

BRYD ISOLATIONEN FOR ÆLDRE MED KOMBINERET HØRE- OG SYNSNEDSÆTTELSE

SYGGEPLEJERSKEN

DANSK JOURNAL OF NURSING » NR. 1 » 9. JANUAR 2009 » 109. ÅRGANG

Én sygdom – to liv

KORT NYT
Privathospitaler
tjener på konflikten

Skal sygeplejeforskning
bedømmes af læger?

TILBAGEBLIK PÅ FAGET

”Jeg vil til enhver
tid kunne lægge en
forbinding – det
glemmer jeg aldrig”



OBSERVATION OG BEHANDLING AF ALKOHOLABSTINENSER

DET KAN DU LÆSE I DETTE NUMMER AF SYGEPLEJERSKEN:



FEM STÆRKE KVINDER

I 1950'erne var det primært soldater, der blev portrætteret på forsiderne af de store amerikanske magasiner som Life, mens kvinder med hvide forklæder og letgenkendelige røde kors var mere i baggrunden. Vi tager revanche med portrætter af fem stærke kvinder.

LÆS SIDE 24



22 Udfordringen: En hamster flyttede ind

En ung mand med en hamster satte et psykiatrisk bosted på en hård prøve. For hvad stiller man op, når en beboer gror til i skidt og ingenting vil?



ÉN SYGDOM – TO LIV

Månedens gode råd

LÆS SÅDAN SIDE 21



En kronisk sygdom ændrer for altid livet, men det er individuelt, hvor stor en betydning den får. Og i hvilken grad man lærer at acceptere sin sygdom. Sygeplejersken har mødt to mænd i slutningen af 40'erne, som har levet med diabetes type 1 siden barndommen. Thomas Elgaard Larsen og Niels Vinther har hver sin historie om at leve med samme sygdom.

>>> FAG

En fem-seks stykker

Sådan kan den alkoholafhængige svare, når han bliver spurgt om sit forbrug. Ja, men er det om morgenen, er det øl, er det flasker med spiritus, eller hvad er det?

Hvordan er det nu lige, vi behandler patienter, som er i risiko for at få abstinenser og udvikle delir? Lidt tilfældigt måske, men det råder artiklen "Observation og behandling af alkoholabstinenser" side 36 bod på. Her får læseren en opdatering på årsager, symptomer og behandling af tilstanden, som i værste fald kan føre til kredsløbskollaps. De gode råd er konkrete: Spørg patienten direkte om alkoholforbrug, brug et abstinens-screeningskema, selv om det tager lidt tid, og benyt benzodiazepiner til at behandle med. Artiklens forfatter er læge, og hun har været i litteraturen og i kontakt med ledende eksperter inden for abstinensbehandling for at få den nyeste viden med i artiklen.

LÆS SIDE 36

36



"Susan Binau er et fint eksempel på "den nye patient", hun undersøger alting på nettet, søger hjælp i sit personlige netværk, finder den bedste kirurg, bruger både det etablerede behandlingssystem og alternativ behandling, hun har en åben og klar kommunikation og forventer, at behandlere og plejepersonale ved mere, end hun selv gør, og at de er empatiske og omsorgsfulde. Det er ikke altid, hendes forventninger opfyldes."

LÆS ANMELDELSEN SIDE 53

"Rigtig mange situationer i sygeplejen er tabubelagte, ydmygende og grænseoverskridende for patienten, men med en sanselig og æstetisk tilgang til den pleje, som vi tilbyder, kan vi som sygeplejersker være med til at bløde op og tage brodden af bare nogle af patientens sorger og lidelser."

LÆS 5 FAGLIGE MINUTTER SIDE 54

FAG

42 Bryd isolationen for ældre med kombineret høre- og synsnedsettelse

Somatiske og psykiske problemer, dårlig livskvalitet og indlæggelser kan forebygges, hvis sygeplejersker og forebyggende medarbejdere i kommunerne er opmærksomme på det dobbelthandicap, som kombineret syns- og hørenedssettelse er.

46 Fokus på dobbelt sansetab ved forebyggende hjemmebesøg

Videnscentret for Døvblindblevne har gode erfaringer med anvendelse af en spørgeguide, der sætter fokus på kombineret syns- og høretab.

48 Sammenhængen mellem tryghed og social kapital – en udfordring i alderdommen

Sygeplejersker skal tænke netværk og social kapital ind i sygeplejen for at fremme tryghed blandt gamle og skrøbelige mennesker.

I HVERT NUMMER

- 6 Eftertanker
- 6 Kort nyt
- 30 Dansk Sygeplejeråd mener
- 31 Debat
- 34 Fagtanker
- 34 Faglig information
- 41 Testen
- 52 Agenda
- 53 Anmeldelse
- 54 5 faglige minutter
- 55 Stillingsannoncer
- 67 Kurser/Møder/Meddelelser

Et godt år for Sygeplejersken

2008 var et begivenhedsrigt år for *Sygeplejersken*.

Især fordi vi i foråret havde den længste konflikt i Dansk Sygeplejeråds historie. 60 dage med ekstra reportager i hvert eneste almindelige blad og så tre særnumre oveni. Vi dækkede konflikten i ord og særligt med billeder af aktionerende sygeplejersker over hele landet. Det var en helt speciel og spændende opgave for alle på tidsskriftet.

Sygeplejersken har også været fremme med en række dagsordensættende historier i 2008.

En hurtig optælling viser, at vi alene på vores bærende temaer er blevet citeret af andre medier mindst 20 gange i 2008. Det er ikke et mål i sig selv, at vores historier hver eneste gang skal trænge igennem til aviser, radio og tv, men det viser, at vi bringer historier af høj kvalitet. Og det er vigtigt.

Vi har skrevet om vikarbureauer, prostituerede på plejehjem, allergi på grund af kemo, sygeplejersker og patientsikkerhed, stress blandt sygeplejersker, medicinske patienter og om sundheden i Danmarks tre rigeste kommuner.

Også på den led har det været et spændende og varieret år.

Vi har forsøgt at komme vidt omkring i både emner og geografi. Vi ved godt, at vi har medlemmer og dermed læsere, der arbejder med vidt forskellige områder i forskellige dele af Danmark fra Bornholm til Skagen. Vores mål har været og er fortsat efter bedste evne at afspejle den mangfoldighed, der er blandt sygeplejersker – både i arbejdsområder, kompetencer og geografi.

Med ønsket om et godt 2009 til jer alle.

God læselyst.



Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør
snp@dssr.dk



Privathospitaler

AF ANNETTE HAGERUP, JOURNALIST

Behandlingspukkel. Regionerne må bruge 300-400 mio. kr. ekstra på privathospitaler i 2008 for at afbøde virkningerne af forårets konflikt.

De private sygehuse står som de store vindere efter forårets konflikt på sundhedsområdet. Formanden for Danske Regioner, Bent Hansen (S), skønner, at de offentlige sygehusejere i 2008 får en merudgift til privat hospitalsbehandling på minimum 300-400 mio. kr.

I alt 376.897 operationer og behandlinger måtte aflyses i løbet af de otte uger, konflikten på sundhedsområdet varede. Helt nøjagtigt i perioden fra den 16. april til og med den 14. juni 2008.

Ifølge Bent Hansen er det ikke muligt at måle, hvorvidt der er opstået en behandlingspukkel som en direkte følge af konflikten. Eller hvor stor en evt. pukkel måtte være.

"Vi kan alene se på ventetiderne i et tilbageblik og opgøre, hvor mange der ventede op til konflikten. Men da antallet af syge ikke er en konstant størrelse, kan vi kun vanskeligt regne os frem til, hvor mange der p.t. står på venteliste som et resultat af konflikten," siger han.

"Det, vi kan se, er, at forbruget af ydelser til privathospitalerne er øget kraftigt i juni, juli, august og september. Dette merforbrug skyldes med al sandsynlighed konflikten i april, maj og juni. Regionerne brugte i 2007 tilsammen for 740 mio. kr. til behandlinger og undersøgelser på de danske privathospitaler. Vi kan allerede nu se, at vores forbrug i 2008 vil nå op over 1 mia. kr.," fortæller Bent Hansen.

Han mener, at sundhedskonflikten indirekte har været med til at presse priserne på de private hospitaler. Folketinget har som konsekvens af den otte uger lange arbejdsnedlæggelse sat det udvidede frie sygehusvalg på standby til og med den 30. juni 2009. For at tilgodese de patienter, som har ventet længst eller har størst behov for hurtig behandling, har regionerne i suspensions-

REDAKTIONEN)))

Chefredaktør
Ansvarlig efter
medieansvarsloven
Sigurd Nissen-Petersen
snp@dssr.dk
Tlf.: 4695 4193



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



Journalist
Lotte Havemann (DJ)
lha@dssr.dk
Tlf.: 4695 4179
(På barsel)



Journalist
Rebekka Holm Andersen
rea@dssr.dk
Tlf.: 4695 4184



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



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



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



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



tjener på konflikten



ARKIVFOTO: SØREN SJELDSEN

Efter forårets konflikt blev det diskuteret, hvor stor behandlingspuklen ville blive. Et halvt år er det umuligt at gøre regningen eller størrelsen af behandlingspuklen nøjagtigt op. Men privathospitalerne har tjent godt på konflikten.

perioden indgået aftaler med Sammenslutningen af Privathospitaler & Privatklinikker i Danmark, SPPD, om at udnytte deres kapacitet.

"Vi har aftalt at benytte privathospitalerne inden for en styret ramme. Det betyder, at vi sender opgaverne i udbud. F.eks. et antal grå stær-operationer eller et vist antal hofte-operationer. Det har foreløbig givet os en pæn reduktion i prisen. De priser, vi nu får ind, ligger i gennemsnit 20-30 pct. lavere end de takster, de private udbydere normalt kræver for deres ydelser. På den måde får det offentlige det fulde udbytte af den fri konkurrence. Flere bliver behandlet for de samme penge," fortæller formanden for Danske Regioner.

Udviklingschef i Region Sjælland *Peder Ring* oplyser, at regionen før konflikten benyttede private hospitalsydelser for i gennemsnit 15 mio. kr. pr. måned.

"Efter konflikten har vi oplevet et øget pres på systemet. I august

måned har vi således brugt i alt 22 mio. kr. på privathospitaler/klinikker og i september 19 mio. kr.," fortæller Peder Ring.

I Region Hovedstaden har man haft et fald på omkring 40 pct. i antallet af planlagte operationer/behandlinger under konflikten. Antallet af ambulante behandlinger faldt i samme periode med 30 pct., oplyser økonomidirektør, *Peter Mandrup Jensen*.

>>> BEHANDLINGSPUKKEL EFTER KONFLIKTEN

Aktivitet	Antal aflysninger på to udvalgte døgn den 13. og 14. juni 2008	Samlet antal aflysninger under hele konflikten
Aflysninger af indlagte patienters operationer	100	11.354
Aflysninger af ambulante operationer	359	27.216
Aflysninger af ambulante besøg (inkl. hjemmebesøg)	3.663	326.516
Aflysninger af planlagte indlæggelser	103	11.811
Samlet antal aflysninger af alle aktiviteter	4.225	376.897

Kilde: Danske Regioner.

>>> SAMLET ANTAL AFLYSNINGER I DE ENKELTE REGIONER

Region Hovedstaden: 142.745
 Region Sjælland: 33.310
 Region Syddanmark: 68.218
 Region Midtjylland: 94.260
 Region Nordjylland: 38.364

Kilde: Danske Regioner.

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



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



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



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



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



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



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



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



PRODUKTINFORMATION FOR ANNOUNCE SIDE 2

**Forkortet Produktresumé.**

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

Indikation: Gardasil er en vaccine til forebyggelse af præmaligne genitale læsioner (cervikal, vulva og vaginal) cancer i livmoderhalsen og uventede kønsvorter (condyloma acuminata), der er kausalt relateret til human papillomavirus (HPV) af typerne 6, 11, 16 og 18. Gardasil vil yde beskyttelse imod sygdomme, som skyldes HPV-typerne 6, 11, 16 og 18 og i en vis begrænset udstrækning imod sygdomme forårsaget af visse relaterede HPV-typer. Indikationen er baseret på påvisningen af effect hos voksne kvinder i alderen fra 16 til 26 år og på påvisningen af Gardasils immunogenicitet hos 9 til 15-årige børn og unge. Gardasil anbefales ikke til børn under 9 år.

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

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

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

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

Bivirkninger: Meget almindelige: pyreksi, og på injektionsstedet: erythem, smerte, hævelse. Almindelige: blødning og kløe på injektionsstedet.

Pakning og pris (ESP) 29. 12 2008: 1 dosispakning indeholdende 0,5 ml suspension i en forfyldt sprøjte og to kanyler. Opbevares i køleskab (2°C - 8°C). (Vnr. 098722) kr. 1.141.10. Se dagsaktuel pris på www.medicinpriser.dk. Udlevering A.

Indehaver af markedsføringstilladelsen: Sanofi Pasteur MSD SNC, 8 rue Jonas Salk, F-69007 Lyon, France. Fuldstændigt produktresumé kan rekvireres hos den danske repræsentant: Sanofi Pasteur MSD, Parallelvej 12, 2. Sal, DK-2800 Kgs. Lyngby eller på nedenstående internet-adresse. November 2008.

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


sanofi pasteur MSD
vaccines for life

En høj pris for at forlænge et menneskes liv

AF REBEKKA HOLM ANDERSEN, JOURNALIST

« TILBAGEBLIK

Prioritering. Udgifterne til medicin er mere end femdoblet siden 2000 og udgør snart 10 pct. af det samlede budget for sundhedssystemet. Formanden for Danske Regioner Bent Hansen (S) ønsker en debat om medicinudgifterne i forhold til at kunne forlænge livet for patienter, der er døende.

Ny eller gammel medicin? Den nye medicin kan måske give den døende patient en ekstra måned at leve i, men virkningen er ikke fuldstændig dokumenteret, og prisen er høj. Regionsformand Bent Hansen har sat gang i diskussionen om, hvorvidt prisen for at forlænge et menneskeliv med én, to eller fire måneder kan blive for høj.

Nye lægemidler til behandling af kræft, gigt og sklerose trækker udgifterne i vejret. Et af eksemplerne på livsforlængende nyudviklet medicin er Avistin, som er anbefalet som standardbehandling af lungekræft. Prisen for et vundet år med Avistin opgøres til 852.000 kr. pr. patient, fremgår det af flere artikler.

"Det er ikke realistisk at tro, at vi kan blive ved med at betale for al ny medicin, der bliver udviklet. Vi skal nok gøre, hvad vi kan for at bruge pengene bedst muligt, men vi bliver nødt til at prioritere og erkende, at noget vil vi ikke have råd til," sagde Bent Hansen til Politiken den 9. december 2008.

I samme artikel kommer formanden for Kræftens Bekæmpelse, Frede Olesen, på banen, og han mener ikke, at man kan prioritere menneskeliv på den måde.

"Medicin kan ikke blive for dyr. Konsekvensen af det vil nemlig være, at vi beder lægen sige til patienten, at der ikke er råd til behandling. Det er etisk uforvarsligt. Og samfundets økonomi skal kunne klare udgifterne til medicin," siger Frede Olesen til Politiken.

Men ifølge Sundhedsstyrelsen vurderes prisen, når ny medicin bliver testet. Styrelsen har nedsat et udvalg til vurdering af kræftlægemidler (UVKL) for at foretage en central og ensartet vurdering af, om nye lægemidler skal gøres til standardmidler i landets regioner.

"Vi forholder os mest til medicinens virkninger og bivirkninger, men vi ser også på, hvad der er af økonomiske konsekvenser. Vi bliver nødt til at forholde os til den samlede konsekvens af en ny behandling," siger kontorchef i Sundhedsstyrelsen Lone de Neergaard til Politiken.

Patientforeningen ønsker debat

Dagen efter udspillet kan man læse i et debatindlæg i Politiken, at Patientforeningen Danmark støtter op om mere dialog vedrørende indkøb af ny medicin.

"Stikker vi hovedet i busken, fordi det er for svært at diskutere emnet, sker prioriteringen under alle omstændigheder alligevel, blot i det skjulte," skriver formanden for Patientforeningen Danmark, Karsten Skawbo-Jensen, i et debatindlæg.

Sundhedsordførere for Dansk Folkeparti, Liselott Blixt, og Socialdemokraterne, Jens Peter Vemersen, kommenterer sagen til Jyllands-Posten, og de finder det begge uacceptabelt, hvis man siger til mennesker i Danmark, at det ikke kan betale sig at forlænge deres liv. De mener derfor ikke, at man skal foretage en økonomisk prioritering af det. Liselott Blixt er bekymret for, at det vil dele befolkningen op i et A- og et B-hold.

Regionerne skal forhandle budgetter med regeringen til foråret, og måske derfor ønsker Bent Hansen netop nu at få en diskussion om medicinudgifterne i regionerne.

Skal sygeplejeforskning bedømmes af læger?

AF ANNETTE HAGERUP, JOURNALIST

Offentlig støtte. Sygeplejeforskere får sjældent del i de statslige forskningspuljer. De mere bløde parametre har svært ved at klare sig i konkurrencen med bl.a. genforskning.

Noget tyder på, at sygeplejersker og læger ikke taler samme forskningssprog.

I hvert fald har sygeplejersker i disse år mere end svært ved at få offentlig støtte til deres forskningsprojekter, hvis validitet typisk bedømmes af læger.

På nær et par enkelte undtagelser er samtlige de 20 medlemmer af Forskningsrådet for Sundhed og Sygdom f.eks. i dag uddannede læger.

Forskningsrådet for Sundhed og Sygdom under Det Frie Forskningsråd uddelte i efteråret 2008 i alt 202 mio. kr. til 158 forskningsprojekter. Ingen af de mange millioner gik til sygeplejeforskning.

Ifølge professor i klinisk sygepleje, Enheden for Sygeplejeforskning på Syddansk Universitet, SDU, Lis Wagner, understreger det behovet for at indsætte en sygeplejerske som medlem af Forskningsrådet for Sundhed og Sygdom.

"Den kliniske sygeplejevidenskab beskæftiger sig med problemstillinger, der kræver en anderledes metodetilgang end den biomedicinske forskning. Sygeplejeforskningen benytter sig f.eks. oftest af kvalitative metoder. Derfor kan læger have svært ved at gennemskue, hvad projekterne indeholder. Lægerne bruger f.eks. oftest selv kvantitative metoder med store grupper patienter, kontrolgrupper etc. i deres forskning," fortæller Lis Wagner. Hun mener, at de to forskningsmetoder bør kunne supplere hinanden.

Talsperson for sygeplejen

Enheden for Sygeplejeforskning på SDU har netop afsluttet et forskningsprojekt om Parkinsons sygdom i relation til patienter og pårørende.

"På et kommende tværfagligt forskningsseminar i marts 2009 – om konsekvenserne for patienter og pårørende i en hverdag med Parkinsons sygdom – vil sygeplejersker, læger og pårørende drøfte vores forskningsresultater ud fra disse forskellige perspektiver," fortæller Lis Wagner.



ARKIVFOTO: SCANPIX

Forskning i sygepleje fik ingen støtte, da Forskningsrådet for Sundhed og Sygdom i efteråret 2008 uddelte 202 mio. kr. til 158 projekter.

Danmark har i dag 77 ph.d.-uddannede sygeplejersker.

"Forskningen kan ikke alene finansieres ved private fondsmidler. Derfor er vi nødt til at søge de store statslige puljer i lige konkurrence med prestigøse medicinske områder som genforskning, molekylærbiologi etc. I det selskab mangler vi nogen, der kender og kan tale sygeplejeforskningens sag," siger professor Lis Wagner.



ARKIVFOTO: POLIFOTO

"I vores samfund er vi dybt afhængige af hinanden og af de grupper af mennesker, der får hverdagen til at hænge sammen. Det gælder skolelæreren, der lærer vore børn at læse og åbner en hel verden for dem. Det gælder hjemmehjælperen, som kommer rundt til de ældre og handikappede og får deres dagligdag til at fungere. Det gælder sygeplejersken og politibetjenten, der med lige dele professionalismisme og omsorg sikrer vores tryghed. Endelig gælder det de mange, som rundt omkring i stat og kommune skal bistå og vejlede deres medborgere i stort og småt. Deres indsats har vi alle grund til at påskønne, og jeg vil gerne på denne årets sidste aften sige dem tak for, hvad de yder, og ønske godt nytår."

Uddrag af Dronning Margrethes nytårstale 31. december 2008.

Ingen julegaver til sygeplejersker i det offentlige



ARKIVFOTO: SCANPIX

Hvor er julemanden blevet af? De offentligt ansatte sygeplejersker måtte kigge langt efter julemanden, da de ingen julegaver fik af deres arbejdsgivere i december 2008. På Odense Universitetshospital skal pengene til julegaver holdes på et minimum, siger administrationschef *Frits Pedersen* fra OUH til Fyns Stiftstidende. De ansatte på Privathospitalet H.C. Andersen Klinikken i Odense fik både julefrokost og julegaver.

Direktør for Privathospitalet H.C. Andersen, *Jens Pilegaard Bjarnesen*, mener "at det er vigtigt at sige tak for et godt år med en lille erkendtlighed." Det er *Frits Pedersen* fra OUH enig i, men han er bekymret for, at mange ville reagere negativt, hvis man gav julegaver i sparetider.



TEKST OG FOTO: PER ØLHOLM

Port Elizabeth i Sydafrika. Sygeplejerske *Stine Spangsberg*, 27 år, har taget orlov fra sin afdeling på Skejby Sygehus for at leve sin drøm om gymnastik ud. I 10 måneder rejser hun jorden rundt som gymnast på Danske Gymnastik- og Idrætsforeningers, DGI's, Verdenshold. Holdet er udtaget af gymnaster fra hele Danmark og består af 14 mænd og 14 kvinder, som optræder med dans, akrobatik, spring og rytmisk gymnastik. "Det er en stor omvæltning, når man er vant til at arbejde som sygeplejerske og styre sin egen hverdag. Her er man nødt til at flyde med og indstille sig på, at det er holdet og gymnastikken, som bestemmer turen," siger *Stine Spangsberg*. Holdet har i efteråret besøgt Tyskland, Sydafrika, Swaziland, Mozambique, Japan, Australien og Indien, og er nu i USA. *Stine Spangsberg* vender hjem til Århus til juni.

Spørgeguide kan afsløre kombineret høre- og synsnedsættelse hos ældre



ARKIVFOTO: SCANPIX

Vanskeligheder med at høre og se kan af omgivelserne tolkes som demens hos en ældre person. Syns- og hørenedsættelse udvikler sig ofte over flere år, og problemet kan være svært at opdage. En tidlig indsats er vigtig for at forebygge tab af funktionsevne og livskvalitet.

Videnscenter for Døvblindblevne har udviklet en spørgeguide til brug ved forebyggende hjemmebesøg, som vha. nogle enkle spørgsmål til den ældre afslører, om der kan være syns- og hørenedsættelse. Spørgeguiden har bl.a. været afprøvet i Lejre Kommune i forbindelse med forebyggende besøg, og i flere tilfælde var spørgsmålene med til at sætte fokus på et problem med tab af sanserne. Personerne blev herefter henvist til en døvblindekonsulent, så de kunne få den rådgivning og de hjælpemidler, de havde brug for.

Spørgeguiden kan downloades fra hjemmesiden www.dbcent.dk

Læs de sygeplejefaglige artikler om dobbelt sansetab på side 42-47.

(sbk)

Skejby Sygehus kåret som Danmarks bedste hospital

Nyhedsavisen *Dagens Medicin* kårede 12. december Skejby Sygehus som Danmarks bedste hospital på baggrund af en række kliniske data og læserafstemninger. De specialer, der får topkarakter, er: pædiatri, infektionsmedicin, nyremedicin, thoraxkirurgi og hjertemedicin. Skejby Sygehus scorer også højt på de generelle forhold inden for hygiejne, medinddragelse og patienttilfredshed.

(sbk)

Vi skal blive bedre til at sælge faget

Nytårsønsker. Sygepleje er spændende og livsvigtigt for patienter og borgere, det skal befolkningen, politikerne, lægerne og de øvrige samarbejdspartnere overbevises om i 2009.

AF SUSANNE BLOCH KJELDSEN, JOURNALIST



FOTO: KISSEN MØLLER HANSEN

Birthe Bonde, sundhedsplejerske, Norddjurs kommune

Hvad er dit største ønske for faget i det kommende år?

"Siden konflikten har det ligget mig stærkt på sinde, at vi på alle niveauer – primær sektor, sekundær sektor og organisatorisk – skal blive bedre til at fortælle, hvor vi gør en indsats med vores fag. Der skal øget fokus på det faglige indhold, og hvad faget rummer af muligheder. Det er ikke mindst vigtigt i rekrutteringsøjemed og i forhold til markedsføring over for befolkningen."

Hvad er din største bekymring?

"At de økonomiske problemstillinger vil overskygge udviklingstanker. De kommunale besparelser kan ramme forebyggelsesindsatsen. Det er ikke nok at tilbyde rygestop og genoptræning, samspilproblemer er et lige så stort problem, som kræver en indsats."



FOTO: THOMAS SØNDERGAARD

Anne Lise Rasmussen, sygeplejerske, ortopædkirurgisk sengeafdeling O5, Middelfart Sygehus

Hvad er dit største ønske for faget i det kommende år?

"At vi kan bevare vores sammenhold og vores menneskelighed i en tid, hvor effektivisering er et uafslægt krav. Fokus skal være på patienter som enkeltindivider, de er ikke bare en hob, der kommer for at få udskiftet led. Masseproduktionstankegangen er en faldgrube i de accelererede forløb, hvor vi gør sådan dag 1, sådan dag 2 og så farvel."

Hvad er din største bekymring?

"At accelererede forløb bliver fortolket som hurtige forløb, fordi det overordnet handler om at få flest muligt igennem for færrest muligt penge. Jeg er dog ikke særlig bekymret, men ser det snarere som en udfordring at bevare evnen til at se enkeltindividets ønsker og behov."



FOTO: KISSEN MØLLER HANSEN

Lise Raabjerg Grønne, sygeplejerske, lungemedicinsk afsnit M2, Holstebro Sygehus

Hvad er dit største ønske for faget i det kommende år?

"Klarhed over, hvordan den nye sygehusstruktur kommer til at se ud, og at sygehuset i Holstebro og akutfunktionen her får lov at bestå. Det er pålagt hele Hospitalsenheden Vest at lukke senge i medicinsk regi, men der kommer et virvar af forskellige udmeldinger, og det hele er præget af stor usikkerhed. Det giver ikke et gunstigt arbejdsmiljø, og vi taler om det hver dag i større eller mindre grad. Personalet mister motivationen til at udvikle sig fagligt i takt med besparelser."

Hvad er din største bekymring?

"Det er i dag en realitet, at to-tre patienter er indlogeret på gangen. Dygtige og solide kollegaer rammes af stress pga. en meget stram normering. Faget her i vest præges generelt af sammenlægninger og besparelser – hvor ender vi? Den største bekymring er, at det nye storsygehus i Gødstrup bliver en realitet. Det giver borgerne 90 km til nærmeste sygehus, og jeg får 90 km på arbejde – smertegrænsen for centralisering i Danmark er nået."



FOTO: MORTEN NILSSON

Mette Borre Kjær, klinisk vejleder på Privathospitalet Hamlet

Hvad er dit største ønske for faget i det kommende år?

"At faget kom endnu mere i øjenhøjde med vores øvrige tværfaglige samarbejdspartnere, f.eks. lægerne, og at vi bliver respekteret mere for det, vi går og gør både af vores samarbejdspartnere og især af politikerne. Vi skal arbejde endnu mere for vores fagidentitet og profession. Her tænker jeg også på efteruddannelse."

Hvad er din største faglige bekymring?

"Det er desværre en realitet, at der ikke er nok ansøgere til uddannelsen. Jeg kan godt frygte, at vi sygeplejersker ender som en uddøende race. Der er meget få skoler, der er fyldt op, og jeg kan godt være bekymret for, at nogle studerende bliver lokket ind på uddannelsen uden egentlig at have lyst og derfor falder fra."

Vikarbureau vil lokke unge til uddannelsen

Et privat vikarbureau er gået i brechen for at lokke studerende til landets sygeplejerskoler. Vikarbureauet Scandia Vikar har lavet en brochure til elever på gymnasier og voksenuddannelsescentre, VUC'er, der oplyser om sygeplejestudiet og

mulighederne i faget. Scandia Vikar skal i januar og februar på turné på gymnasier og VUC'er for at holde oplæg og for at dele brochurer ud.

(sbk)



NYT FRA DANSK SYGEPLEJERÅD

Flere ældre er erhvervsaktive

Inden for de seneste fire år er langt flere sygeplejersker i alderen 60-64 år forblevet erhvervsaktive. Andelen af sygeplejersker på efterløn er i perioden faldet med 15 pct. Ændringen tilskrives bl.a. den øgede fleksibilitet i efterlønsordningen.

Det fremgår af den seneste rapport fra Arbejdsdirektoratet, hvori man sammenligner arbejdsløshedskassernes administrationsudgifter, produktivitet og kvalitet i sagsbehandlingen. Samme rapport viser, at Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse, DSA, fortsat er landets billigste med en pris på under 700 kr. om året. Rapporten viser desuden, at DSA's medlemmer hurtigst kommer i arbejde, oplever den korteste sagsbehandlingstid, og at 96 pct. af alle lovpligtige samtaler gennemføres til tiden.

(sp)

Forhandlinger i Forligsen

Lægepraksis. Forhandlinger om en ny overenskomst for konsultationssygeplejersker fortsætter under forligsmandens ledelse.

Efter det tredje forhandlingsmøde i starten af december mellem på den ene side Dansk Sygeplejeråd/Danske Bioanalytikere og på den anden Praktiserende Lægers Arbejdsgiverforening (PLA) måtte parterne erkende, at man ikke umiddelbart kan nå til enighed, hvorefter forhandlingerne fortsætter under forligsmandens ledelse.

Danske Bioanalytikere og Dansk Sygeplejeråd har fællesoverenskomst for deres medlemmer med PLA og forhandler derfor sammen. Den nuværende overenskomst, som udløb med udgangen af november 2008, er gældende, indtil der er opnået enighed om en ny overenskomst.

Det første forhandlingsmøde om en ny overenskomst fandt sted den 6. oktober 2008. Ingen af parterne har varslet konflikt i den aktuelle situation set i lyset af, at der arbejdes på at nå frem til en forligsmæssig løsning.

(sp)

Få 2 bøger for kun 29 kr. pr. stk.
+ 39 kr. i porto og eksp.

Få ny inspiration til dit arbejde og bliv orienteret om tidens vigtigste bøger om sygepleje og personlig udvikling. Spar op til 45% på dine bøger i **Bogklubben for Sundhedsprofessionelle.**

Diabetes

Stress og følelser
en ny syntese
Richard S. Lazarus

Blod prøver

Psykiatri
- en grundbog
2 udgaver

Rationel væske-, elektrolytbehandling og ernæring
2 udgaver

AKUTTE MEDICINSKE TILSTANDE

HELBREDETS MYSTERIUM
AARON ANTONOVSKY

Sygeplejeteorier

VIND EN CYKEL

sundhedsprof.dk



ÉN SYGDOM – TO LIV

AF SINE MADSEN, JOURNALIST
FOTO: JOACHIM LADEFOGED



En kronisk sygdom ændrer for altid livet, men det er individuelt, hvor stor en betydning den får. Og i hvilken grad, man lærer at acceptere sin sygdom. Mange faktorer spiller ind. Hvornår i livet sygdommen rammer. Hvilken støtte man får fra familien. Social status og økonomi.

For nogle er vejen til accept kort. Det kan endda være en lettelse at få stillet en diagnose, når man føler sig syg. For andre går vejen gennem flere faser, hvor man først benægter eller reagerer med vrede og depression og siden forsøger at forhandle med realiteterne, før flugten er endeligt forbi, og man ser sygdommen i øjnene.

Sygeplejersken har mødt to mænd i slutningen af 40'erne, som har levet med diabetes type 1 siden barndommen. Thomas Elgaard Larsen og Niels Vinther har hver sin historie om at leve med den samme sygdom.



SYGDOMMEN SKULLE IKKE HAVE LOV AT STÅ I VEJEN

Accept. Thomas Elgaard Larsens diabetes brød ud, da han var 12 år. Han har aldrig oplevet sin sygdom som et problem eller noget, nogen skulle have ondt af ham over. Der er ingen komplikationer og ingen følgesygdomme.

AF SINE MADSEN, JOURNALIST • FOTO: JOACHIM LADEFOGED

Verden omkring *Thomas* snurrer rundt. Noget indeni fortæller ham, at karruselturen ikke slutter her. Han sidder i venteværelset hos lægen sammen med sin far. Det er svært at fokusere, og han føler sig svimmel. Alt omkring ham er fåget. Han forsøger at stille skarpt på sine hænder. De ligner to udetaljerede hvide klumper kagedej. Han er tørstig og forsøger at synke, men der er ikke noget væde nede i svelget at synke med. Men det er intet mod den træthed, der har trængt sig gennem marv og ben i hans krop og stædigt holder energiniveaet nede på nul. Han har mest lyst til at lade sin trætte krop glide stille ned på gulvet og falde i en dyb søvn. Så træt, så træt.

Han har ikke fået en hel ubrudt nats søvn gennem flere måneder. Er vågnet flere gange om natten med tissetrang og en tørst, der synes uslukkelig. Han står op, raver gennem mørket, finder toilettet, tisser og skyller ud. Bagefter sætter han munden til hanen og lader vandet løbe. Men det hjælper ikke.

Forældrene er bekymrede. De har ikke set den slags symptomer før. Selv om deres dreng er spinkel for en 12-årig, så er han anfører på førsteholdet i den lokale fodboldklub for sin årgang. Han har spillet fodbold, siden han var seks. Men forleden, da han kørte hjem fra sit fritidsjob i gartneriet og skulle cykle op ad en bakke, var det sidste stykke næsten umuligt for ham. Benene syrede til, og han måtte trække resten af vejen.

Det har stået på i snart to måneder.

Døren går op, og lægen kommer ind i rummet og går direkte hen til Thomas og hans far. Selvom der sidder andre i venteværelset, der også venter på at komme ind, så er det dem, han henvender sig til. Thomas er for træt til at rejse sig op, knæene svigter, og hans far støtter ham, så han kan stå op. Thomas ligner en såret soldat hjemvendt fra krigen i halvt oprejst stilling, lænet op ad sin større makker. Hans far forklarer lægen om de symptomer, Thomas har, og lægen ser ikke ud til at have den mindste tvivl.

Diagnosen bliver givet her og nu, lige midt i venteværelset: "Han har sukkersyge, og han skal på Roskilde Sygehus nu!" siger lægen. Thomas bliver indlagt på en fredag. Han sover i 24 timer og er indlagt i to uger.

Sådan husker den nu 49-årige Thomas Elgaard Larsen det, da han for 37 år siden blev indlagt for diabetes type 1. Han har aldrig oplevet sin diabetes som et problem eller noget, nogen skulle have ondt af ham over. Der er ingen komplikationer og ingen følgesygdomme. I dag har han to børn på 14 og otte år. Han arbejder i bilindustrien i en lederstilling, er medlem af bestyrelsen i Diabetesforeningen, spiller golf og har et aktivt liv. *Sygeplejersken* møder ham i hans hjem i Nivå.

Den aktive stedmor

Thomas Elgaard Larsen sidder tilbagelænet i en sort læderstol. Huden er velplejet og sommerbrun, håret er tilbagestrøget med

grå stænk. Han ser sund og sporty ud. Hænderne gestikulerer, mens han fortæller om sine barndoms minder. Blikket er opmærksomt, vågent og mildt. Af og til farer øjnene ud mod venstre i hukommelsescenteret og henter fordums erindringer frem til nuet.

Da han blev indlagt, tog hans stedmor aktivt del i den integrerede undervisning, som hospitalet tilbød til diabetespatienter og deres pårørende. Her lærte de, hvordan de skulle regulere sygdommen med sund mad og motion.

"Min stedmor tog styringen og var på hospitalet hver dag for at lære, hvordan vi skulle tackle sygdommen. Det var bl.a. hende, der skulle stikke mig, indtil jeg lærte det selv. Og fordi jeg spillede meget fodbold, så behøvede vi sådan set ikke ændre særlig meget ved min livsstil."

Vi sidder i et hvidt køkken, der er en suite til spisestuen. Hvide vægge møder to sorte læderstole. Væggene er dekoreret med malerier i pangfarver. Stuen domineres af en stor råkvid sofa, hvor store puder ligger blødt og indbyder til henslængt afslapning. Ud ad vinduet ses en grøn plæne omkranset af ligusterhæk. En lille forstyrret solsort pilker forbi, mens den skratter højt ad en usynlig fjende.

En kop sort dampende varm mokka kommer på bordet.

"Jeg havde en fantastisk skolelærer, mens jeg var indlagt."

Da Thomas Elgaard Larsen var indlagt »

”Mit liv har aldrig været særligt udsvævende, fordi jeg hele tiden har haft i baghovedet, at jeg skulle spille kamp i weekenden. Jeg har altid villet yde mit bedste, og så nytter det jo ikke noget at komme anstigende til en kamp med tømmermænd.”

» på hospitalet, sørgede hans klasselærer for at informere hele klassen om, hvad der var sket med ham. Alle forældrene blev briefet, og på den efterfølgende lejr tur til Bornholm påtog klasselæreren sig det fulde ansvar. Han sørgede også for, at lejrpersonalet lavede den mad, som Thomas havde brug for.

”Jeg var glad for min lærer. Også selvom jeg var sur over, at jeg skulle sove i den samme kahyt som ham, da vi skulle til Bornholm. Jeg ville jo hellere sove sammen med mine klassekammerater. Men dengang var alle usikre på situationen, og derfor var det vigtigt, at jeg var sammen med en voksen, der kunne håndtere situationen, hvis noget gik galt. Men det gjorde det ikke.”

For familien Elgaard Larsen gik livet videre. Et halvt år efter udskrivelsen havde Thomas lært at stikke sig selv med insulin.

Thomas Elgaard Larsen føler ikke, at sygdommen nogensinde har været et problem, der lagde begrænsninger for ham. Men der er et par årsager, som kan have bevirket, at livet var lidt nemmere.

”Vi var en middelklassefamilie. Vi havde en villa, en bil og alt det der. Min far arbejdede meget, men min stedmor gik hjemme. Hun var der for mig hele tiden og sørgede for, at jeg fik det rigtige at spise. Jeg er også enebarn. Derfor havde mine forældre kun mig at passe på. Så jeg fik meget opmærksomhed og havde ikke andre søskende, som kunne være irriterede over, at min diabetes ville gå ud over lørdagsslikket.”

Vild med bold

Thomas Elgaard Larsen kan ikke erindre, at han nogensinde er blevet drillet med sin diabetes. Selv om han flyttede skole fire



At blive mødt med forståelse frem for medlidenhed er altafgørende, hvis man ikke vil begrænses af sin sygdom, mener Thomas Elgaard Larsen.

gange, så fik han hurtigt nye kammerater, for han var god til fodbold.

”Jeg har spillet fodbold, siden jeg var seks år. Min far var også tidligere fodboldtræner, selv om han aldrig har trænet mig. Hver gang vi flyttede, meldte mine forældre mig ind i den lokale fodboldklub. Her blev jeg som regel anfører for holdet. Når jeg startede i skolen, var der ofte ikke så meget at tage sig til, andet end at få fat i en bold og spille i skolegården. Jeg blev hurtigt set som et aktiv, fordi jeg var god,” siger han og understreger, at han altid har fået sin families støtte.”

”De sendte mig bl.a. af sted i 1972 på en lejr for børn med diabetes. Første gang ville jeg ikke af sted, men anden og tredje gang ville jeg selv af sted, og så blev jeg for gammel til det.”

Lysten til fodbolden og viljen til at være den bedste bevirkede, at Thomas Elgaard Larsen sjældent drak sig fuld. Selv om han gik i byen sammen med sine kammerater og kom sent hjem, så holdt han igen med alkoholen.

”Mit liv har aldrig været særligt udsvævende, fordi jeg hele tiden har haft i baghovedet, at jeg skulle spille kamp i weekenden. Jeg har altid villet yde mit bedste, og så nytter det jo ikke noget at komme anstigende til en kamp med tømmermænd.”


En køn lyshåret teenagepige kommer til syne i døråbningen. Hendes veninde er kommet for at hente hende, og hun vil lige sige farvel til sin far.

”Har du juice med i tasken,” spørger han, inden han sender hende af sted.

”Det er blevet til en vane at spørge hende om det. Det er ikke altid, at hun har det, men jeg skal jo spørge.” Thomas Elgaard Larsen smiler, og ansigtet lyser op.

Datteren fik konstateret diabetes type 1, da hun var syv år. Thomas Elgaard Larsen kan huske, at hun kom på hospitalet om fredagen. Om søndagen kunne hun allerede stikke sig selv. Hendes diabetes gav Thomas Elgaard Larsen skyldfølelse, men han har forsøgt at give sin erfaring videre.

”Jeg gav hende ikke medlidenhed, men forståelse. Det er noget, jeg selv har lært hjemmefra, og det har hjulpet mig meget. Hvis hun får en oplevelse af, at det er synd for hende, vil hun måske lade sig begrænse af sin sygdom. Jeg har altid accepteret min sygdom, og den står ikke i vejen for mine udfoldelsesmuligheder. Det er et mantra, jeg forsøger at give videre til min datter.”

A man with glasses and a blue jacket is sitting in a field of tall, dry reeds. He is looking towards the right, where a calm lake stretches to the horizon under a cloudy, twilight sky. The overall mood is contemplative and serene.

Modreaktion. Niels Vinther fik konstateret diabetes type 1, da han var syv år. Som barn i en søskendeflok på fem børn og med en enlig mor måtte han langt hen ad vejen passe sig selv. Alvoren gik først op for ham, da han havnede på intensiv afdeling.

JEG VAR NOK LIDT VILDERE END DE ANDRE

”Da min far døde, skulle jeg være voksen i løbet af nul komma fem – og det har jeg nok ikke helt været klar til. Det har været en modreaktion, men sket er sket, og livet går videre.”

AF SINE MADSEN, JOURNALIST • FOTO: JOACHIM LADEFOGED

Niels fik ikke sagt farvel til sin far. Alt gik så hurtigt, og pludselig var han væk. Sukker-sygen havde taget ham, sagde de voksne.

Niels mærker en underlig tom og trist fornemmelse brede sig i kroppen. Han forsøger at samle tankerne, men de vil ikke samle sig. De farer rundt i hovedet uden mål og sigte, og det gør ham ør og mere ked af det. Skal jeg dø ligesom min far? Hvorfor fik jeg ikke sagt farvel?

Foran ham kører en sort ligvogn. I den hvide kiste ligger hans far. Ligvognen kører gennem den lille by Møllerup i Østjylland. Der er sne på byens hustage.

Turen fra barndomshjemmet i Randers, der ligger oppe på bakken med udsigt over fjorden, og op til en af byens to kirker, er på omkring 250 meter. Men i dag føles turen ekstra lang, for det triste følge, der går bag ved den sorte ligvogn, går uendelig langsomt. Det er en gammel tradition at gå bag ved vognen, når et medlem af familien er død. Niels kan se sin ånde og mærke kinderne blive kolde af fugt. Måske er det tårer, måske er det em fra åndedrættet, han ved det ikke. Far skal begraves, og han føler sig meget forladt og alene.

Det er bilfri søndag i februar i 1974. Niels er næsten 12 år. Han ved indeni, at det her vil kræve, at han hurtigt må se at blive voksen, for mor har brug for ham. Nu leger vi ikke mere.

Hans far var blevet indlagt med en hjerneblødning, og han døde i sit eget hjem efter et år med genoptræning på hospitalet. Han blev 53 år. Han efterlod sin kone med fem små børn, som nu må klare sig selv.

Den lyder som Vesterhavet

”Hvis du lægger øret til, kan du høre, at den lyder som Vesterhavet”, siger Niels Vinther, der i dag er 46 år, og rækker sin venstre arm

frem. I håndleddet sidder en fistel, som skaber et ekstra omløb i årerne, så de bedre kan tåle de gentagne dialyser. Når man lægger øret til, er lyden som i en konkylie.

Sygeplejersken møder Niels Vinther på Randers Hospital, hvor han er i dialyse tre gange om ugen. Hver gang i over tre timer. Han sidder rank op fuldt påklædt oven på dynen. Sengen ser blød og behagelig ud med sit blå- og hvidstribede betræk. Et hav af små plastikslanger, der er sat til Niels Vinthers arme, transporterer blodet ind i en blå dialysemaskine, og ud af den kommer det rensede blod tilbage i hans krop. Maskinen ryster let under rensningen af blodet, den uundværlige proces, som Niels Vinthers egne nyrer ikke længere kan klare.

”Jeg var enormt bange for, at jeg skulle dø ligesom min far. Jeg fik selv diabetes type 1 som syvårig. Jeg havde alle symptomerne, tissetrang om natten, tørst og træthed. Min mor kunne genkende symptomerne fra dengang, hvor min far fik det konstateret. Jeg synes, at hun tog hånd om min sygdom, men da min far døde, blev det selvfølgelig sværere. Hun var jo ene om at mætte fem unger,” siger Niels Vinther om sine barndomserindringer. I dag venter han på en ny nyre.

Niels Vinther blev nyretransplanteret for første gang i 1994 som følge af sin diabetes. Den holdt i 13 år, hvilket ifølge Niels Vinther er over gennemsnittet, for normalt holder en nyre i ni år. Han har gået ledig fra arbejdsmarkedet siden 2005, men ellers har han altid arbejdet og tjent sine egne penge. Nu bærer han sin telefon 24 timer i døgnet, hvis den nu pludselig skulle ringe.

”Jeg er ny her på afdelingen, for det er kun tre uger siden, jeg begyndte. Nu venter jeg bare på, at telefonen skal ringe, så jeg kan få en ny nyre,” siger Niels Vinther og knuger sin sølvfarvede mobiltelefon i hånden.

Håret er kortklippet som en marinesoldat, huden er sommerbrun, og kinderne har en let rødlig nuance, og selv om det ene øje ikke dur mere, men er blevet erstattet af ét af glas, så udtrykker begge øjne sig ved de triste erindringer, når hukommelsen vender tilbage til farens død.

”Det hele startede, da min far døde,” fortæller Niels Vinther.

”Det blev hårdt økonomisk, og vi havde ikke særlig meget at rutte med. Efter hans død var jeg nødt til at passe mig selv. Det var stadig min mor, der stod for madlavningen, men min egen hygiejne stod jeg selv for. Og jeg var da altid ren. Jeg husker det som en hård tid, fordi vi ikke havde nogen penge,” siger Niels Vinther, der dog også husker sin barndom som en periode, hvor han blev passet godt på.

”Min mor gjorde, hvad hun kunne og lavede den mad, jeg skulle have. Den fik vi alle sammen. Vi havde en stor have, hvor vi dyrkede al slags frugt og grøntsager. Vi havde f.eks. et kirsebærtræ, et blommetræ og nogle æbletræer,” siger Niels Vinther.

Ungdommens dumhed

Men årsagen til, at Niels Vinthers diabetes blev værre og siden udløste nyresvigt og blindhed på det ene øje, mener han skal findes i teenageårene.

”Var min far ikke død, så var det nok ikke sket,” siger Niels Vinther og fortsætter: ”Jeg var nok lidt vildere end de andre. Jeg vidste godt, det var forkert, men jeg stoppede ikke op og gjorde noget ved det. Jeg tænkte i min ungdoms dumhed og naivitet, at det gik jo nok alligevel, men måske har jeg været lige lovlig meget ude at rende.”

Da Niels Vinther kommer i lære som automekaniker i 1980, begynder han at



Niels Vinther havde brug for at glemme det ansvar, han som 12-årig måtte tage, da hans far døde.

tjene sine egne penge. Han bryder ud af familiens faste rammer og finder nogle venner, der er ældre end ham selv. De tager ofte i byen og drikker meget.

”Min mor kunne ikke styre mig, og når jeg kom hjem tidligt om morgenen efter en bytur, løftede hun pegefingeren, men i det store og hele var der ikke noget, hun kunne gøre. Dengang vidste jeg nok bedst selv,” siger Niels Vinther og forklarer, at han nok havde brug for at glemme alt det ansvar, han måtte tage efter faderens død.

På intensiv afdeling

En dag var det ved at gå galt. En morgen vågnede han ikke, da moren forsøgte at vække ham. I stedet vågnede han op på den intensive afdeling, og den oplevelse fik ham til at indse, at hvis han ville leve, måtte han lægge stilen om.

”Jeg fik mit livs skideballe af en læge,” siger Niels Vinther og fortæller, at insulin og alkohol er en rigtig dårlig kombination.

”Jeg har siden tænkt over, at det nok ikke var det smarteste træk at handle, som jeg

gjorde, men nu kan jeg ikke gøre det om. Det var nok en protest mod alt det ansvar. Da min far døde, skulle jeg være voksen i løbet af nul komma fem – og det har jeg nok ikke helt været klar til. Det har været en modreaktion, men sket er sket, og livet går videre. I dag drikker jeg ikke, fordi jeg får det dårligt af det. Jeg ryger heller ikke længere, fordi der er mange med sukker-

syge, der er åreforkalkede, og det er vigtigt at passe sygdommen. I dag ligger min diabetes som den skal,” siger Niels Vinther.

Maskinen begynder at bippe og udstøde sære lyde. En sygeplejerske kommer hen og drejer på en knap.

Hun tager Niels Vinthers blodtryk, og det er, som det skal være. Der fjernes slanger, og også her er alt, som det skal være, vi stopper bare lidt tidligere end ellers. Da Niels Vinther senere har rejst sig og er gået ud i solen og har sat sig på en bænk for at vente på sin taxa, ligger to runde stænk af hans blod tilbage på det sribede pudevær. Dynen ligger krøllet på sengen, indtil hænder tager fat i sengetøjet og hurtigt og systematisk putter nyt betræk på. Sengen er klar til den næste.

redaktionen@dsr.dk

>>> FAKTA DIABETES TYPE 1

Type 1-diabetes er en kronisk sygdom, hvor kroppens evne til at omsætte glukose er forringet. Det skyldes, at kroppen ikke producerer tilstrækkeligt insulin. Manglen på viden om diabetes gør, at omkring 200.000 danskere lige nu går rundt med uopdaget diabetes. Det svarer til, at halvdelen af de mennesker, der har diabetes, ikke er klar over det.

Hver anden time dør en dansker af diabetes – altså 12 om dagen. I 2006 døde 10.228 med diagnosticeret diabetes.

I Danmark var ca. 230.000 personer diagnosticeret med diabetes pr. 31. december 2006. Det svarer til godt 4 pct. af befolkningen. Type 1-diabetes udgør i Danmark 5-10 pct. af det totale antal personer med diabetes.

I de fattigste lag af samfundet får dobbelt så mange diabetes i forhold til personer med højest økonomisk status.

Kilde: Diabetesforeningen, Niels Olivarius, diabetesforsker.



Nej til dåseduft i omklædningsrummet

Når vellugten fra deodoranter og parfume breder sig i omklædningsrummet, kan luften blive ganske tæt, og så er det ikke sjovt at have astma, luftvejsallergi eller duft- og kemikalieoverfølsomhed. I et dårligt ventileret rum kan kemikalier fra deodorant, parfume og hårprodukter give vejrtrækningsproblemer, smerter i brystet, hovedpine og svimmelhed – især hvis de bliver spredt i lokalet med spraydåser. Det gør de typisk, når medarbejderne har

været i bad, inden de går hjem, har man konstateret på Odense Universitetshospital.

Her er Afdelingen for Sikkerhed og Arbejds miljø gået ud med budskabet "Nej til dåseduft" efter en henvendelse fra to medarbejdere, der havde svært ved at trække vejret i omklædningsrummet.



Tre simple regler kan gøre meget for klimaet i omklædningsrummet:

- brug kun deodoranter af typen roll-on eller sticks
- brug deodoranter uden parfume
- brug ikke hårlak, parfume og lignende i de fælles omklædningsrum.

Kilde: OUH, Afdelingen for Sikkerhed og Arbejds miljø.

På med det uldne

De korte uniformsærmer er gode for hygiejnen, men ikke varmen. Er du blandt de kuldskeære, er det derfor værd at undersøge, om din arbejdsplads kan tilbyde ekstra varme gevanter i vintermånederne. Hillerød Hospital har f.eks. hvide mikrofiberjakker med trekvartærmer med manchet. Jakken kan bruges i dagligdagen, også ved patienterne, men skal som uniformen skiftes dagligt. Endelig er varmt undertøj i f.eks. uld en god idé for sygeplejersker og andre faggrupper i lette uniformer.

Kilde: Hygiejnesygeplejerske og formand for Dansk Selskab for Hygiejnesygeplejersker Anni Juhl-Jørgensen, Hillerød Hospital.

Eksperten siger ...

... lad være med at drikke kaffe efter kl.

16, hvis du har problemer med at sove.

Halveringstiden for koffein i kroppen er mellem to og syv timer. Hvis den f.eks. er fire timer i din krop, betyder det, at du efter fire timer stadig er påvirket af det opkvikkende middel, blot halvt så meget.



Kilde: Coach på medicinsk afdeling på Holstebro Sygehus, Lene W. Antonsen.

SNOTFORKØLET ELLER FEBER? SÅ BLIV HJEMME

Er et par nys eller fem om dagen nok til at holde dig hjemme, er du måske lidt for forsigtig på både dine kollegers og patienternes vegne. Mange sygeplejersker kan nemlig godt gå på arbejde, selvom de lider af en forkølelse eller kan mærke, noget er under opsejling. Man skal bare være opmærksom på hygiejnen.

- Nys i hånden eller ind under armen for ikke at sprede bakterier.
- Begræns så vidt muligt dine nys og næsepudsen til rum uden patienter.
- Sprit hænder, straks efter du har nyst eller pudset næse.

Der er dog også gode grunde til at blive hjemme:

- Hvis du har en fuldt udviklet forkølelse, dvs. næsen løber konstant, så du nyser og sprutter. Smittefaren er simpelthen for stor.
- Hvis du har feber, ledsmerter og hovedpine. Det er generelle symptomer på influenza, som i yderste konsekvens kan være dødelig for de svageste patienter, hvis de bliver smittet.
- Endelig skal du være ekstra opmærksom på hygiejnen, og hvordan du har det, hvis du arbejder med meget udsatte patienter, f.eks. på hæmatologiske, onkologiske eller neonatale afdelinger.

Kilde: Hygiejnesygeplejerske og formand for Dansk Selskab for Hygiejnesygeplejersker Anni Juhl-Jørgensen, Hillerød Hospital.



))) UDFORDRINGEN

Arbejdspladsen: Viborg Kommunes socialpsykiatriske bosted Stokrosevej.

Udfordringen: Uenighed blandt personalet om, hvornår og hvordan man griber ind, når tingene sejler hos en beboer.

Det gjorde de: Tog diskussionen om at respektere de ansvarliges valg på personale-møder op under supervision.

Det har de lært: At tage uenighed op, før den bliver til konflikt.

Det er de stolte af: At alle respekterer de aftaler, andre har indgået, også når de selv ville have gjort noget andet.

Det slås de stadig med: At finde balancen mellem omsorg og omsorgssvigt.

En hamster flyttede ind

Socialpsykiatrisk rengøring. En ung mand med en hamster satte et bosted på en hård prøve. For hvad gør man, når en beboer gror til i skidt og ingenting vil?

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • ILLUSTRATION: LARS ANDERSEN

Det var et forløb, hvor personalet i det socialpsykiatriske bosted konstant blev udfordret. I tilbageblik kan bostedets leder *Jette Dupont Lauritsen* summe historien om den unge mand op i en enkelt sætning:

”Han var jo slet ikke motiveret for den træning, han kunne få her.”

Institutionen på Stokrosevej er et midlertidigt botilbud, hvor unge med psykiske lidelser både kan lære at klare sig selv i deres egen lejlighed og træne sociale færdigheder i grupper.

De første par måneder efter indflytningen var den unge mand med på de tiltag, der blev sat i gang. Men efterhånden begyndte han at isolere sig i lejligheden.

”Han ville ikke have, at nogen kom ind, han fik ikke gjort rent, og til sidst var han ved at vokse til i skidt. Det var sommer, og det var varmt, og der var madrester. Til sidst måtte vi gå ind med en plastiksæk to gange om ugen og fjerne affald, fordi det simpelthen lugtede ud ad døren,” fortæller Jette Lauritsen.

”Og så havde han den her hamster. I første omgang boede den på hans sofabord. Der havde han lavet et bur af Jumbo-bøger, men dem kunne hamsteren godt skubbe væk, og så stak den af og boede i hans computer, bag harddisken.

Senere fik den et bur. Men så stillede han den bare i brusenichen, når han var væk på weekend, uden at give den vand eller mad.”

Den unge mand havde også en kammerat boende i lange perioder, en hjemløs, viste det sig, da Jette Lauritsen forsøgte at

få respekteret aftaler om, hvor meget kammeraten måtte være der. For selvfølgelig må beboerne have venner på besøg. Men han var der hele tiden.

De to unge mænd sad oppe hele natten, deltog selvfølgelig ikke i den fælles madlavning, men tømte gerne køleskabet, når der var købt engelsk bøv eller noget andet lækkert ind til den unge mands gruppe. Et misbrug havde de også, i hvert fald af hash.

Dyret må ikke lide

I personalegruppen var der delte meninger om, hvornår man skulle gribe ind og hvordan. På den ene side var det beboerens egen lejlighed, på den anden side er støtte og omsorg en del af idéen med botilbuddet.

Det var hårdt for de to medarbejdere, der var samarbejdspersoner for den unge mand, husker *Lise Lotte Nygaard* og *Jane Buchholzer*, der er plejere i samme gruppe.

”Der blev tit sat spørgsmålstejn ved, om det, de gjorde, var godt nok. Og de to fik hele skidt: Åh, det er godt, I kommer, nu kan I tage over. Eller: Nu har han igen taget mad fra køleskabet, hvad vil I gøre ved det?” siger Jane Buchholzer.

Der faldt daglige kommentarer fra andre medarbejdere om, hvor ulækkert der var, og mange bemærkninger om, hvorfor man ikke gjorde sådan og sådan – ofte ting, som samarbejdspersonerne allerede havde forsøgt uden held.

Da en bestemt medarbejder et par gange fik lov til at fjerne affald fra lejligheden, blev det fortalt med en undertone af: Nå

– det kunne samarbejdspersonerne nok ikke finde ud af.

Hamsteren bragte nye dimensioner ind i diskussionen, når den unge mand tog på weekend uden aftaler om, hvem der skulle passe dyret, fortæller Jette Lauritsen. Dyreetik m.m.

”Nogle syntes: Dyret må ikke lide. Vi må gå ind og give det noget mad. Andre mente, at han selv måtte tage ansvaret. Så måtte han finde ud af, at et dyr ikke kan leve uden mad en weekend, så dør det måske. Flere gange måtte vi ringe til hans forældre og bede dem komme og hente det.”

Til sidst flyttede den unge mand. Ikke helt frivilligt, han var faktisk overhovedet ikke indstillet på at finde et andet sted at bo. Men bostedet pressede på, og til sidst fandt kommunens sagsbehandlere noget andet til ham.

Husdyrforbud på vej

Tilbage stod Jette Lauritsen og personalet på Stokrosevej en del erfaringer rigere, og det næste forløb med dyre- og rengøringsproblemer har fået et helt andet forløb. For skæbnen ville, at der ret hurtigt ankom en ny beboer med husdyr.

”Hun havde en papegøje og fem katte, en mor og fire killinger. Og hun stod nærmest i døren, inden vi overhovedet havde taget stilling,” fortæller Lise Lotte Nygaard, der er samarbejdsperson for beboeren sammen med Jane Buchholzer.

Killingerne var ikke renlige, og papegøjen var meget stor. Den larmede og svinede rundt om sit bur, og beboeren magtede ikke



selv at holde rent om den. Den blev afhængt, på bostedets forlangende, og det samme blev tre af de fire kattekillinger.

Da de to katte var sluppet ud og fik killinger igen, var der heller ingen slinger i valsen. Lise Lotte Nygaard og Jane Buchholzer måtte til dyrlægen for at få dem aflivet, og bagefter skaffede Jette Lauritsen penge til at få begge katte steriliseret.

Kattebakken skal tømmes hver morgen, og da beboeren i en periode var indlagt, hentede Jane og Lise Lotte hende hver anden dag, så hun selv kunne komme hjem og tømme kattebakke og sørge for kattedmad. Ligesom rengøringen er lagt i faste rammer.

Dyrehold er stadig til diskussion, men meget peger i retning af, at der helt bliver

lukket for beboernes adgang til at holde husdyr.

”Beboerne kan ikke styre det, og vi kan ikke styre det,” konstaterer Jette Lauritsen.

Forskellige husaftaler er strammet op siden forløbet med den unge mand, andre aftaler bliver håndhævet mere konsekvent. Men først og fremmest er der sket en holdningsændring, bevidner Jette Lauritsen og de to medarbejdere.

”Vi er blevet mere bevidste om, at vi alle har forskellige normer. Det gør ikke noget, vi ikke er enige, bare vi finder en fælles måde at håndtere det på. Og vi er blevet bedre til at tage fat i uenigheder, inden de kører af sporet,” siger Jette Lauritsen.

”Vi er blevet bedre til at tænke over, hvordan vi afleverer ting til hinanden. Ikke

være bedrøvelige eller bebrejdede, men spørge ind til, hvorfor folk har taget de og de valg,” synes Jane Buchholzer.

”Vi har lært at have respekt for de aftaler, andre indgår, og være tydelige om, hvad vi selv mener,” siger Lise Lotte Nygaard.

”Når jeg og Jane laver aftaler med én, som vi er samarbejdspersoner for, så forventer vi, at de andre retter sig efter det. Og det gør de.”

kbj@dsr.dk

))) MERE INFORMATION

Kontakt: Jette Dupont Lauritsen på jdl@viborg.dk

Ikoner. I 1950'erne var det primært soldater, der blev portrætteret på forsiderne af de store amerikanske magasiner som Life, mens kvinder med hvide forklæder og letgenkendelige røde kors var mere i baggrunden. Vi tager revanche med portrætter af fem stærke kvinder.

FEM STÆRKE KVINDER

AF REBEKKA HOLM ANDERSEN, JOURNALIST • FOTO: MARIA NIELSEN OG JOHN BENDTSEN

”Jeg vil til enhver tid kunne lægge en forbindelse – det glemmer jeg aldrig,” fortæller *Inge Thorø*.

Fotograf *Maria Nielsen* satte sig for at portrættere stærke kvinder fra 1950'erne, og sygeplejersker var et oplagt valg. De fem kvinder, der træder frem på disse sider, taler om livsglæde og om gode og dårlige oplevelser med sygeplejen igennem snart 60 år. Oplevelser med kræftsye børn og sengelinned i lige rækker har brændt sig fast i deres hukommelse. Fem selvstændige kvinder, hvor to af dem ofrede familielivet for at få en karriere som sygeplejerske.

”Jeg ville ikke være som min mor og få et barn om året og alt det slæb, det ville medføre. Efterhånden modnedes tankerne i mig, og jeg ville være sygeplejerske,” fortæller *Emma Nielsen* om sit valg.

De brænder alle fem stadig for sygeplejen og har deres DSR-lemblem i behold. *Inge Thorø* fortæller endda:

”Hvis jeg havde været 30 år i dag, så var jeg taget af sted med Læger uden Grænser.” Mens *Emma Nielsen* også stadig følger med i sygeplejen i form af sit fagblad:

”Jeg læser stadig *Sygeplejersken*, og om ikke andet, når jeg ikke kan falde i søvn.”

Alle fem kvinder har sygeplejerskeuniformer på, som stammer fra den tid, hvor de begyndte deres karriere. Uniformerne er lånt fra Dansk Sygeplejehistorisk Museum.

rea@dssr.dk



Inge Thorø

Alder: 80 år.

Uddannet i 1950-1953 på Frederiksberg Hospital.

Sidste stilling: Plejehjem i Nyboder.

Bedste oplevelse

"Den mest spændende tid var, da jeg arbejdede på en medicinsk afdeling på Frederiksberg Hospital. Det var en mandsafdeling, og de mænd, der kom ind, havde ofte blødende mavesår. Det var meget dramatisk, og de brækkede blod op ud over hele gulvet. Det var derfor meget vigtigt, at man hurtigt fik lavet blodtransfusioner. Dengang var det meget almindeligt, at mændene lå i sengen en måneds tid efter indlæggelse, sådan er det jo ikke i dag."

Værste oplevelse

"Jeg kan huske en episode, som gjorde dybt indtryk på mig. Jeg var 25 år, og det var også, mens jeg arbejdede på Frederiksberg Hospital. En ung mand på 24-25 år kom ind på min afdeling. Han kom helt fra Sønderjylland, og han havde ikke ligget på min afdeling i ret mange dage, og han var meget syg af leukæmi. Vi sendte straks bud efter hans mor, men desværre døde han, nogle få timer inden hun nåede frem. Det var simpelthen frygteligt, at så ung en mand skulle dø. I dag helbreder man nogle, men ikke alle patienter med leukæmi. Dengang var det en sikker dødsdom."



**Aase Munch**

Alder: 81 år.

Uddannet i 1946-1949 på Skive Sygehus.

Sidste stilling: Afdelingssygeplejerske på plejehjem i Gentofte.

Bedste oplevelse

"Det foregik i min elevtid på en medicinsk mandsgang. Der var en lille pige på fem-seks år, der var blevet skoldet. Ingen troede, at hun ville overleve. Hende sad jeg meget hos om aftenen, når der var tid til det. Jeg fik et meget tæt forhold til hende og hendes familie. Lægerne havde næsten opgivet hende og troede ikke, at hun ville overleve. Ud over det så var det også meget varmt den sommer, så fluerne fløj omkring hendes sår. Derefter kom overlægen tilbage fra ferie og så hende og sagde, at hun havde en chance. En aften skyndte jeg mig at blive færdig, så jeg kunne komme ind og sidde hos hende, og jeg havde et svagt lys tændt, holdt hende i hån-

den og sang for hende. Der tænkte jeg ved mig selv, at jeg gjorde noget godt, hvorefter hun sagde: "Ti stille og sluk det lys." Det havde hun altså ikke behov for mere på det tidspunkt."

Værste oplevelse

"Psykiatrien på Sankt Hans Hospital synes jeg var hård. Det er den bedste afmagringskur, jeg har været på. Jeg får helt kuldegysning ved tanken om den tid. Jeg synes, at det var en ond behandling, patienterne fik, men jeg havde ikke mod på at protestere. Jeg kan slet ikke forstå, at vi ikke slog os sammen og spurgte, om det kunne være rigtigt, at de fik den behandling. Patienterne var i bælte alle sammen. Når de skulle over i badekælderen, så samlede man en flok og mosede af sted, og nogen klædte dem af, nogen skrubbete dem, nogen tørrede dem, og nogen klædte dem på igen. Det var rædselsfuldt, jeg kan godt forstå, at de blev arrige på os.



Birthe Aamann

Alder: 81 år.

Uddannet i 1948-1951 på Gentofte Hospital.

Sidste stilling: Sygeplejerske på plejehjem i Rødovre.

Bedste oplevelse

"I min tid på en medicinsk afdeling var det bedste, når dødssyge patienter kom ind, og de så kom delvist raske hjem. Det var ganske vidunderligt. Vi så jo også mange, der ikke klarede den. Når folk kom ind og var virkelig syge, så lå de i længere tid på hospitalet, og man blev ikke sendt frem og tilbage, som man gør i dag. Folk kom ind med blodprop i hjertet, og der kunne man ikke gøre helt det samme dengang, som man kan i dag. Ellers var kammeratskabet med de andre sygeplejersker noget af det, der betød allermost for mig i min tid som sygeplejerske."

Værste oplevelse

"Jeg havde en kontrovers med en afdelingssygeplejerske, som handlede om, at jeg brugte for meget tid hos en ung kvinde, der lå for døden af lungekræft. Jeg fik skældud, fordi jeg trøstede hende. Det var ikke vores opgave at trøste hende. Vi skulle kun pleje hendes sygdom, så måtte de pårørende tage sig af det andet. Det gjorde utrolig stort indtryk på mig, fordi jeg syntes, at det betød meget, når man var i sine sidste levetimer, at der var nogen, der havde tid til at tage sig af én. Der må jeg indrømme, at jeg protesterede meget. Det gjorde ondt på mig. Men der har tiden også ændret sig, og man har fundet ud af, at det er vigtigt at give omsorg på den måde."





Valborg Lægteskov

Alder: 88 år.

Uddannet i 1942-1945 på Rigshospitalet.

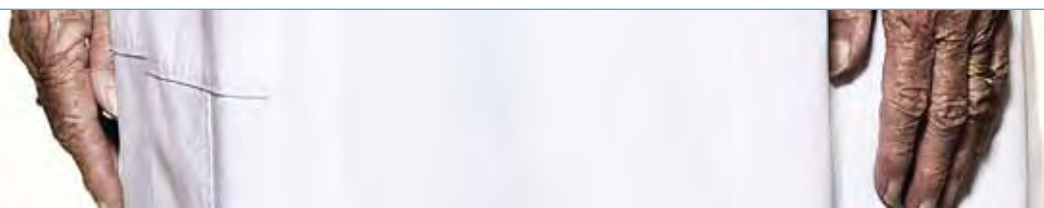
Sidste stilling: Sundhedsplejerske i Odense Kommune.

Bedste oplevelse

"Dengang på Rigshospitalets fødegang var de ugifte mødre kun numre. Vi vidste ikke engang, hvad de hed. Og de var nogle gange kedede af, at de skulle have det her barn, fordi de var ugifte. Men når vi så lagde barnet til hos dem og fortalte dem, hvilket dejligt barn de havde fået, så blev de alligevel glade for det. Der var mange, som meget gerne ville have børn, men som fik syge børn, mens andre aborterede, og derfor sagde vi til de unge ugifte, at de var heldige, at de havde fået sådan et skønt barn. Jeg har selv tre børn og børnebørn og nu også oldebørn."

Værste oplevelse

"Den værste oplevelse var, da jeg var på Finsen Hospital på kræftafdelingen. Det var hårdt at se disse dejlige børn, der døde af leukæmi og kræft. Vi havde ingen midler dengang, og heldigvis kan børn blive raske i dag, men det kunne de slet ikke blive dengang. Der var en dejlig pige på 12 år med langt sort hår, som vi passede og legede med. Da hun så var død, skulle jeg flette hendes hår. Det var helt forfærdeligt, og jeg måtte gå ud i skyllerummet, og så kom jeg sådan til at tude, fordi jeg syntes, at det var så tragisk. Derefter kom oversygeplejersken ud til mig og sagde, at det ikke kunne nytte noget, og vi skulle videre. Så jeg måtte tørre mine øjne og gå videre ind på næste stue med det samme og smile og sige godmorgen og spørge, hvordan de havde haft det. Det var rigtig hårdt, men vi blev nødt til at holde det hele ude, hvis vi ville være sygeplejersker."





Emma Nielsen

Alder: 81 år.

Uddannet i 1949-1952 på Sankt Lukas Stiftelsen i Hellerup.

Sidste stilling: Sygeplejerske på psykiatrisk plejehjem i Lyngby-Tårnbæk Kommune.

Bedste oplevelse

"Det bedste, jeg husker fra min tid som sygeplejerske, var min elevtid, selvom den var hård. Der var en meget hjemlig atmosfære på Sankt Lukas Stiftelsen. Vi holdt fester og gik til søndagens gudstjeneste, hvis man havde fri. Sygeplejerskerne imellem havde vi et meget godt sammenhold. Vi gjorde meget rent på Sankt Lukas Stiftelsen, og det gjorde man ikke engang dengang på de andre hospitaler. Vi skulle lave den helt store hovedrengøring. Og vi blev faktisk udnyttet som arbejdskraft i allerhøjeste grad på alle ledder og kanter. På den anden

side lå patienterne meget længe, så man lærte dem godt at kende. De længere forløb gjorde en forskel. I dag er det næsten svingdørspatienter."

Værste oplevelse

"Jeg arbejdede på Sankt Lukas Stiftelsens røntgenafdeling, og på et tidspunkt skulle vi flytte ned i en anden og bedre afdeling, men vi skulle stadig have tilkaldevagter. Vi var fem sygeplejersker, som skulle dække hele døgnet, weekender og helligdage. Man var meget bundet af det. Så det var nok den mest anstrengende tid, fordi jeg synes, vi havde for lidt fri. Og weekendvagterne strakte sig fra fredag aften til mandag morgen. Til sidst måtte jeg stoppe, fordi jeg ikke kunne holde det ud mere."

Fuld fart på i 2009

2009 ser ud til at blive et år, hvor der kommer til at ske store forandringer i sundhedsvæsenet. Igen, fristes jeg til at sige, for det har vi prøvet før. Det nye år, vi lige har taget hul på, bliver ingen undtagelse:

Vi kommer f.eks. til at se sygehuslukninger, flytning af funktioner og yderligere specialisering. Ikke mindst når Sundhedsstyrelsen inden sommer fremlægger en samlet plan for specialeplanlægningen. Det er på høje tid, at der bliver lagt fælles rammer for det behandlende sundhedsvæsen. Men øvelsen kan kun lykkes, hvis beslutningstagerne tænker hele vejen rundt:

Jo mere sygehusene centraliseres, desto mere er der brug for at opruste i det kommunale sundhedsvæsen. Jo mere sundhedsvæsenet specialiseres, desto mere er der brug for at investere i sygeplejerskernes kompetencer, f.eks. flere og bedre specialuddannelser. Og når politikerne – med rette – sætter nye mål for kræft- og hjerteindsatsen, skal de være mindst lige så ambitiøse omkring sundhedsfremme og forebyggelse.

Her har sygeplejerskerne et klart nytårsønske til Folketinget: Drop berøringsangsten, og træk i arbejdstøjet. Opstil klare mål for danskernes sundhed, og forpligt regioner og kommuner til at leve op til målene. Indfør de forbud og afgifter, der er nødvendige for, at befolkningen ændrer adfærd.

Et andet nytårsønske handler om sygeplejerskemanglen. Der mangler mere end 2.400 sygeplejersker, og det er ved at sende sundhedsvæsenet direkte på katastrofekurs. Derfor er vi sammen med regeringen og arbejdsgiverne ved at lægge sidste hånd på en stor, national rekrutteringskampagne. Det er et godt skridt, men det kan slet ikke stå alene.

Regeringen bliver nødt til at gennemføre en koordineret indsats, så det bliver mere attraktivt at uddanne sig til og blive ved med at arbejde som sygeplejerske. Bl.a. ved at forbedre sygeplejerskernes arbejdsmiljø. Ved at skabe nye karriereveje tæt på patienterne, f.eks. som klinisk ekspertsygeplejerske. Og ved at skabe de nødvendige rammer for, at sygeplejerskerne får ligeløn.

Det hænger sammen med sygeplejerskernes sidste nytårsønske: Massive investeringer i sundhedsvæsenet. Gennem 35 år har det danske sundhedsvæsen haft et økonomisk efterslæb på ca. 10 pct. i forhold til landene omkring os. Det har alvorlige konsekvenser. Både for kvalitet, patientsikkerhed og kapacitet. For den sociale ulighed i sundhed. Og ikke mindst for sygeplejerskernes arbejdsliv og arbejdsmiljø.

Jeg kan ikke se, der er nogen vej udenom: Regeringen bliver nødt til at skrue op for de økonomiske haner i 2009. Hvordan kan danskerne få verdensklasse, hvis der kun er afsat penge til turistklasse?

"Drop berøringsangsten, og træk i arbejdstøjet. Opstil klare mål for danskernes sundhed, og forpligt regioner og kommuner til at leve op til målene."



Connie Kruckow, formand



Velfortjent løn til min tillidsmand, tak

Af Jytte Dybdal Poulsen, sygeplejerske

Kommentar til "Dansk Sygeplejeråd mener" i Sygeplejersken nr. 24/2008.



Hallo Grete Christensen!

Jeg lever endnu, selv om jeg fik eftermiddagskaffen galt i halsen. Jeg sidder og læser mit fagblad nr. 24/2008 og er kommet til side 36, "Dansk Sygeplejeråd mener".

Jeg er helt enig i alle dine betragtninger, om hvor betydningsfuldt det er at have en veluddannet og velfungerende tillidsmand. Det går imidlertid galt, når jeg tænker på strejken i foråret. Min tillidsmand var på alle dage og gjorde et fantastisk stykke arbejde. Det er en afdeling, hvor vi arbejder alle ugens syv dage og hele døgnet.

Jeg hører så, at DSR ikke aflønner min tillidsmand efter fortjeneste.

Hvad er meningen?

Som ikkestrejkende må hun da skulle aflønnes fyrsteligt. Lørdagstillæg, søndagstillæg, aftentillæg, nattillæg, ledertillæg, selv mistede fridage. (Find selv på flere).

Jeg synes, at det er en skændsel, at hun nu bagefter skal kæmpe mod sin egen fagforening for en aflønning, der svarer til hendes arbejde. DSR har selv forhandlet tillæggene hjem hos vores andre arbejdsgivere. Nu vil de ikke selv betale dem.

Nu læser jeg så din mening på side 36. Hvordan i alverden tror du, at min tillidsmand overlever? Min og hendes fagforening har ikke aflønnet hende efter fortjeneste under strejken.

Jeg foreslår, at DSR starter med at udbetale hende en velfortjent løn for strejkeperioden inkl. alle mulige tillæg.

Hvis I så også kunne honorere tillidsmanden for de mange arbejdstimer, hun laver året igennem, så tror jeg på, at flere friske sygeplejersker ville melde sig under fanerne.

Jeg spekulerer på, om du selv arbejder gratis, Grete Christensen? Hvordan under strejken?

Jeg ønsker ikke, at du skal arbejde gratis, og det ønsker jeg heller ikke, at min tillidsmand gør.

*Jytte Dybdal Poulsen er ansat på
Anæstesiaafdelingen, Sydvestjysk Sygehus.*

Svar

Af Grete Christensen, 1.-næstformand

Kære Jytte Dybdal Poulsen!

Jeg er helt enig med dig i, at Dansk Sygeplejeråd skal være med til at sikre, at tillidsrepræsentanterne bliver honoreret for deres vigtige funktioner. Vi har stillet krav herom ved overenskomstforhandlingerne, og vi fik arbejdsgiverne overbevist om, at der nu skal forhandles tillæg for TR-funktionen. Hertil kommer, at det allerede inden overenskomstfornyelsen er lykkedes kredsene at forhandle faste tillæg til tillidsrepræsentanterne på en lang række arbejdspladser. Herudover arbejder vi på en lang række andre felter for at støtte tillidsrepræsentanterne, f.eks. gennem TR-uddannelse og den helt nye TR-udviklingsretning.

Under konflikten har tillidsrepræsentanterne på de afdelinger, der har været i konflikt, fået udbetalt løn direkte fra arbejdsgiverne og ikke af Dansk Sygeplejeråd. Det fremgår af den ram-

meaftale om nødberedskab, vi har indgået med arbejdsgiverne. Det fremgår desuden af aftalen med arbejdsgiverne, at tillidsrepræsentanterne under en konflikt skal stå til rådighed – men inden for rimelige grænser. Hvis din tillidsrepræsentant ikke er blevet aflønnet i forhold til Dansk Sygeplejeråds aftale med arbejdsgiverne, er det vigtigt, at hun kontakter kredsene, så de i fællesskab kan få løst problemet.

Vindere af jul på kryds og tværs 2008

Redaktionen har modtaget i alt 399 løsninger på årets julekryds, de 270 på mail, så sygeplejersker er nu ved at være fuldt netbårne.

Årets vindere sætning har voldt problemer. Der blev skrevet "bak op" og "tal op," men den rigtige sætning lyder: "Skynd jer og rak faget op, ellers siger for mange stop."

Det har de tre vindere fundet ud af. Der er en mp3-afspiller på vej til:

Anne Dige Erichsen

Tryggevej 82, 1.

2700 Brønshøj.

Ruth Hougaard

Ravnsgårdsvej 6

7000 Fredericia.

Vinnie Simonsen

Nygade 30A, 2.

4690 Haslev.



(jb)

SOS VIKAR søger

SYGEPLEJERSKER

SOS VIKAR søger sygeplejersker til Region Sjællands sygehuse samt til hjemmeplejen.

Vi søger vikarer til både dag-, aften- og nattevagter

Flere oplysninger på
www.sosvikar.dk

SOS VIKAR

SOS Vikar har været aktiv på vikarområdet i mere end 14 år og er blandt de største udbydere af sygeplejervikar-ydelse til hjemmeplejen, sygehuse og private i Region Sjælland.

Frejasvej 8
4700 Næstved
www.sosvikar.dk
Telf. 5577 8208

Udbud 2. kvartal 2009

**SUNDHEDS FAGLIG
DIPLOMUDDANNELSE**

KURSER OG TEMADAGE

SD i sundhedsformidling og klinisk uddannelseForandrings- og læreprocesser
Uge 17-22, Slagelse**SD i sundhedsfremme og forebyggelse**Levevilkår og livsstil som risikofaktor
Uge 17-22, SlagelseForandrings- og læreprocesser
Uge 17-22, Slagelse**SD i professionspraksis**Tværfaglig rehabilitering: Begreb, proces og organisation
Uge 17-22, RoskildeSygeplejeteori og professionspraksis
Uge 17-22, Slagelse**Alle tre retninger**Etik i sundhedsprofessionernes praksis
Uge 17-22, Næstved**Kurser og temadage**Kost, rygning, alkohol og motion (KRAM)
Uge 13, SlagelseSårpleje og behandling
Uge 18, NæstvedAnsvarlige kliniske vejledere og kliniske vejledere
25. marts, NæstvedUddybende beskrivelse af diplomuddannelser og kurser/temadage samt ansøgningsskema/tilmeldingsblanket kan hentes på www.ucsj.dk/evu.**Kontaktpersoner:**Sundhedsfaglig diplomuddannelse:
Uddannelseskonsulent
Bodil Laursen, tlf 7248 1274, bla@ucsj.dk
Kurser og temadage:
Uddannelseskonsulent
Helen Frost, tlf 7248 1272, hfr@ucsj.dk**University College Sjælland**Efter- og Videreuddannelsesafdelingen
www.ucsj.dk/evuLæs mere på www.ucsj.dk/evuUniversity College
Sjælland**Fornem sygeplejefaglig opgave**

Af Anne Marie Rasmussen, sår-sygeplejerske, og Michaela Jørgensen, sygeplejerske, master i læreprocesser med speciale i arbejdsmiljø og forandringsprocesser

Kommentar til artiklen "Drop hjemmeplejens specialister" i Sygeplejersken nr. 23/2008.

Hvilke argumenter er der for, at sygeplejersker ikke kun skal være generalister i hjemmesygeplejen?

Samfundet og dermed hjemmesygeplejen er under konstant forandringspres, og det er vigtigt at forstå, at hjemmesygepleje i 2008 ikke på nogen måde kan sammenlignes med hjemmesygepleje før strukturreformen. Offentlige organisationer er yderst komplekse, hvorfor vi mener, det er nødvendigt, at man ved forskning i hjemmesygeplejen inddrager kompleksiteten både på organisatorisk niveau, samfunds-, gruppe- og individniveau.

I Kolding Kommune er det besluttet, at hjemmesygeplejersker skal have specialfunktion kombineret med en generalistfunktion, og vi ser det som en fornem sygeplejefaglig opgave at kombinere disse funktioner. Specielt har vi fokus på ældre svage medborgere med konkurrerende sygdomme.

Man har sikret en specialviden inden for: sårbehandling, sygepleje til mennesker med KOL, med diabetes og til mennesker i den terminale fase, sygepleje i relation til hjerte-rehabilitering, hygiejne og MRSA. Der er ligeledes medarbejdere, der er uddannet inden for demens og inkontinens.

Argumenterne har været:

- Der stilles overordnet store krav fra politisk side.
- Der stilles krav om høj faglighed og effektivitet.
- Der stilles krav om udarbejdelse af kvalitetsstandarder etc.
- Der stilles krav fra patientforeninger, interessegrupper og borgerne om en meget høj kvalitet i de sygeplejefaglige opgaver.
- Borgerne og deres familier er ofte meget opdateret med viden netop omkring deres sygdom, bl.a. fra internettet.
- Opgaverne flyttes fra sygehusene til hjemmesygeplejen, og patienterne udskrives hurtigere.
- Sygeplejerskerne er ofte de personer i den primære sundhedstjeneste, der sikrer helheden i relation til de komplekse sygeplejeforløb for den enkelte borger, og har derfor brug for at kunne trække på viden fra sygeplejersker med specialfunktion.
- Der er en stor udvikling baseret på forskning inden for den sygeplejefaglige viden.
- Der udvikles kontinuerligt nye behandlingstiltag lægefagligt, hvilket har stor indvirkning på den sygepleje, der skal udføres.
- Der er brug for, at sygeplejersker underviser og superviserer andre personalegrupper.

Anne Marie Rasmussen
og Michaela Jørgensen
er hjemmesygeplejersker i Distrikt 2,
Kolding Kommune.

"Hvis man spørger mig, om ikke patienter altid skal have ret til den bedste medicin, så vil jeg ubetinget svare ja, og jeg vil endda tilføje ordet "selvfølgelig". Men dilemmaet kan opstå, hvis den gamle medicin er halvtreds gange billigere end den nye, men virker 99,5 pct. lige så godt som den nye, kostbare medicin."

Karsten Skawbo-Jensen, i debatindlæg i Politiken.

»»» HVAD MENER DUwww.sygeplejersken.dk**Nyt spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:**

Betyder det noget for dig, at dronningen roste de offentligt ansatte, heriblandt sygeplejersker, i sin nytårstale?

Svar på spørgsmål stillet i Sygeplejersken nr. 24/2008:

Synes du, at sygeplejersker er gode til at sige undskyld til patienterne, når der sker fejl i sundhedsvæsenet?

Svar	antal	pct.
Ja	49	37,4
Nej	57	43,5
Ved ikke	25	19,1
I alt	131	100

SYGEPLEJERSKEN >>> FAG

Fagtanker >> 34
Faglig information >> 34
Testen >> 41
Agenda >> 52
Anmeldelser >> 53
5 faglige minutter >> 54

Observation og behandling af alkoholabstinenser >> 36

Bryd isolationen for ældre med kombineret høre- og synsnedsettelse >> 42

Fokus på dobbelt sansetab ved forebyggende hjemmebesøg >> 46

Sammenhængen mellem tryghed og social kapital - en udfordring i alderdommen >> 48

))) FAGTANKER

Et tabu under nedbrydning

Inden for de sidste par år er alkoholafhængighed blevet et emne, sygeplejersker taler om. Fra at leve et liv i stilhed er der kommet flere artikler om emnet. De har bl.a. handlet om sygeplejerskers fordomme om alkoholafhængige, om barrierer for at tage afhængigheden op, undervisning i alkoholafhængighed, håndtering af afhængighed på plejehjem og nu om behandling af abstinenser.

I starten af det nye år fortsætter åbenheden med en artikel om sygeplejerskers evne til at bedømme patientens muligheder for afholdenhed. Men nu er det abstinensbehandling, det gælder. At der overhovedet er risiko for abstinenser, er sygeplejersken ofte den første, der får mistanke om. Patienten vandrer måske omkring, eller han lader et par ord falde om, at det ville være rigtig godt med en øl. Så er det om at reagere, få kortlagt forbruget og i samarbejde med en læge iværksætte relevant observation og behandling.

Hvad det sidste helt konkret vil sige, kan man læse om i artiklen "Observation og behandling af alkoholabstinenser" side 36. At nogle sygeplejersker fortsat mener, at patientens alkoholforbrug er en privat sag, skal man ikke lade sig anfægte af. Åbenheden gavner patienten.



Jette Bagh

Jette Bagh,
sygeplejerske,
fagredaktør.

Find og hjælp plejehjemsbeboere med hørenedsættelse

Artiklen henvender sig til sygeplejersker, som arbejder med ældre på plejehjem. Hovedbudskabet er, at sygeplejersker skal have fokus på, om den ældre eventuelt kan have nedsat hørelse og har brug for høreapparat.

AF HANS JØRGEN VOGNSEN, SPECIALLÆGE I ALMEN MEDICIN

Hørenedsættelse er en overset lidelse hos plejehjemsbeboere, da disse patienter ofte ikke selv er klar over eller selv gør opmærksom på høreproblemet.

Opfattelsesproblemer kan også af omgivelserne tolkes som resultat af demens, andre hjernesygdomme eller som en naturlig ting hos gamle, som man ikke behøver gøre noget ved, en nihilistisk opfattelse, som desværre ikke er ukendt inden for geriatriske sygdomme.

Erkendelse og behandling af høretabet er særlig vigtigt hos skrøbelige, gamle mennesker, fordi:

1. Hyppigt forekommende samtidig synsnedsættelse betyder, at hørenedsættelse rammer ekstra hårdt, hvad angår evnen til at sanse, hvad der sker i omgivelserne, specielt evnen til at genkende andre, til at mundaflæse og i det hele taget til at tyde andre menneskers mimik og øvrige kropssprog.
2. Høretab kombineret med impressiv afasi pga. apopleksi er stærkt invaliderende, hyppigt forekommende og stiller store krav diagnostisk og behandlingsmæssigt.
3. Sprogforstyrrelser pga. hørenedsættelse kan ligne demenssymptomer resulterende i fejlbehandling eller manglende behandling.
4. Hørenedsættelse kan, evt. kombineret med andre perceptible lidelser i forbindelse med sundhedsfaglig rådgivning, føre til frustration, misforståelser og dårlig kompliance. Det kan være i forbindelse med udskrivelse af den medicinske patient, som af lægen informeres om eventuelle vigtige bivirkninger af behandlingen samt om vigtigheden af henvendelse til egen læge med henblik på kontrolkonsultation.
5. Tab af høresansen er hos gamle ofte ét af flere smertefulde tab, som øger risikoen for depression. Afhjælpning af høretabet vil således medvirke til at forhindre alvorlig psykisk lidelse i alderdommen.

Flere instanser bærer ansvaret for en forbedret indsats. Desværre er der også blandt gamle mennesker en forestilling om, at brug af et høreapparat (HA) er lidt flovt, måske fordi det kobles sammen med høj alder og svækkelse og dermed en opfattelse af, at man kommer til at virke ældre. Tværtimod gør forbedret hørelse den pågældende mere nærværende og livlig og dermed tilsyneladende yngre. Udsagnet "En hørenedsættelse er mere synlig end et HA" kan måske bruges som motiverende værktøj.

Men afgørende er det, at HA introduceres på et tidligt tidspunkt, hvor brugeren endnu er i stand til at håndtere teknikken med små tænd- og sluk-knapper, batterier osv., og hvor chokket over de nye lyde ikke er for voldsomt. Her kan specielt egen læge og plejepersonalet bidrage.

Både familie og fagfolk bør tænke på muligheden for simple år-

sager til høreproblemer, f.eks. dårlig akustik, baggrundsstøj og ikke mindst ørevoks. For nogle år siden viste en plejehjemsundersøgelse, at 40 pct. af beboerne havde ørevoks. Fjernelse af ørevoksen resulterede i en klart forbedret hørelse hos halvdelen, dvs. at hver femte beboer fik en tydelig forbedret kontakt med omverdenen ved et ganske lille, simpelt indgreb, som kan foretages af plejepersonalet. Et halv- eller helårligt tjek for ørevoks hos alle plejehjemsbeboere kunne være en idé.

Beboerens omgivelser bør tænke på vigtigheden af klar, tydelig, ikke for hurtig tale, uden at der råbes, og at ansigtet altid er vendt mod den, man taler til. Munden skal være synlig (ikke dækket af diktafon, avis el.lign.). Baggrundsstøj, f.eks. trafikstøj via åbentstående vindue, en tændt støvsuger, radio, tv eller en vandhane, der løber, søges undgået.

Afgørende er det, at der tværfagligt eksisterer en aktiv og opsøgende holdning over for problemet, ikke blot hos plejehjemsbeboere, men også hos meget svage, hjemmeboende ældre.

Lykkes indsatsen, er der udsigt til en væsentlig forbedret livskvalitet for nogle handicappede, som tilhører en af samfundets skrøbeligste og mest sårbare grupper.

Hans Jørgen Vognsen er tidligere speciallæge i almen medicin i Silkeborg Kommune. Han er nu pensioneret; hvjvognsen@dadl.net.dk

Til stor glæde for vores fag



AF JETTE BAGH, SYGEPLEJERSKE, FAGREDAKTØR

”Hvis redaktionen ikke havde foreslået det, var mange artikler måske ikke blevet læst, nu kan de bruges fremover til stor glæde for vores fag.

Årets faglige artikel er ”Lær at håndtere problematiske alkoholvaner på plejehjem” af Marianne Peter fra *Sygeplejersken* nr. 22/2008. Jeg har oplevet, hvordan håndteringen af problematiske alkoholvaner gennem artiklen er blevet vendt til gode situationer for alle parter. Med håb om, at forfatteren, der er en ildsjæl og pionér, må kåres.”

Sådan skriver *Ilse Schøtt*, som er underviser på Social- og Sundhedsskolen Fyn.

Faglig på den fede måde

”Jeg er faldet over artiklen ”At få hjælp til at spise – en undersøgelse af rygmarvsskadedes oplevelser” af Bente Martinsen og Ingegerd Harder fra *Sygeplejersken* nr. 24/2008. Den er faglig på den fede måde. En fuldstændig almindelig situation vendes på hovedet og analyseres, vendes og drejes, og budskabet bliver siddende. For mig f.eks. udtalelsen om, at et måltid er bedst, ”når jeg slet ikke har lagt mærke til, at begge har spist”. Det er næsten en målsætning, jeg kan have siddende bag øret. Og 10 point for at artiklen ikke bruger ordet ”spisesituation”. Det er et uhyggeligt ord.”

Det er ordlyden i Birgitte Havskovs indstilling. Birgitte Havskov er ansat i et vikarbureau.

Der er præmier på vej til

- Ilse Schøtt og Marianne Peter.
- Birgitte Havskov, Bente Martinsen og Ingegerd Harder.

Master i humanistisk sundhedsvidenskab og praksisudvikling

Veje til at udvikle og forbedre kvaliteten af vort sundhedsvæsen.

Forandring af praksis gennem analyse, refleksion og samarbejde.

Hent inspiration og ny viden fra 21 danske forskere i kulturforskning, psykologi og filosofi. Masteruddannelsen bygger på deres tværfaglige forskning tilknyttet Forskningscenter Sundhed, Menneske og Kultur(SMK)

Næste holdstart:
September 2009

Ansøgningsfrist:
1. juni 2009

Informationsmøde den 20. februar KL. 14-16 i Hornungstuen, Studenternes Hus, Ndr. Ringgade, Aarhus Universitet. Tilmelding ikke nødvendig.

Yderligere oplysninger om masteruddannelsen og SMK: www.smk.au.dk eller ved henvendelse til Studieleder, lektor Karen Munk (filkpm@hum.au.dk) eller Centerleder, professor Uffe Juul Jensen (filujj@hum.au.dk)

HEALTH, HUMANITY



AND CULTURE

Observation og behandling af alkoholabstinenser

AF METTE MUNK LAURIDSEN, LÆGE • FOTO: SØREN HOLM

Artiklen henvender sig til sygeplejersker på sengeafdelinger på somatiske og psykiatriske hospitaler samt til sygeplejersker i almen praksis og i hjemmeplejen. Artiklen er baseret på forfatterens arbejde med abstinensbehandling, og hovedbudskabet er, at patienterne med fordel kan screenes systematisk og behandles med benzodiazepiner.

I Danmark drikker vi i gennemsnit 12 liter ren alkohol pr. person hvert år, hvilket svarer til 2,8 øl om dagen (1). Det er tæt på europarekord. Med et hurtigt skøn over dit eget alkoholindtag kommer du forhåbentligt frem til, at nogle her i landet drikker væsentligt mere end gennemsnittet. Kun 3 pct. af mændene og 7 pct. af kvinderne drikker slet ikke alkohol (2). 860.000 danskere skønnes at drikke over Sundhedsstyrelsens anbefalede genstandsgrænser (se boks 1 her på siden), og det har store konsekvenser både samfundsøkonomisk og for den enkelte (3). Mange af os nyder ved helligdage og ferier meget alkohol, uden at det påvirker vores sundhed i væsentlig grad. Problemerne opstår, når lidt for meget alkohol bliver en del af livsstilen. Drikker man mere end genstandsgrænserne, placerer man sig i højrisiko for udvikling af alkoholrelateret sygdom og risikerer at miste op til fem gode leveår (2). Næsten 4 pct. af alle indlæggelser sker som direkte følge af alkoholskade, og næsten hver 20. dansker over 14 år dør af en alkoholrelateret lidelse (12). Danskernes store alkoholforbrug koster sundhedsvæsenet 1 mia. kr. om året (2). Mange sygeplejersker har erfaret, at behandling af alkoholabstinenser kræver tid og ressourcer. Man estimerer, at 15-20 pct. af indlagte patienter er alkoholafhængige, og man ved, at dette medfører et længere og mere kompliceret hospitalophold (4). Præcist hvor mange, der under indlæggelse oplever abstinenssymptomer, er uvist, men blandt dem, som indlægges med henblik på af-rusning, ses alkoholabstinenser hos tæt på 90 pct. (4).

Alle har en person i omgangskredsen, som lider af alkoholafhængighed, og erfaringen er, at sygdommen har en ødelæggende effekt på alle sociale forhold. Som professionel er det vigtigt at huske på, at der netop er tale om en sygdom, ikke en karakterbrist. Tilgangen til disse patienter bør derfor være accepterende og baseret på viden.

Alkohol skader kroppen

Alkohol er et opløsningsmiddel. Når man drikker alkohol, skades celler i hele kroppen, men fordi alkohol omsættes i leveren, er dette organ særligt udsat. Alkohol kan måles i blodet fem minutter efter indtag, og det passerer let til hjernevævet. Optaget går hurtigere sammen med kulsyre, hvilket forklarer champagnes fortræffelighed som "feststarter". Man opnår effekt på en bred vifte af receptorsystemer i hjernen. For at opnå en rus skal der dog indtages flere gram ren alko-

» BOKS 1. GENSTANDSGRÆNSER

"Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kvinder højst drikker 14 genstande om ugen og mænd højst 21 – og ikke det hele på én gang."

Sundhedsstyrelsen har givet ovenstående anbefalinger om indtagelse af alkohol. Desuden anbefales, at gravide slet ikke drikker alkohol, og at ammende og personer under 18 år kun drikker meget lidt. Et forbrug op til genstandsgrænserne er ikke "det sunde" forbrug. Det er det absolut maksimale forbrug, og mindre er bedre.

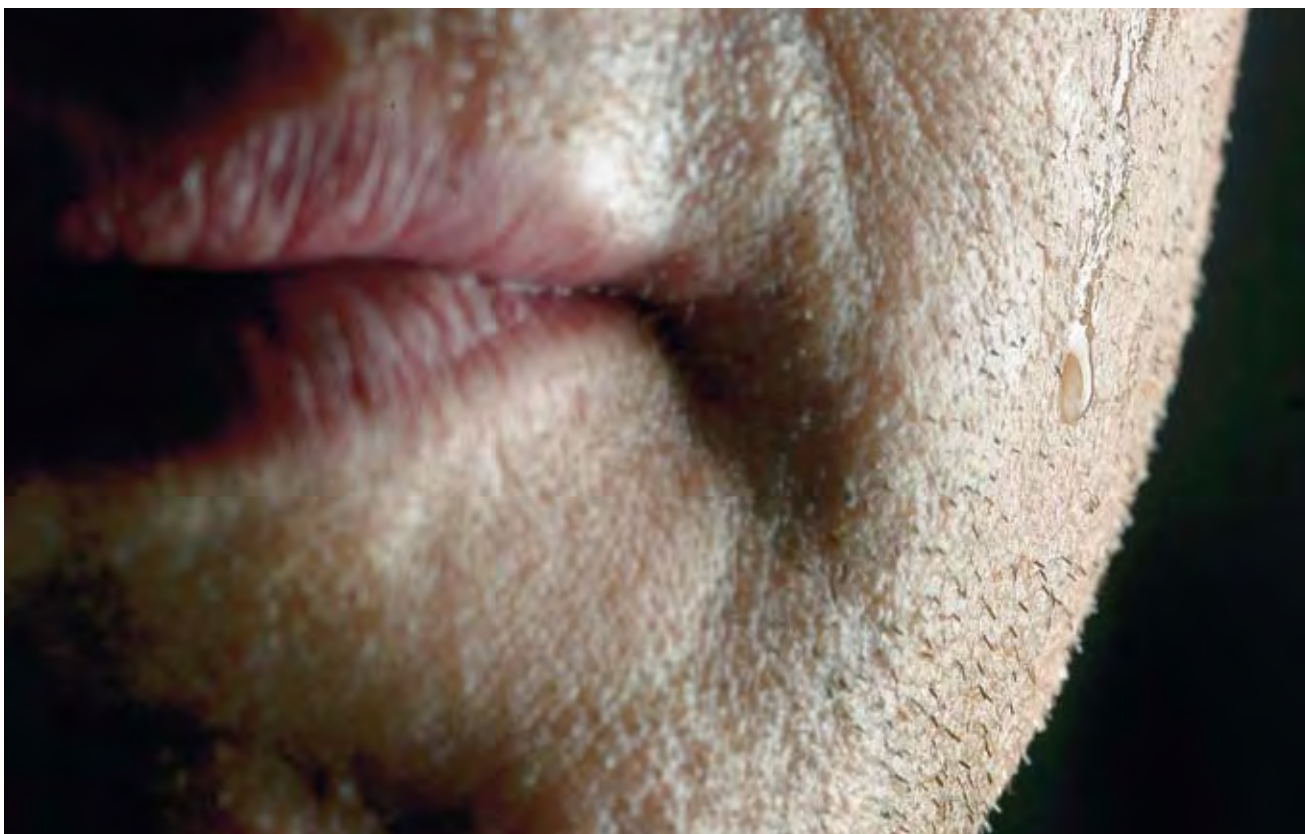
hol. En genstand indeholder 12 g ren alkohol, (se boks 2 side 37). Dette står i modsætning til andre misbrugsstoffer, f.eks. kokain og heroin, der virker på specifikke receptorer i hjernen. Disse stoffer er ekstremt afhængighedsskabende og giver, i mikrodoser, en meget potent rus.

Hvorfor er alkohol da så populær? Alkohol er en del af vores kultur, og så er det billigt. Alkohol er populær, fordi den, i moderate mængder, virker lige godt på vores hæmmende og opkvikkende systemer i hjernen. Dermed giver det os en opstemt hæmningsløshed, der er meget belejlig i nogle sociale sammenhænge. Jo mere man indtager, desto mere dominerer alkoholens sløvende effekter: svækket hukommelse og koordinationssevne, ukritisk adfærd, døsigthed og til sidst respirationsstop. Når kroppen vedvarende udsættes for alkohol, opstår der alvorlige vævsskader, hovedsageligt i hjerne, lever og bugspytkirtel. Konsekvensen af mangeårigt alkoholoverforbrug er ofte alkoholafhængighedssyndrom, abstinensstilstande, alkoholdemens, skrumpelever og kronisk pankreatitis.

Afhængighed og abstinenser

Risikoen for udvikling af afhængighed stiger med alkoholforbruget. Nye estimater viser, at mindst 140.000 danskere er afhængige af alkohol (3). Der er tale om et bredt udsnit af befolkningen. Størstedelen er mænd uden relation til arbejdsmarkedet. Man ved, at alkoholafhængighed forekommer hyppigere hos enlige personer uden børn samt rygere (3).

Alkoholafhængighed er en kronisk sygdom, som til dels er arvelig, men psykologiske, kulturelle og sociale faktorer spiller også en rolle. Man er alkoholafhængig, hvis man opfylder to af følgende seks kriterier (2):



”Abstinenssymptomer ses kun, hvis patienten gennem uger til måneder har haft et meget stort alkoholforbrug, og de kan forekomme, mens der endnu er alkohol i blodet.”

- Sygelig trang til alkohol (craving)
- Svækket evne til at kontrollere indtagelsen, standse eller nedsætte forbruget
- Abstinenssymptomer ved ophør/reduktion eller indtagelse for at undgå abstinenser
- Toleransudvikling
- Alkohol har dominerende rolle mht. prioritering og tidsforbrug
- Fortsat brug trods bedre vidende.

I definitionen er således indbygget, at man ikke er i kontrol med alkoholforbruget, men styres af sit misbrug, ofte mod social, fysisk og psykisk elendighed. Lider man af alkoholafhængighedssyndromet, er man både fysisk og psykisk afhængig. Som hvilken som helst anden kronisk lidelse er der ofte ingen helbredende behandling, men der vil være mulighed for at opnå længere alkoholfri perioder. Tilbagefald til alkoholisme må betragtes som en del af sygdomsforløbet. Der vil være nogle patienter, som drikker rigtig meget, men uden større besvær kan kvitte alkohol, hvis de blev opfordret til det. De er derfor ikke alkoholafhængige.

Abstinenssymptomer

Når et langvarigt alkoholoverforbrug bringes til ophør, kan der forekomme abstinenssymptomer. De mest almindelige symptomer er udløst via vores autonome]

))) BOKS 2. GENSTANDSMÅLET

Hvad er en genstand? Det er 12 g alkohol eller

- 1 pilsner (33 cl)
- 1 glas vin (12 cl)
- 1 glas hedvin (8 cl)
- 1 glas spiritus (4 cl).

Her ses forskellige eksempler på en genstand. En kvinde på 60 kg er ca. en time og 20 min. om at omsætte en genstand og opnår en promille på 0,36.

))) BOKS 3. ABSTINENSsymptomer

Alkoholabstinenssymptomer:

- Høj puls, blodtryk og temperatur, sved (autonome symptomer)
- Rysten
- Søvnproblemer
- Kvalme og opkastning
- Angst
- Uro, omkringfarende adfærd
- Forbigående hallucinationer, illusioner
- Kramper.

I henhold til ICD-10 og DSM IV opfylder man kriterierne for alkoholabstinensstilstand, hvis man netop har endt eller nedsat et stort eller langvarigt alkoholforbrug og derefter udvikler to eller flere af de ovennævnte symptomer. Symptomerne skal medføre ubehag og må ikke være forårsaget af andre medicinske tilstande eller psykiske lidelser. Det er ikke altid en nem diagnose at stille.

”Behandlingsmålet er altid at bringe patienternes abstinenser til ophør. Ofte vil det betyde, at de skal medicineres, til de sover.”

» nervesystem i form af højt blodtryk og puls, temperaturstigning, kvalme, opkastning og rysten. Dertil kan komme en række psykiske symptomer i form af søvnproblemer, angst, uro og eventuelt hallucinationer. I de værste tilfælde ses kramper og delir.

Delirium tremens er en akut indsættende, psykotisk abstinensstilstand med bevidsthedsplumring, hallucina-

tioner, vrangforestillinger samt voldsomme autonome symptomer. Ubehandlet har tilstanden en dødelighed på op til 20 pct. pga. risiko for skader, infektioner, hypertermi eller kredsløbskollaps. Iværksættes den rette behandling hurtigt, kan dette tal bringes ned til 1 pct.

Ikke alle symptomerne behøver at være til stede, for at der er tale om en abstinensstilstand (se boks 3 side 37). Typisk vil patienten fremstå varm, blussende og omkringvandrende med den karakteristiske rysten på hænderne. Abstinenssymptomer ses kun, hvis patienten gennem uger til måneder har haft et meget stort alkoholforbrug, og de kan forekomme, mens der endnu er alkohol i blodet. Baggrunden er, at hjernen som modsvar på lang tids hæmmende virkning fra alkohol har opjusteret antallet af stimulerende impulser, og når alkoholindtaget ophører, efterlades hjernen i en farlig hyperaktiv tilstand. Abstinensstilstandens sværhedsgrad hænger sammen med den afsluttede drikkeperiodes intensitet og antallet af tidligere mislykkede afrusningsforsøg.

Abstinenser er meget ubehagelige for patienten og kan være med til at opretholde et misbrug. Abstinensstilstanden er alvorlig: 15 pct. oplever svære abstinenssymptomer med kramper eller delir (5).

Medicinsk behandling af alkoholabstinenser

Behandling nedsætter risikoen for kramper og delirium tremens og afhjælper ubehag ved alkoholophør hos patienten. I over 100 år har vi behandlet alkoholabstinenser med phenobarbital i form af Fenemal®. Dette stof har en veldokumenteret og velkendt effekt.

Nye internationale retningslinjer anbefaler imidlertid, at man overgår til at anvende benzodiazepiner i behandlingen af alkoholabstinenser. Årsagen er, at de to stoffer virker lige godt, og derudover har benzodiazepiner den fordel, at man kan give modgift i tilfælde af overdosering. Benzodiazepiner med lang halveringstid har et lavt misbrugspotentiale, mens benzodiazepiner med en kortere halveringstid er brugbare hos patienter med ringe leverfunktion, hvor akkumulation af stoffet er særdeles uensigtsmæssig (6).

Chlordiazepoxid (Risolid® eller Klopoxid®), der er langtidsvirkende benzodiazepiner, anbefales som førstevalg i alkoholabstinensbehandlingen (7,8). Behandlingsmålet er altid at bringe patienternes abstinenser til ophør. Ofte vil det betyde, at de skal medicineres, til de sover. I praksis har vi på vores afdeling erfaret, at det er en ulempe, at chlordiazepoxid kun kan gives som tablet. I de tilfælde, hvor intravenøs administration er nødvendig, kan man med fordel anvende diazepam

»»» BOKS 4. VITAMINTILSKUD

”Man må aldrig give en alkoholiseret patient glucoseinfusion, før der er givet thiamin. Dette kan udløse Wernicke-Korsakoffs syndrom.”

Alkoholiserede mangler næsten altid flere forskellige vitaminer. Thiamin er vitamin B1, som er vigtigt for nervecellers funktion. Samtidig forbruges det, når man omsætter sukker i kroppen. Hvis man ikke har nok thiamin, når man udsættes for glucoseinfusion, kan nervecellerne tage skade, og det viser sig som neurologiske symptomer, der sammenfattes under betegnelsen Wernicke-Korsakoffs syndrom.

»»» BOKS 5. SPØRG TIL ALKOHOL

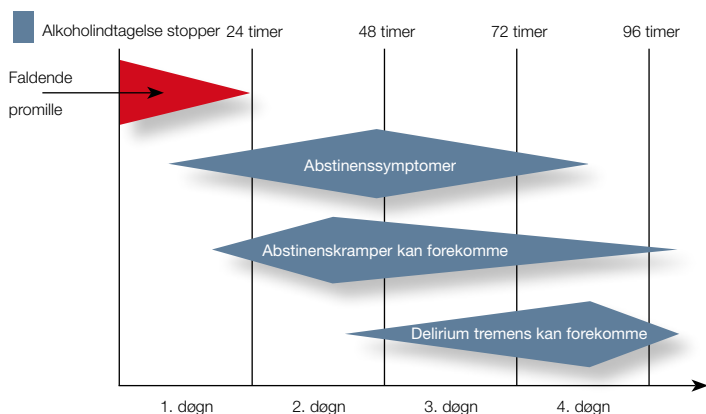
Screenings spørgsmål:

- Har du tænkt, at du burde skære ned på dit alkoholforbrug?
- Har andre irriteret dig ved at kommentere dine drikkevaner?
- Har du følt skam over dine drikkevaner?
- Har du været nødt til at indtage alkohol som det første om morgenen for at få ro på dig?

Svares der ja til flere end to spørgsmål, er der stor sandsynlighed for, at patienten er alkoholafhængig.

Internationale guidelines anbefaler, at ovenstående spørgsmål bruges i screening for alkoholafhængighed.

»»» FIGUR 1. ALKOHOLAFRUSNINGSFORLØB



Skitse over afrusningsforløbet hos en alkoholafhængig. En vigtig pointe er, at abstinenssymptomer kan forekomme, selv om man har alkohol i blodet. Forløbet varer sjældent længere end fire dage.

(Stesolid®), hvilket også kan være indiceret hos patienter med meget dårlig leverfunktion.

Den medicinske behandling styres bedst via et scoringsskema, hvori patientens abstinenssymptomer vurderes time for time, og benzodiazepin-forbruget registreres. Fordelene ved brugen af et scoringsskema er, at det øger patientsikkerheden, idet man hele tiden har overblik over medicinforbrug, effekt og tidsforløb. Derudover er det et redskab til ensretning af medicineringen i tråd med afdelingens instruks. Ulempen er, at skemaet er mere tidskrævende end en almindelig p.n.-ordination. Eksempel på et abstinensscoringsskema på dansk kan ses på www.instruksen.dk og i en amerikansk udgave i reference nummer (9).

En fast ordination af chlordiazepoxid er typisk 50 mg x 4 i døgnet, og derudover gives medicinen efter behov. Det er ikke ualmindeligt, at der er behov for døgndoser på 400-600 mg chlordiazepoxid. Ved delir kan behovet være op mod 800-1.100 mg. Ved behov for meget høje doser benzodiazepiner skal man overveje, om abstinensdiagnosen er korrekt, og en læge skal underrettes. Abstinensstilstanden kan forveksles med tegn på infektion, kranietraumer, hjerneskade, neurologisk eller psykisk lidelse og lavt blodsukker. Til den medicinske behandling af patienter med alkoholoverforbrug hører også vitaminer og mineraler, særligt B-vitaminer, som vi ved, at langt de fleste mangler. Ubehandlet B-vitaminmangel kan medføre alvorlige neurologiske forstyrrelser, herunder Wernickes-Korsakoffs syndrom (se boks 4 side 38). Behandlingen af både abstinenskramper og delir kan foregå med benzodiazepiner. Især behandlingen af delir er meget omdiskuteret, og det viser sig, at både phenobarbital og benzodiazepiner har effekt. Det vigtigste er, at man holder sig orienteret om, hvad der foretrækkes på afdelingen.

Spørg til alkoholvaner

En forudsætning for at opdage og dermed kunne afhjælpe alkoholabstinenser, er, at vi kender patientens alkoholvaner. Oplysninger om alkohol er derfor især værdifulde hos de patienter, hvor fremtræden og kontaktårsag ikke vækker mistanke om et stort alkoholforbrug. Det er netop hos disse patienter, at vi indimellem kan overse tegn på abstinenser. Alle patienter, som indlægges på hospital, skal spørges om deres alkoholforbrug. Den indlæggende læge vil som regel have alkohol som et fast punkt i journalen. Som sygeplejerske lykkes det dog ofte at skabe en bedre kontakt med patienten, og i det tilfælde har man selvfølgelig større chance for at få reelle oplysninger om tabubelagte emner. For mange patienter



er alkohol et svært emne at omtale, og de fleste alkoholmisbrugere vil frygte fordømmelse fra deres behandlere. En professionel og fordomsfri tilgang til patienten er derfor essentiel.

Det er pinligt at indrømme, at man drikker for meget, og patienter underdriver ofte deres forbrug. For sygeplejersker kan det være nyttigt at informere om, at alle spørges om alkoholvaner, og at formålet alene er at give patienten den bedst mulige behandling. I amerikansk litteratur anbefales at indlede med fire screeningsspørgsmål (se boks 5 side 38), (3,6,7,8). Der skal altid være oplysninger om dagligt indtag, og ved forbrug over genstandsgrænserne spørges tillige om, hvor længe overforbruget har stået på. Man skal være detaljeret, når man spørger. Når en patient oplyser at drikke "4-5 stykker," er det da om dagen? Om ugen? Eller inden morgenmad? Er det 4-5 øl, kasser øl eller flasker snaps? I hvilke sammenhænge drikker patienten? Alene eller i festligt lag? Hvornår har patienten sidst indtaget alkohol? (4) Det er desuden vigtigt at kende til:

- Overforbrugets varighed
- Brug af andre stoffer
- Tidligere afvænningsforsøg
- Tidligere abstinenskramper eller delir
- Socialt netværk.

Disse faktorer har, sammen med en eksakt alkoholanamnese, betydning i forhold til dosering af benzodiazepiner, observationshyppighed, komplikationsrisiko og udsigt til vedvarende alkoholophor (10).

Pleje af abstinenspatienten

I løbet af 24 timer efter sidste indtag af alkohol ses de første abstinenssymptomer (11) (se figur 1 side 38). Patienten har det ofte værst efter 1½ døgn, og

”Fordelene ved brugen af et scoringsskema er, at det øger patient-sikkerheden, idet man hele tiden har overblik over medicinforbrug, effekt og tidsforløb. Derudover er det et redskab til ensretning af medicineringen i tråd med afdelingens instruks.”

» milde abstinenssymptomer vil være forsvundet efter to døgn (6). Ved svær alkoholabstinensstilstand er der risiko for udvikling af delirium tremens, og dette ses ofte omkring fjerde dag. De fleste tilfælde af alkoholabstinensdelir er godartede og forløber over 2-3 døgn. Delir afsluttes med dyb søvn, hvorefter patienten vågner op uden hukommelse om episoden. Hos nogle kan deliret stå på i op til to uger og ende fatalt med hypertermi, infektion eller skader. I plejen af den abstinate patient er det vigtigste tæt observation. Man skal hele tiden overveje, om diagnosen er rigtig, eller om patienten tillige kunne være påvirket af infektion, kranietraumer, hjerne-skade, neurologisk eller psykisk lidelse eller lavt blodsukker. Desuden anbefales det, at man sørger for:

- En rolig stue med god belysning og orienteringsmuligheder i form af kalender eller ur
- Fast vagt til delirøse patienter
- Hyppige tilbud af små portioner mad og drikke
- Væskeskema
- Supplement med i.v.-væsker, hvis patienten indtager sparsomt med væske
- Forebyggelse af fald
- Mobilisering og træning med fysioterapeut for at undgå komplikationer til sengeleje
- Tilbud om vurdering fra diætist hos patienter i ernæringsmæssig risiko
- Information om behandlingstilbud til alkoholafhængige i nærområdet samt mulighed for psykiatrisk vurdering.

» ENGLISH ABSTRACT

Lauridsen MM. Observation and treatment of alcohol withdrawal. *Sygeplejersken* 2009;(1):36-40.

New figures show that at least 140,000 people in Denmark are addicted to alcohol and that as many as 860,000 consume more than the recommended maximum number of units. Almost four per cent of all hospital admissions are due to alcohol-related injury. The care and treatment of alcohol withdrawal symptoms are therefore part of the everyday work of many nurses. It is important to question all patients in detail about their drinking habits on admission. Sudden termination of long-term excessive alcohol consumption can give rise to withdrawal symptoms such as hypertension, rapid pulse, a temperature, tendency to sweat, motor and mental unrest, convulsions and delirium. One does not have to be an alcoholic to experience withdrawal symptoms. Medical treatment is with benzodiazepines, of which chlordiapoxide is the first choice. Treatment is managed by means of a score sheet based on close observation of the patient. Dependency on alcohol is a disease and not a defect of character, and the approach to these patients should be one of acceptance, professional and based on knowledge of the malady.

Key words: Withdrawal treatment, alcohol dependence, withdrawal problems.

Med 140.000 alkoholafhængige i Danmark er alkoholabstinente patienter en fast del af hverdagen både i almen praksis og på hospitalerne. I behandling og pleje af denne patientgruppe er viden og samarbejde mellem faggrupper afgørende.

Mette Munk Lauridsen er ansat som læge på afdeling V (medicinsk gastroenterologisk og hepatologisk afdeling) på Århus Sygehus; mettelauridsen@gmail.com

Litteratur

1. Rindom H. *Rusmidlernes biologi. Om hjernen, sprut og stoffer.* 3 ed. København: Sundhedsstyrelsen; 2004.
2. Becker U. *Medicinsk Kompendium. Alkohol.* 17. ed. København: Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busck; 2009.
3. Hvidtfeldt UA, Hansen ABG, Grønæk M et al. *Alkoholforbrug i Danmark – kvantificering og karakteristik af storforbrugere og afhængige.* København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2008. Tilgængelig på www.si-folkesundhed.dk
4. Lussier-Cushing M, Repper-DeLisi J, Mitchell MT et al. *Is your medical/surgical patient withdrawing from alcohol?* *Nursing* 2007;37(10):50-55. Tilgængelig på www.nursing2007.com
5. Ulrichsen J. *Behandling af alkoholabstinenssymptomer med benzodiazepiner.* *Ugeskrift for læger* 2006;68(35):2896-99.
6. McKinley MG. *Alcohol withdrawal syndrome overlooked and mismanaged?* *Crit Care Nurse* 2005;25(3):40-48.
7. Becker U. *Behandlingsvalg hos patienter med alkoholproblemer.* København: *Rationel Farmakoterapi*; 9:2007.
8. www.lmk.dk. *Behandling af alkoholabstinenser.* 2008.
9. McKeon A, Frye MA, Delanty N. *The alcohol withdrawal syndrome.* *J Neuro Neurosurg Psychiatry* 2008;79(8):854-862.
10. Parker AJ, Marshall EJ, and Ball DM. *Diagnosis and management of alcohol use disorders.* *BMJ* 2008;336(7642):496-501.
11. *Alkoholenheden Herlev Sygehus. Vejledning om ambulant afrusning og abstinenssymptombehandling i alkoholenhederne.* København; 2007. Tilgængelig via www.hvidovrehospital.dk > Afdelinger > Alkoholenheden > Til sundhedsfaglige/Om afdelingen > Sundhedsfagligt > Vejledninger > guidelines kan downloades øverst i skærmbilledet.
12. *Genstandsgrenser for voksne.* København: Sundhedsstyrelsen; September 2005. Tilgængelig via www.sst.dk > Forebyggelse > Alkohol, narkotika og tobak > Alkohol > Kampagner og projekter > Uge 40 > downloades fra link til venstre i skærmbilledet.



Har du lyst til at tjene penge i din fritid?

...og samtidig hygge dig med at sælge tøj til venner og bekendte, så ring og få en uforpligtende samtale på 97 15 48 38, og hør mere om det at blive forhandler hos Green House, eller læs mere på www.green-house.com - her kan du også bestille vores flotte katalog eller deltage i lodtrækningen om tøj for 5.000 kr.

Green House er et dansk modehus som er etableret i 11 lande.

Vi startede i 1993 og pga. stor efterspørgsel på vores produkter søger vi forhandlere hele året rundt.

Vi sælger modetøj via homeparties og hjemmebutikker, og som forhandler har du også mulighed for at få din egen online butik.

>>> TESTEN



Temaet er personlighedsforstyrrelser, test dig selv eller din kollega

Et mål inden for psykiatrien har været at nå frem til en entydig forståelse af ord og begreber, hvilket har medført store ændringer i sproget. Bliv klogere på de nye udtryk inden for personlighedsforstyrrelser.

- 1** Der findes to former for emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse; hvilke?
 - a. Impulsiv type og borderline type.
 - b. Dissociativ type og debil type.
- 2** Hvilke problemer optræder, hvis man har en dependent personlighedsforstyrrelse?
 - a. Man får andre mennesker til at være følelsesmæssigt afhængige af én og misbruger deres afhængighed.
 - b. Man har en passiv afhængighed af andre mennesker, føler sig hjælpeløs, når man er alene, og tør ikke tage vigtige beslutninger.
- 3** På hvilken måde viser en dyssocial personlighedsforstyrrelse sig?
 - a. Man har en manglende evne til at føle skyld, lever ikke op til sociale forpligtelser og opfører sig ligegyldigt eller afstumpet over for andre mennesker.
 - b. Man har en depressiv melankolsk grundstemning.
- 4** På hvilken måde fremtræder man, hvis man har en histrionisk personlighedsforstyrrelse?
 - a. Personligheden er karakteriseret ved et overfladisk og labilt følelsesliv, og ens adfærd er ofte dramatisk og teatralisk og præget af et ønske om at være i centrum.
 - b. Man lever i fortiden, og alle oplevelser bliver set i lyset af denne.
- 5** Hvis man har en paranoid personlighedsforstyrrelse, er man:
 - a. Mistroisk, har mistillid til andre, er følsom over for nederlag og reagerer ofte med vrede og afvisning, hvis noget går én imod?
 - b. Paranoid og har en eller flere vrangforestillinger, som man er fuldstændig overbevist om er virkelige?

(er)

Artiklen henvender sig til sygeplejersker og forebyggende medarbejdere i kommunerne, som kan være med til at forebygge somatiske og psykiske problemer, dårlig livskvalitet og indlæggelser ved at være opmærksom på det dobbelthandicap, som en kombineret høre- og synsnedsettelse er. Artiklen er desuden relevant for sygeplejersker på landets hospitaler, som støder på kommunikations- og funktionshæmmede ældre.

Bryd isolationen for ældre med kombineret høre- og synsnedsettelse

AF BETTINA U. MØLLER, INFORMATIONSMEDARBEJDER, CAND.MAG., OG OLE E. MORTENSEN, CENTERLEDER, CAND.COMM.
ILLUSTRATION: KRISTOF BIEN

Omkring 11.000 ældre anslås at leve med en kombineret høre- og synsnedsettelse herhjemme. Det svarer til en forekomst på 5 pct. af alle ældre over 80 år og 10 pct. i gruppen af ældre over 90 år (1,2,3,4). Det kom-

binerede sansetab (se boks 1 herunder og boks 2 side 44) har store konsekvenser for de ældre både i forhold til kommunikation, adgang til nyheder og anden information samt med hensyn til muligheden for at færdes på egen hånd. Også den fysiske og psykiske tilstand påvirkes kraftigt.

En stor del af de ældre lever med det kombinerede sansetab, uden at systemet omkring dem er bevidst om det. Måske fordi vi betragter det som en del af alderdommen, at man svækkes på syn og hørelse. Måske fordi det dobbelte sansetab forveksles med andre funktionssvækkelser, f.eks. begyndende kognitive problemer, eller måske fordi det dobbelte sansetab i situationen overskygges af andre lidelser.

Derved får de ældre ikke den nødvendige støtte. De isolerer sig og bliver passive, og risikoen for bl.a. fald-

»»» BOKS 1. ALDERSBETINGET HØRENEDSÆTTELSE

Årsager til hørenedssettelse

Vi vil alle få en hørenedssettelse, hvis bare vi bliver gamle nok. Livet igennem går flere og flere af hårcellerne i det indre øre til grunde, og de kan ikke erstattes. Det er de celler, der registrerer de lyse toner, der først går til grunde. Det er årsagen til, at ældre får problemer med at opfatte tale, selvom de f.eks. stadig kan lytte til musik. Mange af lydene i det talte sprog ligger nemlig i det høje register, og evnen til at skelne de forskellige sproglyde fra hinanden hænger sammen med evnen til at høre lyde i dette register.



Øremuslingen,
(Auricula)

Tragus

Den ydre øregang,
(Meatus acusticus externus)

”En stor del af de ældre lever med det kombinerede sansetab, uden at systemet omkring dem er bevidst om det. Måske fordi vi betragter det som en del af alderdommen, at man svækkes på syn og hørelse.”



ulykker, knogleskørhed, hjerteproblemer og sågar hjerneblødninger øges og dermed også risikoen for, at de ældre kommer til at kræve indlæggelse.

Vi bliver ældre og ældre, levealderen stiger, samtidig med at den relative andel af ældre i befolkningen stiger. Selvom ældre i fremtiden måske ikke vil være så nedslidte, som de hidtil har været, er der dog god grund til at tro, at vi i alderdommen fortsat vil komme til at leve med forskellige problemer, og det gælder også nedsat syn og hørelse.

Personer med syns- og hørenedsættelse vil normalt forsøge at kompensere vha. hørelsen, f.eks. i forbindelse med at færdes på gaden. Ligeledes vil personer med hørenedsættelse forsøge at kompensere vha. synet, f.eks. ved mundaflæsning som støtte for kommunikation. Men når de to sansenedsættelser optræder samtidigt, forsvinder denne mulighed for compensation. I denne situation forstærker sansetabene hinanden, så selv en mindre hørenedsættelse og en mindre syns- og hørenedsættelse tilsammen kan give store problemer.

Sansetab påvirker dagligdagen

En række udenlandske undersøgelser viser, at en kombineret syns- og hørenedsættelse har stor indflydelse på de ældres formåen i dagligdagen både fysisk og psykisk. Derudover viser de, at der er en højere sygdomsforekomst og dødelighed blandt ældre med kombineret sansetab end blandt ældre, der ikke er ramt på både syn og hørelse.

Undersøgelser viser dog også, at man med en målrettet indsats kan komme uden om en række af de negative konsekvenser, som det kombinerede sansetab har for de ældres liv, hvis der tages højde for og i videst muligt omfang kompenseres for sansetabet (5). Dermed vil det danske sundhedsvæsen opleve en gruppe ældre, der er raskere og i højere grad aktive og selvhjulpne og med en højere livskvalitet og et tilsvarende lavere forbrug af sundhedsydelse.

Når et hørehandicap og et synshandicap optræder sammen, forstærker de gensidigt hinanden. Helheden bliver større end summen af de enkelte dele.

Øget risiko for faldulykker

Faldulykker har megen fokus i forebyggelsesarbejdet mange steder. Ældre med kombineret høre- og synshandicap har tre gange så stor risiko for at falde som ældre uden sansenedsættelser, mens risikoen for hoftebrud er to gange så stor som blandt ældre uden funktionsnedsættelserne. Personer med kombineret høre- og syns- og hørenedsættelse giver generelt oftere udtryk for problemer med at gå (over fire gange så ofte som ældre uden sansenedsættelser) (6,7,8).

Det nedsatte syn spiller uden tvivl en stor rolle i disse tilfælde. Men da risikoen for fald, hoftebrud og gangproblemer er større i gruppen af personer med kombineret høre- og synshandicap end i gruppen af personer med synshandicap alene, er årsagen altså ikke udelukkende synsproblemerne. Hørelsen spiller en vigtig rolle i forbindelse med balance og orientering, når synet er svækket.

Somatisk sygdom og dødelighed

Med alderdommen stiger risikoen for en række sygdomme og helbredsproblemer. Flere undersøgelser peger på, at risikoen for sygdomme og ulykker stiger yderligere hos ældre med et kombineret høre- og synshandicap, og det samme gælder dødeligheden (5,6,9).

Blandt ældre med kombineret syns- og hørenedsættelse er der en højere forekomst af en række somatiske sygdomme end blandt jævnaldrende uden høre- eller syns- og hørenedsættelser (6). Således var risikoen for

- forhøjet blodtryk 1,5 gange så stor
- hjerteproblemer 2,4 gange så stor
- hjerneblødning 3,6 gange så stor
- gigt 2,2 gange så stor
- diabetes 2,1 gange så stor.

**]]] BOKS 2. FAKTA OM AMD**

Aldersrelateret maculadegeneration, AMD, (ofte med det misvisende navn "forkalkninger på nethinden") er den hyppigste årsag til synsnedsættelse hos ældre i Danmark. Macula er den latinske betegnelse for den gule plet, hvor synet er skarpere end i noget andet område i øjet. Degeneration betyder en svækkelse eller ødelæggelse af væv. AMD medfører, at evnen til at modtage synsindtryk i den gule plet og senere i nethinden omkring den gule plet svækkes. På et fremskredent stadie kan dét, man ser på (f.eks. ansigter), helt forsvinde, så man kun kan se det, der er udenom. Synet mistes dog sjældent helt.

]]] BOKS 3. IDENTIFIKATION AF KOMBINERET SYNS- OG HØRETAB

Fem punkter, der er værd at huske for den sygeplejerske, som arbejder med ældre:

- Høre- og synsproblemer hos ældre udvikler sig ofte langsomt over flere år.
- Regn ikke med, at den ældre selv er opmærksom på sine fremadskridende syns- og høreproblemer.
- Hvis den ældre begynder at trække sig tilbage og isolere sig, kan det være et tegn på høre- og synsproblemer.
- Forvirring og depressionslignende symptomer kan være tegn på høre- og synsproblemer.
- Den ældre kan have sygdomme eller andre helbredsproblemer, som overskygger en kombineret høre- og synsnedsættelse.

-]] Undersøgelser tyder også på, at dødeligheden blandt ældre med kombineret høre- og synshandicap er højere end blandt andre ældre (5,9).

Der er især tre mulige forklaringer på den øgede forekomst af sygdom og dødelighed, uden at nogen af dem dog er bevist.

Den ene er, at man kan være genetisk disponeret for forskellige lidelser på måder, som ikke er kendt på nuværende tidspunkt. Der er påvist en sammenhæng mellem aldersbetinget hørenedsættelse og aldersrelateret maculadegeneration (AMD, se boks 2) således at ældre med AMD har større risiko for også at have en hørenedsættelse end ældre uden AMD (10). Hvis denne sammenhæng er genetisk, kan man forestille sig, at den også kan medføre problemer i andre organer.

Den anden mulighed er, at man gennem livet kan have været udsat for faktorer som f.eks. rygning eller

toksisk påvirkning som både kan have indflydelse på syn og hørelse og på udvikling af visse sygdomme. Og den tredje er, at et kombineret høre- og synshandicap påvirker den generelle livskvalitet, humøret, funktions- og aktivitetsniveauet og de sociale relationer, alt sammen faktorer, som har afgørende indflydelse på sygdom og dødelighed blandt ældre.

Kognitive problemer kan skyldes isolation

For ældre med kombineret høre- og synsnedsættelse kan situationen forværres yderligere pga. kognitive problemer.

Kognitive problemer forekommer to-fire gange hyppigere blandt ældre med kombineret høre- og synsnedsættelse end blandt deres jævnaldrende normalhørende og -seende (6,11,12,13,14). Også i forhold til ældre, som kun er synshæmmede eller hørehæmmede, er forekomsten højere hos ældre med kombinationen af de to sansetab.

Dette billede tegner sig, både når de ældre selv skal vurdere deres kognitive formåen, og når der bruges test som Mini-Mental State Examination (MMSE) og Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) til at fastslå tegn på kognitive problemer.

Ligesom det er tilfældet med somatisk sygdom, er årsagerne til sammenhængen mellem kognitive problemer og kombineret høre- og synsnedsættelse ikke endeligt fundet. En nærliggende forklaring er dog den isolation og inaktivitet, mange ældre med kombineret høre- og synsnedsættelse oplever, med ingen eller kun vanskelig kommunikation med andre og begrænset adgang til nyheder og anden information. At være afskåret fra input og ydre stimuli kan givet have indflydelse på en persons kognitive formåen.

Dette understreger vigtigheden af, at man er ekstra opmærksom på risikoen for kognitive problemer blandt ældre med et kombineret høre- og synshandicap, og at man samtidig er opmærksom på, at kombinationshandicappet ofte kan forveksles med kognitive problemer (se boks 3 herover).

Også forekomsten af et andet fremtrædende psykisk problem hos ældre er markant højere hos ældre med kombineret høre- og synsnedsættelse. Forekom-

”At være afskåret fra input og ydre stimuli kan givet have indflydelse på en persons kognitive formåen.”

sten af depressive symptomer er nemlig omkring dobbelt så stor blandt disse i forhold til ældre uden sansetab (6,15,16). Der er med andre ord al mulig god grund til at identificere og hjælpe disse ældre.

Bettina U. Møller er ansat som informationsmedarbejder på Videnscentret for Døvblindblevne; bum@dbcent.dk

Ole E. Mortensen er ansat som centerleder på Videnscentret for Døvblindblevne.

Videnscentret for Døvblindblevne formidler viden og information om døvblindhed og mennesker (både unge og ældre), som på et tidspunkt i deres liv får en alvorlig kombineret høre- og synsnedsettelse. Læs mere på Videnscentrets hjemmeside www.dbcent.dk

Litteratur

- Bergman B, Rosenhall U. Vision and hearing in old age. *Scand Audiol* 2001;30:255-63.
- Lyng K, Svingen EM. Kartlegging av alvorlig, kombinert sansetab hos eldre. NOVA Rapport 9/01, 2001.
- Edmund C. Synshandicappede i Danmark – antal og årlig tilgang. *Værn om Synet* 2005;2:16-19.
- Hietanen A, Era P, Henrichsen J et al.: Hearing among 75-year-old people in three Nordic localities: a comparative study. *Int J Audiol* 2005;44:500-08.
- Appolonio I, Carabellese C, Frattola L et al. Effects of sensory aids on the quality of life and mortality of elderly people: A multivariate analysis. *Age Ageing* 1996;25(2):89-96.
- Crews JE, Campbell VA. Vision impairment and hearing loss among community-dwelling older Americans: Implications for Health and Functioning. *Am J Public Health* 2004;94:823-29.
- Reuben DB, Mui S, Damesyn M et al. The prognostic value of sensory impairment in older persons. *J Am Geriatr Soc* 1999;47(8):930-5.
- Keller BK, Morton JL, Thomas VS et al. The effect of visual and hearing impairments on functional status. *J Am Geriatr Soc* 1999;47(11):1319-25.
- Lee DJ, Gómez-Marín O, Lam BL et al. Severity of Con-
- current Visual and Hearing Impairment and Mortality: The 1986-1994 National Health Interview Survey. *J Aging Health*;19(3):382-96.
- Klein R, Cruickshanks KJ, Klein BE et al. Is age-related maculopathy related to hearing loss? *Arch Ophthalmol* 1998;116(3):360-5.
- Brennan M, Su YP, Horowitz A. Longitudinal associations between dual sensory impairment and everyday competence among older adults. *J Rehabil Res Dev*. 2006;43(6):777-92.
- Laforge RG, Spector WD, Sternberg J. The Relationship of Vision and Hearing Impairment to One-Year Mortality and Functional Decline. *J Aging Health* 1992;4:126-48.
- Tay T, Wang JJ, Kifley A et al. Sensory and Cognitive Association in Older Persons: Findings from an Older Australian Population. *Gerontology* 2006;52(6):386-94.
- Lin MY, Gutierrez PR, Stone KL et al. Vision impairment and combined vision and hearing impairment predict cognitive and functional decline in older women. *J Am Geriatr Soc* 2004;52(12):1996-2002.
- Lupsakko T, Mantjarvi M, Kautiainen H et al. Combined hearing and visual impairment and depression in a population aged 75 years and older. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17(9):808-13.
- Capella-McDonall ME. The effects of single and dual sensory loss on symptoms of depression in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20(9):855-61.

ENGLISH ABSTRACT

Møller BU, Mortensen OE. Combatting the isolation of combined sight- and hearing-impaired senior citizens. *Sygeplejersken* 2009;(1):42-5.

The main message of the article is that nurses should be aware of tracing elderly citizens with combined sight and hearing impairment. Dual sensory impairment entails an increased risk of falling, isolation, reduced quality of life and mental problems. The article contains five pieces of good advice for nurses who encounter elderly people in connection with their work and thus have the potential to act on dual sensory impairment.

Key words: Sight and hearing impairment, combined sensory impairment, prevention.

Fokus på dobbelt sansetab ved forebyggende hjemmebesøg

AF OLE E. MORTENSEN, CENTERLEDER, CAND.COMM. • ILLUSTRATION: KRISTOF BIEN

Indlægget beskriver konkrete erfaringer med en spørgeguide med fokus på kombineret syns- og høretab. Guiden er udviklet af Videnscentret for Døvblindblevne og anvendt ved forebyggende hjemmebesøg i Lejre Kommune.

Vibeke Reiter er forebyggende medarbejder og sygeplejerske i Lejre Kommune. Hun har i de seneste par år haft dobbelt sansetab som et fokusområde, når hun i sit daglige arbejde møder ældre mennesker. Hun er ikke i tvivl om, at det særlige fokus på området betaler sig, både for den ældre og for systemet omkring den ældre.

Kombineret høre- og synsnedsettelse hos ældre kan ikke forebygges i sig selv. I nogle få tilfælde kan årsagerne behandles, men ellers består indsatsen af kompensation i form af f.eks. høreapparat og andre syns- og hørehjælpemidler samt støtte i form af rådgivning og undervisning.

Syns- og høreproblemer hos ældre udvikler sig ofte over flere år og kan være svære at opdage. Det er afgørende, at indsatsen sættes ind så tidligt som muligt for at forebygge tab af funktionsevne og livskvalitet.

Vibeke Reiter har været sygeplejerske i 22 år og har udført forebyggende hjemmebesøg de sidste 10 år.

”Jeg lagde mærke til, at når ældre fik et stærkt reduceret aktivitetsniveau, hang det ofte sammen med, at de var begyndt at have svært ved at se eller høre. Når syns- og høreproblemerne indtræder, bliver deres aktivitetsniveau og sociale liv indskrænket, og det samme gør livskvaliteten,” siger Vibeke Reiter.

»»» BOKS 1. DER ER HJÆLP AT FÅ

Døvblindekonsulenterne

Den landsdækkende døvblindekonsulentordning tilbyder kommunerne hjælp til udredning og rådgivning af ældre med kombineret høre- og synsnedsettelse. Døvblindekonsulenternes rådgivning retter sig også mod de fagfolk, som er i kontakt med døvblinde. Konsulentordningens ydelser er gratis for de kommuner, som har tegnet kontrakt med ordningen. Andre kommuner betaler pr. enkelt-sag. Telefonnumre til de regionale konsulenter findes på Center for Døves hjemmeside www.cfd.dk

Kontaktpersonordningen

Ifølge servicelovens § 98 har døvblinde, dvs. mennesker med en alvorlig kombineret høre- og synsnedsettelse, ret til hjælp fra en kontaktperson. Hensigten med kontaktpersonordningen er at give døvblinde personer (også ældre) mulighed for hjælp til at bryde deres isolation og bidrage til, at de kan leve så normalt som muligt. Kontaktpersonen ansættes af kommunen og fungerer som den døvblinde persons øjne og ører i forbindelse med indkøb, fritidsaktiviteter, bankrænder, læsning af avis og post. Antallet af kontaktperson-timer afhænger af den døvblinde persons aktivitetsniveau og behov. For ældre ligger det typisk mellem fire og 10 timer om ugen. Det er den døvblinde person, som afgør, hvad timerne skal anvendes til.



Kombineret høre- og synsnedsettelse medfører alvorlig funktionsnedsettelse hos ældre. Ikke desto mindre er der mange ældre, hvis sansetab ikke opdages eller først opdages meget sent.

Vibeke Reiter forklarer: ”Mit indtryk er, at borgerne er enormt gode til at kompensere for sansetabene et langt stykke hen ad vejen. Og så tror jeg også, at den ældre selv tænker, ”jamen, det er naturligt, det er, fordi jeg er ved at være gammel, og sådan er det bare,” og så affinder de sig med det, fordi de tror, at det ikke kan være anderledes.”

Mødet på hjemmebane slører problemerne

En årsag til, at syns- og høreproblemer hos ældre ofte overses af omgivelserne, er, at den ældre bliver mødt på hjemmebane. I eget hjem kan den ældre sørge for, at betingelserne for at se og høre er optimale ved at fjerne evt. baggrundsstøj fra radio og åbne vinduer og placere den besøgende i den stol, hvor lyset og afstanden til den ældre giver de bedste muligheder for kommunikation.

Vibeke Reiter er meget opmærksom, når hun besøger en ældre:

”Jeg lægger mærke til, om det virker, som om det er vigtigt for personen, at jeg sætter mig et bestemt sted, f.eks. lige overfor og tæt på den pågældende. Det er et signal om, at vedkommende måske kan have problemer med syn og hørelse. Somme tider kan den pågældende ligefrem sige: ”Du er nødt til at sidde lige over for mig, for ellers kan jeg ikke se og høre dig,” og så er sagen klar. Men jeg synes, det er vigtigt at være opmærksom på de ting, inden selve samtalen starter.”

Den ældre er desuden vant til at færdes rundt i sit hjem og ved, hvor alting står. En synsnedsettelse kan derfor være meget mindre iøjnefaldende for besøgende, end hvis den ældre var i ukendte omgivelser.

”En årsag til, at syns- og høreproblemer hos ældre ofte overses af omgivelserne, er, at den ældre bliver mødt på hjemmebane.”

Endelig kan andre skavanker og problemer overskygge eventuelle tegn på en kombineret høre- og synsnedsettelse.

Afslørende spørgeguide

Videnscentret for Døvblindblevne har udviklet en spørgeguide til brug ved forebyggende hjemmebesøg, som vha. nogle enkle spørgsmål til den ældre afslører, om der kan være problemer med syn og hørelse. Det er spørgsmål, der sigter direkte på den ældres daglige syns- og hørefunktion, som f.eks.

- ”Har du svært ved at høre, hvad der bliver sagt i telefonen?”
- ”Har du svært ved at høre, hvad der bliver sagt til dig, når der er baggrundsstøj, f.eks. når der er flere personer til stede?”
- ”Kan du læse undertekster på tv?”

Spørgeguiden er udviklet i samarbejde med en række fagfolk og afprøvet i flere pilotprojekter.

Vibeke Reiter fortæller: ”Vi anvendte spørgeguiden gennem nogle måneder i 2006 for at øge fokus på problemerne. Igennem en besøgsrække på 45 besøg tog jeg spørgeguiden frem, når jeg mente, at der kunne være et problem. Det skete otte gange, og i fire tilfælde afslørede spørgsmålene, at der var tale om kombineret høre- og synsnedsettelse. Disse fire personer blev efter eget ønske henvist til besøg af en døvblindekonsulent, så de kunne få den rådgivning og de hjælpemidler, de har brug for” (se boks 1 side 46).

Dement eller syns- og hørehæmmet?

Undersøgelser viser, at der er en øget forekomst af kognitive problemer hos ældre med kombineret høre- og synsnedsettelse. Men ældre med kombineret høre- og synsnedsettelse risikerer ofte at blive misopfattet som kognitivt svækkede. Det har Vibeke Reiter et eksempel på:

”En dame på 94 år var lige flyttet i en ny bolig. Uden at nogen var klar over det, blev synet pludselig meget dårligt, og efter at hun i starten fint kunne finde rundt, var hun nu helt rum- og retningsforstyrret. Plejegruppen var begyndt at tro, at hun var blevet meget hukommelsessvækket eller ligefrem de-

ment, men da jeg besøgte hende, viste det sig, at det var, fordi hun ikke kunne se og høre ordentligt længere. Hun var ganske enkelt blevet helt forvirret, fordi hun ikke kunne orientere sig. Så blev døvblindekonsulenten involveret, og hun kunne bl.a. informere personalet om, hvordan de bedst kommunikerede med hende og hjalp hende i det daglige.”

Vibeke Reiter er gået over til kun at bruge nogle af spørgsmålene fra guiden og i øvrigt at bruge den opmærksomhed på syns- og høreproblemer, som hun har fået ved at anvende den.

”Det er noget med at finde ud af, hvilke spørgsmål der er gode til at sætte fokus på en bestemt situation, og det er jo lidt forskelligt fra person til person, hvor de er henne i livet, og hvor dårligt de ser og hører,” forklarer hun.

Spørgeguiden kan downloades til eget brug på Videnscentret for Døvblindblevnes hjemmeside www.dbcent.dk Videnscentret kan tilbyde hjælp i forbindelse med lignende opsporingsarbejde ved de forebyggende hjemmebesøg i andre kommuner.

*Ole E. Mortensen er centerleder på
Videnscentret for Døvblindblevne;
oem@dbcent.dk*

Vibeke Reiter kan kontaktes på vire@lejre.dk

))) ENGLISH ABSTRACT

Mortensen OE. Focus on dual sensory impairment during preventive home visits. *Sygeplejersken* 2009;(1):46-7.

The article describes a health visitor's experiences with an interview guide developed by the Danish Information Centre for Acquired Deafblindness. The purpose of the guide is to track elderly citizens with combined sight and hearing impairment in order to give them optimal help and support. In this way the elderly citizens can avoid isolation and reduced functionality.

Key words: Combined sight and hearing impairment, interview guide, preventive home visits.

Sammenhængen mellem tryghed og social kapital - en udfordring i alderdommen

AF GUNNAR OLESEN, CAND.SCIENT.POL., JENS RUDBECK, CAND.SCIENT.SOC., PH.D., OG JØRN STØVRING, CAND.SCIENT.POL. ET MAG.

Artiklen henvender sig til sygeplejersker, som yder sygepleje til gamle og skrøbelige mennesker. Hovedbudskabet er, at sygeplejersker skal tænke netværk og social kapital ind i sygeplejen for at fremme tryghed. Artiklen er baseret på et forskningsprojekt med både kvalitative og kvantitative data.

En grundlæggende tryghedsfølelse er en væsentlig parameter for menneskers evne til at håndtere de udfordringer, som sygdom, aldring og institutionsanbringelse repræsenterer. Forståelse for, hvilke faktorer der påvirker trygheden, er således af sygeplejefaglig interesse.

En aktuell undersøgelse af danskernes tryghed udført af RUC-forskere for Trygfonden har belyst sammenhænge mellem tryghed og social kapital (1). Resultaterne tyder på, at der er grund til at lægge betydelig vægt på eksistens og kvalitet af patientens netværk ved planlægningen af den sygeplejemæssige indsats.

Undersøgelsen havde til formål at belyse sammenhængen mellem danskernes tryghed og sociale kapital, dvs. sociale netværk spændende fra den nærmeste, kernefamilien, over venner og kolleger til foreninger og idébetonede tilhørsforhold, f.eks. politiske eller religiøse fællesskaber, set i kombination med netværkenes ressourcer og pålidelighed.

Definition på social kapital

Begrebet social kapital har fundet stigende anvendelse i samfundsvidenskaberne i de senere år. Det er ofte defineret som summen af tillidsrelationer mellem mennesker (familie og civilsamfund) samt mellem borgere og myndigheder. Omfattende internationale undersøgelser har påvist klare sammenhænge mellem graden af social kapital og faktorer som folkesundhed, tilfredshed og god regeringsførelse (2,3,4).

Et centralt element i denne undersøgelses definition af tryghed var, at man ikke alene skulle indgå i tillidsbaserede sociale netværk, men at netværkene også var stærke nok til, at man kunne regne med hjælp, når der var brug for det. Det være sig i form af vigtig information, dækning af sociale behov, hjælp ved sygdom, emotionel eller økonomisk støtte under kriser eller mht. oplevelse af sikkerhed i nærområdet. Tilgangen var således realistisk ved at forholde sig kontant til værdien af social kapital i lighed med økonomisk kapital.

Nogle af de ovennævnte behov kan velfærdsstaten dække for én, men de fleste kræver ét eller flere fungerende netværk. Tryghed i denne forstand ligger tæt op ad, hvad der også betegnes som tilfredshed, livskvalitet eller lykke.

Undersøgelsen relaterer således til sygeplejefaglig litteratur, hvor tryghed ud fra et behandlingsmæssigt synspunkt typisk knyttes til patienters adgang til ressourcer og evne til at mestre situationer (5) samt til betydningen af, om sygdommen er begribelig, håndterbar, og om patienten oplever en mening med livet (6).

Kvalitativ og kvantitativ metode i kombination

Hovedundersøgelsen kombinerer kvalitativ og kvantitativ metode og blev gennemført ved interview med syv fokusgrupper på hver 8-11 personer. Grupperne var udvalgt til at repræsentere social spredning i Danmark. De syv grupper bestod af:

- 1) Ældre, Gladsaxe
- 2) Midaldrende kunstnere, Nørrebro
- 3) Midaldrende, villakvarter, Slagelse
- 4) Midaldrende indvandrere, Roskilde
- 5) Unge studerende, Vesterbro
- 6) Yngre, Greve
- 7) Socialt Udstødte.

Desuden blev der foretaget en spørgeskemaundersøgelse omfattende 737 personer i Roskilde Kommune, der minder om dansk sociologisk gennemsnit. Materialet dækker alder, indkomst, tryghedsoplevelse og en kategorisering af respondenternes sociale netværk.

I tilfælde af tvivl om fortolkning blev der foretaget opfølgningsinterview. I den samlede analyse er de kvalitative resultater anvendt som støtte til supplerende og nuancerende fortolkning af de kvantitative resultater.

Endelig blev der gennemført en supplerende analyse af tryghed og utryghed blandt institutionsanbragte mennesker på baggrund af fokusgruppeinterview kombineret med eksisterende litteratur.

Undersøgelsens formål er primært indikativ. Den tjener til at fremkomme med begrundede antagelser om sammenhænge mellem oplevet tryghed og social kapital.

I det følgende refereres de generelle resultater kort, hvorefter der fokuseres på de udfordringer mod trygheden, som fremkommer af aldring, sygdom og institutionsanbringelse. I det konkluderende afsnit diskuteres den mulige sygeplejefaglige betydning af resultaterne.



FOTO: ISTOCK

Resultater

Resultaterne er ret positive vedrørende danskernes tryghed, når befolkningen inddeles i fire grupper, nemlig dem med:

1. Stor tryghed, som indgår i flere ressourcestærke netværk, de kan regne med (59 pct.).
2. Middel tryghed, som har ét stærkt netværk eller flere mindre stærke (25 pct.).
3. Begrænset tryghed, som kun har ét netværk, der ikke er alt for stærkt (11 pct.).
4. Manglende tryghed, som er ensomme, og hvis velfærd afhænger af den offentlige indsats (5 pct.).

Det vigtigste netværk er for de fleste også det nærmeste: Ægtefællen/partneren og den øvrige nære familie. Dernæst er det i nævnte rækkefølge venner, kolleger, dem man deler interesser med og fjernere familie. Men har man ikke nogle af disse netværk, rykker de andre selvsagt frem i betydning.

Det forholder sig dog anderledes med en indvandrergroupe, hvor familien i form af slægten har størst betydning, og hvor venskabsrelationer primært opbygges i forhold til familie og slægt frem for i forhold til kammerater.

Det er værd at bemærke, at over et niveau på 200.000 kr. synes husstandsindkomst ikke at have nogen identificérbar rolle for fordelingen i tryghedshierarkiet. Groft sagt er social kapital altså mere vigtig for trygheden end økonomisk kapital i alle andre økonomiske kategorier end lavindkomstgruppen, hvor manglende tryghed er klart overrepræsenteret.

Tryghedshierarkiet

Konklusionen synes at være, at det står ganske godt til med danskernes tryghed, hvad der harmonerer med gentagne internationale undersøgelser, hvor danskerne udpeges til verdens lykkeligste folk. Ikke kun pga. velfærdsstaten, men også pga. individernes egen sociale kapital, hvor det måske spiller en rolle, at Danmark er foreningernes land – eller med et mere moderne udtryk, vi har tradition for at netværke.

Der er dog også i Danmark en befolkningsandel inden for alle aldersgrupper med begrænset eller manglende tryghed. Den repræsenterer dels den minoritet af udstødte, som aldrig har fået opbygget solide netværk, dels dem som er ramt af alvorlig sygdom og ægtefælles død, hvad der kan ryste en person og dennes netværk. Desuden kan sociale begivenheder

”Et centralt element i denne undersøgelses definition af tryghed var, at man ikke alene skulle indgå i tillidsbaserede sociale netværk, men at netværkene også var stærke nok til, at man kunne regne med hjælp, når der var brug for det.”

”Som hovedregel besøger familiemedlemmer deres plejehjemsanbragte relativt hyppigt. Derimod er det ikke ofte, at venner eller tidligere arbejdskammerater kommer på besøg.”

» som skilsmisse, fyring og økonomisk fallit gå voldsomt ud over netværkene. Når sådanne udfordringer materialiserer sig, er der risiko for at falde ned igennem grupperne i trykshierarkiet.

Aldring kan reducere tryghed

For mange har aldringen en tendens til at reducere social kapital og tryghed. Billedet er dog nuanceret, idet den mest trygge aldersgruppe er de 60-70-årige. Efter de 70 år begynder det at gnave i den sociale kapital, og efter 80 år accelereres effekten heraf, så et flertal af undersøgelsens deltagere over 80 år oplever et fald i trykshierarkiet. Beherskelse af moderne kommunikationsteknologi, e-mail, internet og mobiltelefon som et middel til øget kontakt og sikkerhed synes at have positiv betydning for trygheden hos ældre mennesker. Disse resultater er i overensstemmelse med og præciserer Ældre Sagens omfattende undersøgelse af ældres forhold (7).

Undersøgelsen giver dog ikke belæg for nogen direkte, lineær sammenhæng mellem social kapital og tilfredshed med livet hos ældre. Materialet understøtter, at de to størrelser er forbundne, men tyder på forekomst af mellemliggende variable.

To grupper ældre (hver på ni personer) havde således en nogenlunde identisk fordeling mht. køn, indkomst og alder og var begge præget af dårligt helbred og alvorlig sygdom. Personerne i den første gruppe oplevede stor til middel tryghed og havde trods alt betydelig tilfredshed med deres tilværelse, mens den anden gruppe oplevede manglende tryghed og lav tilfredshed med tilværelsen. Supplerende interview indikerer en sammenhæng i retning af, at nogle ældre mennesker opretholder en subjektiv trykshedsfølelse trods vanskelige vilkår, tilsyneladende ikke så meget baseret på den aktuelle situation som på, hvad man kunne kalde deres erfarings- eller erindringstid, renterne af deres tidligere sociale kapital.

Sygdom og plejehjem udfordrer trygheden

En fokusgruppe behandlede betydningen af den sociale kontekst for tryghed, når man er ramt af alvorlig sygdom eller svækkelse, hvor skabelsen af social kapital bliver svær, og man overgår fra at være producent til forbruger af social kapital. Social kapital skabes overvejende, når mennesker interagerer frit i et lige bytte, som f.eks. når venner på skift inviterer hinan-

den til middag. Sygdom og svækkelse reducerer mulighederne for denne interaktion.

Såvel for syge i eget hjem som ved udskrivning fra hospital berøres identiteten ikke for de trygge, som er dem, der har en social kontekst, der kan reetableres. Utrygge patienter har ikke denne kobling. De udtrykker typisk oplevelse af uhåndterbare forhold, krise i tilhørsforhold og manglende tilfredshed med tilværelsen.

Af en undersøgelse bl.a. baseret på gennemgang af journaler for udskrevne hospitalpatienter (8) fremgår, at det er afgørende for patienter at komme tilbage til den sociale ramme, rutiner i hjemmet og mulighed for at dyrke deres interesser ved hjemkomst fra hospital efter alvorlig sygdom. Disse tilhørsforhold reetablerer den sociale kontekst og gør det muligt for patienterne at føle tryghed.

Vennerne forsvinder

Resultater fra fokusgruppeinterview med beboere og personale på et plejehjem tyder på, at den sociale kapital logik fortsat gør sig gældende for beboerne. Som hovedregel besøger familiemedlemmer deres plejehjemsanbragte relativt hyppigt. Derimod er det ikke ofte, at venner eller tidligere arbejdskammerater kommer på besøg. De ydre netværk er mindre stabile, også af den enkle årsag at familien fornyer sig, mens de jævnaldrende gradvist afgår ved døden eller svækkes. Som regel er det således en familiemæssig social kapital, der kan forbruges til sidst i livet, hvorimod den, som kan være oparbejdet gennem et langt livs deltagelse i f.eks. foreningslivet, ikke overlever udfordringerne i de seneste livsfaser.

For de demente plejehjemsbeboere udfordres identiteten, idet erindringen om, hvem man er eller var, glider ud, og gamle tilhørsforhold svækkes, mens man oplever en ny social kontekst, hvor andre beboere og personale er vigtige aktører. Også for de demente er det sidste, de glemmer, imidlertid familien – selv hos svært demente er dette tilhørsforhold en sidste line tilbage. I svære tilfælde, men sjældent, brænder den familiemæssige støtte også ud på grund af det over-skud, det kræver fortsat at relatere til en person, som ændrer personlighed og kan reagere aggressivt.

Fra individuel mestring til tillid til andre

I sygeplejefaglig litteratur er der naturligt nok fokus på individet. Denne undersøgelse har taget udgangs-

punkt i den sociale kontekst for tryghed. Hvor vægten i sygefaglig litteratur ligger på mestring, bygger tilgangen her på afprøvet tillid/social kapital. Forskellen er vigtig, da man i tillidsrelationen afgiver beslutningskontrol til en anden i en behovssituation, hvorimod mestring udøves af individet selv. Mestring kunne indebære, at en udskrevet patient selv er i stand til at opsøge social kontakt f.eks. ved at deltage i et arrangement, som andre afholder, mens fungerende social kapital indebærer, at andre sørger for den udskrevnes sociale kontakt ved at komme på besøg.

Hvor der ikke er noget modsætningsforhold mellem de to tilgange, peger resultaterne dog i retning af, at betydningen af den eksisterende sociale kapital næppe kan overdrives i forbindelse med, hvilke støt-teforanstaltninger syge eller hjemsendte har behov for. Ved eksempelvis udskrivning efter kræftbehandling fra hospital synes det afgørende således ikke at være, om patienten selv kan mestre situationen, men om patientens familie kan.

Lommer af teknologisk svage ældre

I den udstrækning, man lægger vægt på den sociale kapital betydning, vil det selvsagt være naturligt at se eventuelle mangler som en udfordring til tilvejebringelse af mulige kompensatoriske foranstaltninger. Afgørende for trivsel hos personer med manglende tryghed og uden substantiel social kapital, hvis beskedne andel af befolkningen vokser, når man kommer højt op i alderen, synes således at være kompensatoriske foranstaltninger, som i praksis kan dreje sig om beskyttede boliger eller, ultimativt, plejehjemsanbringelse. For i øvrigt velfungerende personer med svag social kapital kan peges på hjælp til at beherske forskellige ældrespecifikke måder at skabe social kapital på (f.eks. luftning af husdyr). Informationsteknologiens indtog i samfundet har efterladt lommer af teknologisk svage ældre, og der foreligger en væsentlig udfordring i udvikling af ældretilpasset teknologi for internet (store bogstaver!) og mobiltelefon.

Vægten på den sociale kapital betydning kan siges at være af en noget deterministisk karakter, da såvel kapitalen selv som dens eventuelle senere renter i form af et ressourcerigt erindringsliv er noget, man kan have været så heldig at skaffe sig i sine aktive, raske år, mens det som hovedregel i dag er sværere, når man er blevet gammel og/eller alvorligt syg.

Man kan udlede, at det betaler sig at hæge om sin sociale kapital, tage den alvorligt og pleje den, da det åbenbart er med trygheden som med lykken, den er hverken gods eller guld, når først man allerede har en smule gods og guld, vel at mærke. I forlængelse af denne tankegang ser det ud, som om ens muligheder for at mestre aldringens og sygdommens udfordringer afhænger ganske meget af den opsparede sociale kapital fra det liv, man har levet.

Man skal selvsagt ikke drage for firkantede konklusioner af en undersøgelse som den her refererede. Som nævnt behandler den således betydningen af social kapital i en konkret, realistisk forstand, ikke den mere vidtgående betydning, som etiske, religiøse og politiske tilhørsforhold kan udgøre. Sådanne tilhørsforhold kan have stor betydning for den faktor, som også fremhæves som betydningsfuld for mestring i sygeplejelitteraturen, nemlig den gave det er at kunne se en mening med ens liv, uanset hvordan det arter sig, og uanset om den konkrete sociale kapital måske er ringe.

*Gunnar Olesen og Jørn Støvring
er eksterne lektorer
og Jens Rudbeck adjunkt ved
Institut for Samfund og Globalisering,
Roskilde Universitetscenter;
gunnar@olesen.mail.dk*

Litteratur

1. Rudbeck J, Støvring J. Den sociale kontekst for tryghed og utryghed, Trygfonden 2008. (Her forefindes oversigt over bl.a. det statistiske materiale, som ligger til grund for den kvantitative del af denne undersøgelse). Undersøgelsen er tilgængelig på www.trygfonden.dk > Om tryghed > Tryghed og sociale netværk
Undersøgelsen kan downloades nederst på siden.
2. Helliwell JF. Social Capital, the Economy and Well-Being. New York. 2005. Tilgængelig på www.google.com > social capital, the economy and well-being
3. Putnam RD. Bowling alone, New York. New York, Simon & Schuster; 2000.
4. Putnam, RD, Helliwell J F. The social context of well being. Philosophical Transactions of the Royal Society B 2004. Tilgængelig på: www.google.com->the social context of well being

Enestuer kan medføre utryghed

Mange vil foretrække at få tildelt en enestue under en indlæggelse, og en øgning af antallet af enestuer er mange steder et sundhedspolitisk mål. Men, især når det gælder ældre og børn, kan der sættes spørgsmålstegn ved, om enestuer er til patientens bedste. Ifølge Nursing Times er de positive erfaringer med enestuer relateret til patientens søvn, pårørende-kontakt, privatliv, infektionskontrol og personalets arbejdsvilkår. Men enestuer kan også medføre social isolation, ensomhed og utryghed, ligesom enestuer potentielt kræver en høj personalenormering og specifikke faglige kompetencer. Da enestuer tillige er omkostningstunge, og der aktuelt ikke eksisterer konkret viden om, hvorvidt fordelene rent faktisk overstiger ulemperne, skal et helt nyt projekt, "Single Room Pilot Ward", på The Hillingdon Hospital i London afklare dette.

Læs artiklen "Single rooms – a blueprint for better care?" Nursing Times; 104:45, 14-16 og følg projektet på Hillingdon Hospitals hjemmeside www.thh.nhs.uk > About Us > Redevelopment > Single Room Pilot Ward

(er)

Fra én til to om at modtage en patient

Det kan være en tidsrøvende opgave at tage imod en ny patient, og det er ikke altid en populær opgave, hvis sygeplejersken samtidig har en gruppe andre patienter at tage sig af. I "American Journal of Nursing", nr. 11/08 beskriver to sygeplejersker i artiklen "Team Admission: Changing the Way We Work", hvordan de forenkede indlæggelsesproceduren med øget jobtilfredshed og mere direkte patientpleje som en følge.

Ændringen bestod i, at en ny patient fremover blev modtaget af to personer frem for én. Desuden blev en farmaceut koblet på med det samme, og denne tog sig herefter af medicinering og opfyldning af et specielt medicinskab på stuen. De 14 stykker papir, som tidligere skulle udfyldes, blev erstattet af en bærbar computer, og endelig begyndte sygeplejerskerne at anvende walkie-talkier, så de med korte kommandoer kunne bede hinanden om hjælp.

"Hvad med omsorgen?" vil en dansk sygeplejerske måske udbrude. Den bliver der mere tid til. Og walkie-talkie-snak foregår via en øresnegl, så patienterne bliver forstyrret mindst muligt. Efter ændringen af indlæggelsesproceduren kan den udføres på i gennemsnit 24 minutter mod tidligere ca. 90 minutter.

(jb)

Svar på Testen side 41

- 1: a. Ved impulsiv type har man problemer med at kontrollere sine impulser og følelser. Ved borderline har man desuden problemer med at bevare et nært forhold til andre mennesker.
- 2: b.
- 3: a. Tidligere kaldt psykopati.
- 4: a. Tidligere kaldt hysterisk neurose.
- 5: a. Man er ikke paranoid, men de karakteristiske personlighedstræk gør, at man har større risiko end normalt for at få vrangforestillinger.

Kilder: Bertelsen A, Jørgensen OS. Psykiatrisk ordbog. København. Hans Reitzels Forlag. 2000. Netpsykiater: www.netpsykiater.dk > Ordbog

"Man kan udlede, at det betaler sig at hæge om sin sociale kapital, tage den alvorligt og pleje den."

5. Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E (red.) Grundlæggende Sygepleje 3, København, Munksgård, 2006.
6. Antonovsky A. Health, Stress and Coping, New Perspectives on Mental and Physical Well-Being. San Francisco: Jossey Bass; 1979.
7. Lyhne J. Nye tider – nye ældre, Ældre Sagens Fremtidsstudie, København, Ældre Sagen; 2006.
8. Marianne Linnert Rasmussen. Det gode udskrivningsløb. Hvilke faktorer har betydning for, om patienten oplever tryghed/utryghed i forbindelse med udskrivelse fra hospitalet. Kvalitetsudviklingsprojekt, Københavns Amtssygehus, Herlev; 1998, upubliceret. Fås ved henvendelse til forfatteren på e-mail: ML@syrisk.dk

>>> ENGLISH ABSTRACT

Olesen G, Rudbeck J, Støvring J. The correlation between security and social capital – a challenge of old age. Sygeplejersken 2009;(1):48-52.

A study has elucidated connections between the Danes' sense of security and their social capital, i.e. social networks and the reliability of same. International studies frequently nominate the Danes as one of the world's happiest peoples. The question is whether this can be accredited to the welfare state.


The study suggests that the Danes' individual social capital is also in good shape, in that more than half the population has efficient networks (family, friends, etc.) And one quarter have one strong network. Above a certain minimum, there is no correlation between social and financial capital, and social capital is more important as far as well-being is concerned.

Sickness, social events and ageing/decline can reduce social capital. Old people's lack of ability to use modern communications technology augments this.

There is therefore good reason to attach considerable importance on the existence and quality of a patient's network when planning their nursing care. Compensatory measures, which in practice may be sheltered housing and ultimately room at an old people's home, thus seem to be crucial for people without substantial social capital.

Key words: Social capital, networks, happiness, old age.

Tak til forfatteren, fordi hun vil lukke os ind i sin verden

 Bogen er en personlig beretning om at blive alvorligt syg og se døden i øjnene. Fokus i bogen er: "Hvordan kan jeg tage ansvar for eget liv og skabe nærvær og kontakt med de nærmeste, så udveksling af tanker og følelser er mulig i en svær periode?" Det er lykkedes Susan Binou at skrive en håndbog til kræftpatienter, som oplever problematikken med at få en alvorlig sygdom, mens de har små børn og er midt i et aktivt liv. I bogen er der inspiration at hente til, hvordan man kan få omorganiseret sit liv, så der både er plads til familie, arbejde og behandling.

Da Susan Binou er 42 år, får hun konstateret kræft i endetarmen med indvækst i det omkringliggende væv. Fra diagnosen bliver stillet og halvandet år frem skriver hun dagbog og samler alle de informationer, hun har brug for. Hun er mor til fire børn i alderen to til 19 år. Optegnelserne hjælper hende med at holde fast i livet og bevare håbet. Første del af bogen er udpluk fra dagbogen suppleret med pårørende og behandles beskrivelser af tanker og overvejelser i forbindelse med Susans sygdom. I Susan Binous familie er der meget nærhed og åbenhed, hun har selv usædvanligt stort livsmod og megen energi på trods af sygdom og behandling. De pårørendes beretning om forløbet viser, at der også har været svære dage i Susan Binous sygdomsforløb.

I anden del af bogen har forfatterne fået forskellige fagfolk til at skrive artikler om de temaer, der er beskrevet i første del af bogen. De skriver bl.a. om at være pårørende, om at miste, omsorg for børn som mister forældre, om at være kræftpatient, og hvad sygeplejersken har brug for, når hun ønsker at hjælpe kræftpatienten bedst muligt.

Susan Binou er et fint eksempel på "den nye patient", hun undersøger alting på nettet, søger hjælp i sit personlige netværk, finder den bedste kirurg, bruger både det etablerede behandlingssystem og alternativ behandling, hun har en åben og klar kommunikation og forventer, at behandlere og plejepersonale ved mere, end hun selv gør, og at de er empatiske og omsorgsfulde. Det er ikke altid, hendes forventninger opfyldes.

Susan Binous beskrivelse af sit sygdomsforløb rummer mange gode data som sygeplejestuderende og social- og sundhedsassistentelever kan blive klogere af at læse. De ser patienterne så kort på sygehuset, kan dårligt selv nå at samle viden om et sygdomsforløb og får sjældent det samlede billede med, hvor pårørendes tanker og følelser også er beskrevet.

Så tak til forfatteren, fordi hun vil lukke os ind i sin verden og forsyne os med væsentlige informationer om at være kræftpatient. Hendes beretning rummer flere informationer, end en spørgeskemaundersøgelse ville kunne frembringe.

Af Berit Fekkes, psykoterapeut, MPF, og sygeplejerske.



Susan og Alan Binou

Mor, må jeg få din pc, hvis du dør?

Forlaget Ceoneo Books 2008

226 sider – 229 kr.

ISBN 978-87-92348-00-5

Kognitiv Center Fyn



Kognitiv Center Fyn udbyder i 2009-2010:

Intensivt Mindfulness-kursus Trin 1 og Trin 2 - med 2 undervisere.

4-dages kursus i Kognitiv Mindfulness Meditation – nyeste evidensbaserede metode inden for den kognitive tradition. En form for opmærksomhedstræning, hvor man opøver evnen til at være til stede i nuet. Anvendes til kroniske smerter, stress, angst og depression.

Trin 1 A: 26.-27/3-2009 + 4.-5/5-2009, internat. Tilmeldingsfrist: 1. marts 2009.

Trin 1 B: 17.-18/9-2009 + 29.-30/10-2009, internat. Tilmeldingsfrist: 15. juli 2009.

Formål: At lære metoden og bruge den på sig selv.

Trin 2: 18.-19/11-2009 + 25.-26/1-2010 internat. Tilmeldingsfrist: 15/9-09.

Formål: At lære at træne/lave kurser for andre – for deltagere m. erfaring m. Mindfulness svarende til trin 1.

Pris pr. kursus: Kr. 7.030 inkl. fuld forplejning, ophold og 2 undervisere.

Grunduddannelse, niveau 1, i Kognitive Behandlingsformer

14-dages grundkursus i kognitive behandlingsformer. Opstart Grund A: 7/9-2009
Opstart Grund B: 14/9-2009

Videreuddannelse, niveau 2, i Kognitive Behandlingsformer.

14-dages videreuddannelse i kognitive behandlingsformer (personer som i forvejen har et vist kendskab til kognitiv behandling.). Opstart 1/9-2009

Sidste tilmeldingsfrist for Grund- og Videreuddannelser: 1. juli 2009.

Pris: Kr. 14.900 pr. uddannelse (inkl. forplejning).
Sted: Fisketorvet 4-6, 10., Odense.

Tilmelding og yderligere oplysninger af kursusindhold se:

www.kognitivcenterfyn.dk eller kontakt sekretær Yvonne på tlf. 5124 0450, tlf.tid onsdag og fredag kl. 9-13 / mail: yw@kognitivcenterfyn.dk



English is my best

... og for nogle er det også godt nok. Men **i kontekst** sikrer et sprog, der matcher din høje faglige standard. Udnyt vores store erfaring med oversættelse, sprogrevision og -undervisning inden for sygepleje og medicin.

... yderst kvalificeret og seriøst, med stor respekt for sprogets nuancer.
Charlotte Delmar, Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje

...et rigtig godt kursus; ...stort udbytte af udtalevejledning; ...fin feedback på skriftligt arbejde. Deltagere i ph.d.-kursus i Health Communication

Se flere referencer og få sproglig hjælp på
www.ikontext.dk
mail@ikontext.dk - Tlf. 2990 5347

**Mange kan oversætte
– vi kan skrive engelsk**

5 FAGLIGE MINUTTER SKRIVES PÅ SKIFT AF JETTE BAGH, EVY RAVN OG EN GÆSTEKLUMMIST



Eva Hoffmann er 36 år og har været ansat på UC Syd, Sygeplejerskeuddannelsen, siden 2001. Hun blev lektor i 2008. Eva Hoffmann er uddannet sygeplejerske fra den Sønderjyske Sygeplejeskole i 1996. Herefter arbejdede hun i fem år på parenkymkirurgisk afdeling på Sønderborg Sygehus. Eva Hoffmann har en diplomuddannelse i sygepleje fra 2001, hun blev master i klinisk sygepleje i 2006 og certificeret coach i 2008.

Indpakningen er ikke ligegyldig

Efter lange overvejelser er kagen nu valgt, og jeg peger forventningsfuldt på de to flødekager, som jeg vil have med hjem til eftermiddagskaffen ... Min forventningsfulde trang til søde sager afløses dog hurtigt af skuffelsen over at se, hvorledes min bestilling bliver modtaget og ikke mindst udført. Slukøret følger jeg bagerpigens dovne bevægelser, da hun uden større indlevelse eskorterer de to kager fra glasmontren over i den foldede papæske. Med et træt blik og afskallede røde negle formår pigen bag disken at gøre mit kageindkøb til en sand skuffelse. Herregud, tænker den ikke så sarte læser måske: Kagen smager da godt alligevel. Men gør den nu også det? Jeg vil mene, at den samlede "jæg-køber-en-kage-med-hjem-til-kaffen-oplevelse" ville have været betydelig bedre, hvis den havde været båret frem af en lille smule venlighed og en stor portion sanselighed. Sådan er det også med sygeplejen til patienter, som ikke bare kan vælge en anden bager eller suse hjem og mikse pladekagen selv.

I en artikel om assisteret spisning i *Sygeplejersken* nr. 24/2008 beskrives det, hvordan æstetikken og det sanselige spiller en afgørende rolle for deltagerne i *Bente Martinsens* fænomenologiske undersøgelse af rygmarvsskadedes oplevelser med at få hjælp til at spise. Et måltid er ikke bare et spørgsmål om at blive mæt, men lige så meget et spørgsmål om sanselighed og oplevelsen af at blive mødt som menneske. Patienterne ønsker at opleve, at de skal spise og ikke spises af.

Æstetikken har det med at træde tydeligst frem, når den ikke er til stede, og B.T.s fotos fra møgbeskidte patientstuer med blod og afføring på væggene giver os alle kvalme og minder os om, at hygiejne er mere end mikrobiologi. Mangel på æstetik

sender nemlig signaler – signaler om mangel på engagement, ansvarlighed og indlevelse – og efterlader patienten med en oplevelse af at være ligegyldig. Rigtig mange situationer i sygeplejen er tabubelagte, ydmygende og grænseoverskridende for patienten, men med en sanselig og æstetisk tilgang til den pleje, som vi tilbyder, kan vi som sygeplejersker være med til at bløde op og tage brodden af bare nogle af patientens sorger og lidelser.

Fra min tid på en parenkymkirurgisk afdeling med speciale i oplæring af patienter med nyanlagte stomier, husker jeg *Birgit*, som med sin helt unikke sans for det æstetiske i plejen kunne "sælge en stomipose" til patienten, som var det den mest vidunderlige silkechemise fra lingerieafdelingen i Magasin. Måden, hun kunne røre ved stomiposen, ordene, hun kunne bruge, og hendes egen fremtoning kunne få selv den mest afvisende og frustrerede patient til at åbne op for dette nye og ikke særlig flatterende livsvilkår. Om det var måden, Birgits fingernegle var filede på, hendes blide stemme, rolige bevægelser, eller om det var farven på hendes læbestift, ved jeg ikke, men et eller andet særligt var der.

Således inspireret af både Birgits særlige salgstalent og Guldbagerens trætte bagerjomfru vil jeg næste gang, jeg serverer information eller aspargessuppe, give lavement eller smertestillende, sørge for at rette lidt på smilet, rense neglene og skrue lidt op for lyset i øjnene.

Eva Hoffmann

redaktionen@dsr.dk