det blev for svært. Det oplevede jeg i øvrigt aldrig, fordi de fleste skrev tilbage, at det var svært, men også godt eller vigtigt for dem at gøre det. Endelig besvarede jeg mine mails inden for et døgn. Alle de unge inviterede mig til at vende tilbage med yderligere spørgsmål, og ingen har kontaktet mig på eget initiativ med spørgsmål

eller problemer. Nogle enkelte sender mig dog julekort, vitser eller tegneserier.

Jeg tror virkelig ikke, der er grund til at være bange for, om man vil få netsammenbrud eller telefonstorm, fordi de unge – som jeg har hørt flere sygeplejersker være bekymret for – sms’er, kimer eller mailer en ned. Det er de unge alt for optaget af andre ting til at have tid til.

*Bibi Hølge-Hazelton er ansat på  
Forskningsenheden for Almen Praksis  
i København.  
bibbi@gpract.ku.dk*

### Litteratur

1. Hølge-Hazelton B. Diabetes – en skole for livet. (ph.d.-afhandling). Forskerskolen i Livslang Læring. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag; 2003.
2. Hølge-Hazelton B. The Internet: A New Field for Qualitative Inquiry? (36 paragraphs). Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research (On-line Journal), 3(2). Available at: [www.qualitative-research.net/fqs/fqs-eng.htm](http://www.qualitative-research.net/fqs/fqs-eng.htm) May 2002.

Den betyder f.eks. at jeg skal tænke mere over hvad jeg gør og tænke længere frem end jeg gjorde før jeg fik sukkersyge. Jeg skal planlægge mere, skal altid have en taske med mig, og når jeg skal noget med andre så følger jeg mig altid til besvær. For så skal jeg lige måle mit skide blodsukker og tage insulin eller spise noget lige midt i det hele, hvilket nogen gange kan være irriterende for de andre jeg er sammen med og ikke mindst mig selv.

Jeg håber det var til lidt hjælp. Jeg vil meget gerne skrive noget mere, men jeg har på fornemmelsen at det ikke lige er det jeg har skrevet om du gerne vil høre om, men du må meget gerne spørge om noget mere bestemt, så skal jeg gøre mit bedste for at svare dig så godt jeg kan.

Kærlig Hilsen Gry.”

*Jeg svarede:*

### ”Hej Gry!

Du har slet ikke ret – det er præcis sådan noget jeg gerne vil høre om – nemlig hvad er det der optager en ung som har fået

sukkersyge. Hvad troede du, at jeg gerne ville høre om? Og hvad gav dig fornemmelsen af det ikke var det ”rigtige” – noget jeg skrev? Jeg er MEGET glad for du deler dette med mig – hvis du vil, vil jeg meget gerne have at du skriver noget om hvordan du har taget de beslutninger du skriver om. Er det noget du ligger og spekulerer over om natten, eller er det noget du er kommet frem til sammen med andre? Kan du prøve at uddybe hvordan du er kommet frem til det? Og jeg tænkte også på, hvordan du har lært at grine når nogle af dine kammerater tror sukkersyge smitter ... måske kan det hjælpe hvis du fortæller lidt om hvordan du er som person-

De bedste hilsner: Bibi.”

*Lidt efter fik jeg dette svar:*

### ”Hej Bibi!

Du må undskylde, at jeg ikke har svaret før nu, men jeg har så mange lektier for tiden, at jeg næsten ikke har tid til noget andet.

Hvordan jeg er som person! Det første der falder mig ind, er at jeg er meget naiv.

Jeg er alt for god troende, jeg kan ikke sige nej, når nogen beder mig om noget. Derfor bliver jeg vel også nogen gange udnyttet. Jeg glemmer hurtigt, hvis mine venner ikke behandler mig ordentligt. Jeg tilgiver dem og lader dem gøre det igen.

Jeg er ikke specielt dygtig i skolen, men heller ikke vildt dum. Jeg er kommet rimeligt godt ud af det på det sidste, men jeg bruger også virkelig meget tid på mit skolearbejde. Noget af det jeg virkelig hader, er at komme uforberedt til time. Jeg er også en af dem der har lavet mine ting hver gang, og som de andre så skriver efter. Ikke at jeg er vildt nørdet, men jeg kan li’ at havde laver mine ting. Jeg har også gået til meget ekstra undervisning, frem for alt dansk, for jeg er som du sikkert har lagt mærke til ikke særlig god til at skrive. Jeg er meget følsom, der skal ikke særlig meget til før jeg ligger og tuder en hel nat. Jeg tror bare ikke at jeg for gjort folk opmærksom på at de virkelig sårer mig.

Jeg syntes virkelig det er nogle gode spørgsmål du kan finde på!!! Det er svært at svare på, men jeg gør altså bare mit bedste.

De beslutninger jeg har taget, har jeg ▶

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Hølge-Hazelton B. Young people open up in cyberspace. *Sygeplejersken* 2006;(11):38-42.

The article is based upon a research project, "Diabetes – a School for Life" where a number of qualitative interviews were conducted with young people with diabetes via the Internet. It is described how intense virtual dialogues regarding the young people's everyday lives were established. As this approach was new, it provoked a number of practical, ethical and methodological questions, among these worries from practitioners, psychologists and researchers. They were worried about the possible "risk" of being overloaded with e-mail contacts from patients, about creating a non psychical space where vulnerable issues were brought up and about the real identities of the young people. It is argued that when cyberspace, as in this case, is regarded as an extension of existing interaction – and communication research and practice, it is possible to expand the current practice to virtual space. Many of the early adaptors of the new technologies are young people. If nurses wish to understand what goes on in young people's lives, they need to use and understand the communication tools they use.

Keywords: Diabetes, youth, internet.

► nok spekuleret over helt vinteren (og ja, der var også mange søvnløse nætter), men da jeg så lidt efter lidt fandt frem til at min sukkersyge ikke skal styre hele mit liv blev det meget bedre. Jeg tror faktisk ikke jeg havde sat dem sådan op før jeg skrev det til dig. Det at jeg var på ture i min sommerferie sammen med mange andre i sammen situation, og som ikke mindst var ældre og havde meget mere erfaring end mig, satte nogle ting på plads. Jeg havde virkelig mange små snakke med nogle enkle om forskellige ting ikke kun diabetes, men alt fra kæresteproblemer til hvad vi fik til morgenmad. Jeg fik så mange forskellige ting at vide, jeg kan umuligt fortælle dem alle, selv om at jeg har lyst til det. Jeg fik hørt på andres meninger og oplevelser omkring det at havde sukkersyge. De fortalte mig at livet ikke behøves at gå i stå bare fordi at en eller anden dum mand i en hvid kittel siger at man har noget der hedder "diabetes" som man ikke en gang kan udtale (eller det kunne jeg ikke den gang jeg fik det :-)).

De viste mig at man godt kan have det sjovt selvom at man skal "stikke sig selv med en NÅL!!!" Men frem for alt så jeg at jeg ikke er den eneste der har oplevet alt det, at jeg ikke er den eneste der har dårlige dage og virkelige dårlige perioder. Jeg har ikke rigtig snakket så meget med dem efter jeg er kommet hjem, men jeg ved, at her jeg på et tidspunkt virkelig brug for et råd, en der forstår eller bare en der gider at lytte, så vil de altid være der. Folk siger tit at de forstår, men det gør de ikke, ingen

forstår det på sammen måde som en der selv har været der og prøvet det.

At jeg har lært at grine når mine venner tro at sukkersyge smitter, er også noget jeg har lært i sommers. Vi skiftedes til at fortælle sjove historier, ting som vi havde oplevet med vores sukkersyge. Det var nok noget af det hyggeligste, der var så mange sjove historier, og mange mere alvorlige men vi skreg bare af grin over hvor dumme folk var eller hvor meget vi selv havde dummet os. Det var problemer og historier som vi alle sammen kunne forholde os til. Problemet med at stå nede i kiosken men et blodsukker på 2 og ikke fatte en skid af hvad det er man skal have. Eller når man er ude at spise, man har bedt om en sukker fri cola, så ser man at tjeneren taget en almindelig op og så kan man blive nød til at stå og være til besvær imens hele resturanen sidder og tænker: "Hun kan alligevel ikke smage forskel." Det er altså rigtig godt århusiansk træls!!! Men det er man nød til at lære at grine af ellers bliver livet for alvorligt og kedeligt. Mine øjenlåg er ved at være lidt trætte, det blev vist lidt sent i går, så jeg må heller springe i seng i ordentlig tid i dag. Jeg håber du syntes det er spændende nok at høre om, for ellers så må du jo skrive det.

Mange venlige hilsner Gry.

P.S. Jeg har skrevet 815 ord, det er jo mere end en hel stil!!!!

Jeg svarede:



ARKIVFOTO: MIKKEL ØSTERGAARD/BAMI

Jeg tror virkelig ikke, der er grund til at være bange for, om man vil få netsammenbrud eller telefonstorm, fordi de unge – som jeg har hørt flere sygeplejersker være bekymret for – sms'er, kimer eller mailer en ned. Det er de unge alt for optaget af andre ting til at have tid til.

### "Hej Gry!

To ting falder mig ind når jeg læser dit dejlige brev: 1. Jeg forstår slet ikke at du skriver, at du ikke er god til at skrive – du er da fremragende! Og 2: det er mails som den du har skrevet her, der virkelig giver en forsker som mig, der ikke er diabetiker, et værdifuldt indblik i, hvad det kan betyde at leve som ung diabetiker. Det kan godt være du syntes, jeg er god til at stille spørgsmål, men jeg kan faktisk ikke komme på flere lige nu, men måske må jeg kontakte dig igen en anden gang hvis jeg har brug for et ekspert-udsagn om noget vedrørende unge diabetikere? Hvis du får lyst til at skrive til mig igen, eller du kommer i tanke om noget du syntes jeg skal vide, er du meget velkommen."

*Sidste mail fra Gry den 11. september lød således:*

### "Hej Bibi!

Det glæder mig, at du kunne bruge hvad jeg skrev til noget. Jeg vil hellere end gerne hjælpe en anden gang, så bare behold min adresse og skriv hvis du kommer i tanke om noget jeg måske kan hjælpe dig med.

Pas godt på dig selv til jeg høre fra dig igen.

Venlig hilsen Gry."

*For at bevare mailkorrespondancens autenticitet er sprog, stavning og tegnsætning bibeholdt i sin oprindelige form.*

Har du en idé eller en case til det næste Dilemma, så send den til [redaktionen@dsr.dk](mailto:redaktionen@dsr.dk) Indlægget må højst fylde 1.000 anslag uden mellemrum. Husk navn, medlemsnummer, adresse, arbejdsadresse og tlf.nr. under dit forslag. Du kan også ringe til *Jette Bagh*, tlf. 4695 4187 eller *Eyv Ravn*, tlf. 4695 4256 og fortælle din historie. Læs hvad Sygeplejeetisk Råd mener om det aktuelle Dilemma på [www.sygeplejeetiskraad.dk](http://www.sygeplejeetiskraad.dk) Her kan du også læse Dilemma og svar bragt i tidligere numre af *Sygeplejersken* samt svar, der ikke er trykt i bladet.



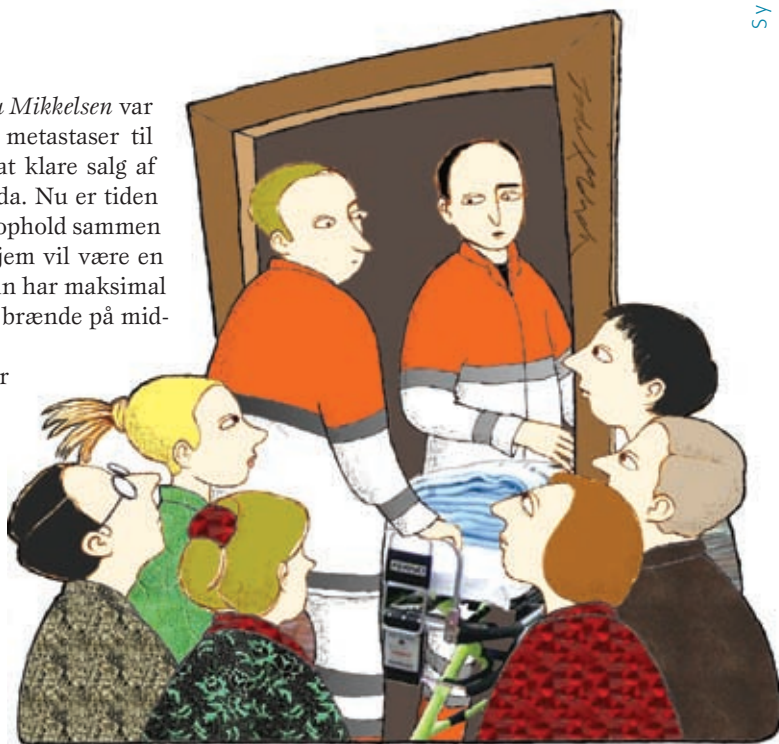
**Din mening.** Det vrimler med etiske dilemmaer i sygeplejen. *Sygeplejersken* vil gerne høre, hvad du ville gøre, hvis ... Læs historien nedenfor og send dine overvejelser til: [redaktionen@dsr.dk](mailto:redaktionen@dsr.dk) senest tirsdag den 7. juni kl. 12.00. Det må højst fylde 1.000 tegn uden mellemrum. Husk at oplyse navn og arbejdssted. Redaktionen bringer et udvalg af svarene i næste nummer af *Sygeplejersken*.

## En fredfyldt død?

Livstestamentet blev underskrevet for flere år siden, da *Fru Mikkelsen* var nyopereret for kræft. Hun har, trods moderate smerter, metastaser til knoglerne og mange korte ophold på hospitalet, formået at klare salg af hus, flytning til ældrebolig og et par rejser i Europa siden da. Nu er tiden ved at rinde ud. Fru Mikkelsen har efter endnu et hospitalsophold sammen med familien besluttet, at en aflastningsplads på et plejehjem vil være en god ide, for hun er for dårlig til at være hjemme, selv om hun har maksimal hjemmehjælp. Hun glemmer at drikke, lader stearinlysene brænde på midt-dagsbordet og har svært ved at komme ud af sengen.

Døden er der aldrig talt direkte om, Fru Mikkelsen har holdt fast ved livet, men mærker nu, at det er ved at være slut. Personalet på plejehjemmet passer hende til ug, men en aften ser den unge sygeplejerske, at Fru Mikkelsen har udsættende respiration, og hun er perifert kølig. "Det her kan jeg ikke tage ansvaret for," siger sygeplejersken til assistenten og ringer efter en vagtlæge, senere efter en ambulance. Til slut får hun fat i familien. Da familien mødes på plejehjemmet, står der to ambulancemænd i døren. Fru Mikkelsen er netop død. Hun nåede ikke til hospitalet, og de pårørende nåede ikke frem.

*Hvordan kan det undgås, at en døende beboer bliver sendt på hospitalet?*



### Dilemma fra Sygeplejersken nr. 10

*Fru Andersen* er flyttet på plejehjem. Hendes hus er solgt, og hendes datter administrerer pengene. Fru Andersen fik mange penge for huset, derfor undrer det, at hun kun har gammelt hullet undertøj, og at hun ikke betaler penge til den årlige ferietur. Lederen får mistanke om, at Fru Andersens penge har fundet vej til datteren.

## Etiske retningslinjer

Jeg mener, at De Sygeplejeetiske Retningslinjer kan støtte lederen i en etisk stillingtagen. Vi skal anvende fagligt skøn, kritisk stillingtagen, mod og omtanke. Det er altså nødvendigt at tage fat i ubehaget. Vi skal udøve omsorg og medvirke til at beskytte og bevare liv og arbejde for, at patienten bevarer sin værdighed og integritet.

Lederen skal derfor tilgodesee *Fru Andersens* behov – sikre sig tøj og en sommerfornøjelse til Fru Andersen, hvis

det er et behov – for hvordan opfatter Fru Andersen situationen?

Lederen kan derpå tale med *Regitze* og Fru Andersen om sagen. Måske løser det hele problemstillingen. Vi skal udvise respekt for pårørende – men ved interessekonflikt skal vi varetage patientens tarv.

*Edith Mark, psykiatrisk sygeplejerske, ph.d.-studerende ved Forskningsenheden for Klinisk Sygepleje ved Aalborg Sygehus, formand for Sygeplejeetisk Råd.*

## Fokus på Fru Andersen

Der står *Nina M. Andersen* på døren. Vi får oplysninger om sygdomsforløbet.

Men hvor er Fru Andersen?

Der står ikke noget om, at hun er demt og ude af stand til at tage stilling.

Hvad er Fru Andersens egne forventninger til, hvordan hendes garderobe ser ud? Når der er betalt for husleje, kost, medicin m.m. som aftalt ved indflytningen, er det beboeren, der bestemmer,

hvad resten af pengene skal bruges til. Det er Fru Andersens afgørelse, om hun vil købe undertøj, ugeblade eller pottplanter – eller give pengene til børn og børnebørn.

Som leder ville jeg bede Fru Andersens kontaktperson få en stille snak med Fru Andersen. Hvis Fru Andersen er positiv, kunne det måske resultere i en hyggelig tur til et indkøbscenter, og hvis Fru Andersen ikke ønsker det anderledes, må hun gå i det slidte undertøj.

*Benedikte Kristensen, sygeplejerske, ansat i Kolding Kommune.*

## Månedens vinder

Redaktionen sender en flaske vin til *Andreas Lund Andersen*, sygeplejestuderende på CVSU – Fyn i Odense, for svaret "Arbejd videre," der kan læses i *Sygeplejersken* nr. 10.



# Sygeplejerskens plads er ikke ved sengen

Alle landets sygeplejeskoler skal have ny fælles studieordning, men hvad skal der stå i den? Hvordan arbejder en moderne sygeplejerske egentlig?

På det sygeplejefaglige bibliotek sidder to sygeplejestuderende og søger litteratur til deres bacheloropgave. Den ene har allerede fået job. Den anden tøver.

"Jeg har ikke været i praktik et sted, jeg rigtig synes om," siger hun.

"Hvad er problemet?" spørger hendes medstuderende.

"Vi bruger ikke de kompetencer, vi får gennem uddannelsen," lyder svaret. "Det er utroligt, så lidt vi er ude hos patienterne."

Systemet har tilsyneladende tidligt frataget den unge studerende lysten til at arbejde som sygeplejerske. Der kan være mange forklaringer. Hun er muligvis et smaskforkælet curlingbarn, der bakker ud ved enhver form for reel eller indbildt modgang.

Måske har hendes forældre gået foran hende i 25 år og fejlet alle forhindringer af vejen, så hendes liv kan forme sig som én lang dans på roser. Men det kan også være, at sygeplejerskeuddannelsen bygger på en kollektiv illusion om, at sygeplejerskens plads er ved sengen, hvad enten den står i hjemmet eller på sygehuset. Virkeligheden er chokerende anderledes. Der er ingen sygeplejersker tilbage længere. De eksisterer ikke. Der er basissygeplejersker, kliniske afdelingssygeplejersker, koordinerende sygeplejersker, assisterende områdeledere og en syndflod af andre titler konstrueret af sygeplejersker. Og kun basissygeplejersker har daglig og kontinuerlig patientkontakt. Hvis der er patienter. For de er måske indlagt hjemme hos sig selv med ekg-apparat, blodtryksmåler og pulstæller forbundet til en computer på den elektroniske plejecentral, og de har via webcam kontakt med vagthavende sygeplejerske og læge.

**"Stik mod alle etablerede fordomme om intensivsygeplejersker som maskinelskende teknokrater med smalle læber og en skruetrækker i hånden passer intensivsygeplejersker patienterne hele vejen rundt."**

"Jeg vil gerne have en uddannelse, hvor jeg kan forske, skrive, møde mange mennesker, samarbejde med andre faggrupper, videreudanne mig og have det sjovt," sagde den sygeplejestuderende i folkeskolen. Erhvervsvejlederen havde kigget over brillerne og tænkt sig om i 5-7 minutter. "Så skal du være sygeplejerske," sagde han. Og således blev det. Det førte til den opdagelse, at mange sygeplejersker er vældig kreative ved siden af deres arbejde. Én er rocksangerinde i et band, én maler bedre end dronningen, og én skriver digte. Men sygeplejen bærer ikke det mindste præg

af de kreative sjæle, der udfører den, og det mest krævende og tætte samarbejde med patienterne tager andre faggrupper sig af med sygeplejerskerens absolutte billigelse. Intet under, at den unge studerende har svært ved at finde ud af, hvad hun skal. Hvor er der plads til de innovative, iderige sygeplejersker, som gerne vil

pleje patienterne? På en intensivafdeling måske. Stik mod alle etablerede fordomme om intensivsygeplejersker som maskinelskende teknokrater med smalle læber og en skruetrækker i hånden passer intensivsygeplejersker patienterne hele vejen rundt.

Sygeplejerskeuddannelsen skal enten afspejle det arbejde, sygeplejersker reelt udfører hos borgere og patienter, og gøre sygeplejestuderende til konsulenter, undervisere, mentorer, koordinatore, coaches og supervisere, eller også må uddannelsen kvalificere sygeplejersker til at yde direkte, grundlæggende og specialiseret sygepleje til patienterne. Der er ingen grund til at bilde sygeplejestuderende ind, at de skal være ude hos patienterne, når det er en sandhed med rigtig mange modifikationer.

*jb@dsr.dk*

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



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



Jørn Ditlev Eriksen, sygeplejerske, forstander på botilbuddet Slotsvænget.



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