

SUNDHEDSFARLIGE DEMONSTRATIONER • 46 MILLIONER AMERIKANERE UDEN SUNDHEDSFORSIKRING

SYGGEPLEJERSKEN

PERSPEKTIV

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR. 8 » 17. APRIL 2009 » 109. ÅRGANG

KORT NYT

**Økonomisk gulerod skal
lokke modne studerende**

**Klokken er fire, nu
skal du vaskes**



FÆTTER-KUSINE-ÆGTESKABER

BØRNENE

BETALER PRISEN

STILLE INTENSIVDELIRIUM ER ET OVERSET FÆNOMEN • KAMPEN OM DEN SYGGELEJEFAGLIGE IDENTITET

DET KAN DU LÆSE I DETTE NUMMER AF SYGEPLEJERSKEN:

FÆTTER-KUSINE-ÆGTESKABER

BØRNENE BETALER PRISEN

Op mod en tredjedel af de nyfødte børn, der følges på Rigshospitalets ambulatorium for medfødte stofskiftelidelser, kommer fra etniske minoritetsfamilier.

En af forklaringerne er, at de er børn af fætter-kusine-ægteskaber. Børnene lider af mange forskellige typer sygdomme, som f.eks. fejludviklede organer eller sygdomme, hvor knoglerne ikke udvikler sig eller vokser. De fleste sygdomme skyldes fejl i stofskiftet. Der er stort behov for mere målrettede kampagner rettet mod forældrene og de unge, inden de gifter sig, lyder budskabet fra sygeplejersker, der arbejder med etniske minoriteter.



LÆS SIDE 14

FORSIDEFOTO: SOPHEN HOLM

24 Sundhedsfarlige demonstrationer

To sygeplejersker kritiserer politiet for unødvendig magtanvendelse over for demonstranter, og de mener, at ordensmagtens fremfærd udgør en sundhedsfare. De har oprettet et frivilligt førstehjælpskorps, der rykker ud ved demonstrationer.

29 Ud med sproget – Farvel og tobak

Forskningschef ved Statens Institut for Folkesundhed Morten Grønbaek undrer sig over, hvorfor det ikke er forbudt at sælge tobak, når 280.000 danskere vil dø før tid i løbet af de næste 40 år pga. rygning.



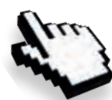
30 Udsyn – Obamas store udfordring

46 millioner amerikanere lever uden sundhedsforsikring, og det har kolossale økonomiske og sociale omkostninger. Men hvis præsident Obamas plan for at ændre sundhedssystemet kommer gennem det politiske system, vil mange amerikanere få en tryggere tilværelse.



www.sygeplejersken.dk

- Søg i artikelarkivet
- Find manuskriptvejledninger
- Skriv en kommentar til noget, du har læst i Sygeplejersken.



>>> FAG

Stilhed før storm

Når patienten på intensivafdelingen ligger stille og roligt i sin seng, tolker sygeplejersken det umiddelbart som tegn på, at alt er vel. Men sådan behøver det ikke at være. Måske udspiller der sig et frygteligt mareridt i patientens hoved, en tilstand, der går under betegnelsen stille intensivdelirium. Det er en pinefuld tilstand for patienten. Læs mere om, hvordan tilstanden identificeres og behandles.

LÆS SIDE 42

FAG

48 Børn med læbe-gane-spalte trives

Børn med læbe-gane-spalte er ikke indlagt længere i forbindelse med fødslen end andre nyfødte, og deres vækst afviger ikke negativt i forhold til almindelige børns.

54 Kampen om den sygeplejefaglige identitet

Hvorfor er det så vanskeligt for sygeplejersker at skabe sig en tidssvarende professionsidentitet? Både i og uden for faget er der behov for en fornyelse af diskursen om sygeplejerskens professionsidentitet.



”Måske var det ikke kun løgene, der fik øjnene til at løbe i vand. Manden og præsten var et usædvanligt menneske, der havde fået usædvanligt meget ud af livet og egentlig også af dets afslutning. Og det blev fabelagtigt formidlet uden piberi, sentimentalitet eller tungsind.”

LÆS 5 FAGLIGE MINUTTER SIDE 60



”Frustrationerne hos barnet og den voksne bliver større og større og risikerer at låse alle fast i en negativ spiral, hvor det er svært at finde på nye og mere konstruktive tanker og handlinger. Der opstår negative følelser for og forventninger til hinanden. Bitterhedens trædemølle er sat i gang.”

LÆS ANMELDELSERNE SIDE 59

I HVERT NUMMER

- 6** Eftertanker
- 6** Kort nyt
- 34** Dansk Sygeplejeråd mener
- 35** Debat
- 37** In memoriam
- 40** Fagtanker
- 40** Faglig information
- 47** Agenda
- 58** Testen
- 59** Anmeldelser
- 60** 5 faglige minutter
- 61** Stillingsannoncer
- 68** Kurser/Møder/Meddelelser

Piben har fået en anden lyd

Ryger du? Det gør jeg ikke, og det kan jo næsten heller ikke lade sig gøre mere.

I dag er rygning under pres.

Måske begyndte det i virkeligheden for mange år siden. Jeg kan huske, at vi i folkeskolen – det har nok været i halvfjerdsere – kunne blive medlem af den ikkerygende Gorm-klub. Gorm var en rask og fornuftig dreng, som, modsat sit modstykke i de fortællinger vi så, hverken var grøn i hovedet eller helt igennem usund på grund af smøger. Rygepresset fortsatte for mit vedkommende også på familiefrenten fra min kære farfar, der lovede kørekort, hvis jeg lod være med at ryge og køre på motorcykel ...

Men alt det til trods begyndte jeg alligevel at ryge lidt, da jeg var 20-21 år. I en tidlig periode på universitetet røg jeg sågar pipe, men det var ikke nogen god idé i forhold til det modsatte køn, om end vi (naivt) troede, at vi kunne styrke vores intellektuelle pondus med rød Orlik og en majspipe.

I dag er jeg – som så mange andre – stoppet med at ryge. Det ligger ligesom heller ikke i tidsånden mere. Og det er tankevækkende, at det ikke er mange år siden, at personalet kunne ryge i vuggestuer og børnehaver sammen med børnene. Vi kunne ryge i busserne og på arbejdet. Og hvis vi ser danske film fra 70'erne og 80'erne, bliver der pulset løs i stort set alle sammenhænge. Det er slut nu. Og vi har virkelig rykket os langt.

Selv på de fleste værtshuse og restauranter er det slut med askebægre og røgtåger.

I denne udgave af *Sygeplejersken* foreslår en forsker, at vi skal gå skridtet endnu videre og helt forbyde salget af tobak. Skal vi det? Døm selv.

God læselyst.



Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør
snp@dssr.dk



Alvorligt syge

AF REBEKKA HOLM ANDERSEN OG BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALISTER

Svigt. Overvægt af syge spædbørn blandt etniske minoriteter. En forklaring er fætter-kusine-ægteskaber. Fagfolk efterlyser langt bedre forebyggelse.

Selvom fætter-kusine-ægteskaber jævnlige er på dagsordenen, halter indsatsen for at forebygge sygdomme og handicap blandt børn i indgiftede familier.

I dag er en tredjedel af de nyfødte børn på Rigshospitalets ambulatorium for medfødte stofskiftelidelser, Juliane Marie Centeret, fra etniske minoritetsfamilier, og mange af forældrene er fætter og kusine.

"Der kan være tale om børn, der er svært syge fra fødslen, og som ikke kan behandles og derfor dør efter en kortere eller længere periode. Enkelte sygdomme kan behandles med diæt eller medicin, så børnene kan udvikle sig og vokse normalt," siger Steen Hertel, overlæge ved neonatalklinikken på Rigshospitalet. Han oplyser, at der hvert år diagnosticeres 20-25 nye tilfælde af nyfødte med sjældne arvelige sygdomme. For nylig viste en undersøgelse fra Syddansk Universitet, at tyrkiske, somaliske og pakistanske kvinder har dobbelt så høj risiko for at få dødfødte børn som danske kvinder. Også her peger forskerne bag undersøgelsen på fætter-kusine-ægteskaber som en af forklaringerne.

Ifølge retningslinjerne for fosterdiagnostik fra Sundhedsstyrelsen skal fætter-kusine-par rådgives af egen læge om risici ved at få børn og eventuelt sendes videre til Klinisk Genetisk Afdeling på Rigshospitalet. Men afdelingen oplyser, at der kun bliver henvist nogle enkelte første-gangsfødende om året, som er gift med en slægtning.

Læger spørger ikke

Sygeplejersken har talt med praktiserende læger i Brønshøj, Ishøj og Gellerup. De praktiserende læger spørger ikke systematisk om

REDAKTIONEN)))

Chefredaktør, ansvarlig efter medlemsansvarloven
Sigurd Nissen-Petersen
snp@dssr.dk
Tlf.: 4695 4193
Mobil: 4013 3802



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
Mobil: 2121 8770



Journalist
Sine Madsen
sma@dssr.dk
Tlf.: 4695 4206



Journalist
Susanne Bloch Kjeldsen (DJ)
sbk@dssr.dk
Tlf.: 4695 4178
Mobil: 2177 6739



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



spædbørn i indgiftede familier

>>> INGEN SIKRE TAL

Der findes intet overblik over omfanget af fætter-kusine-ægteskaber blandt nydanskere i Danmark, men i en analyse fra 2002 anslog ugebrevet Mandag Morgen, at der årligt indgås 900-1.400 ægteskaber mellem fætter og kusine. Socialforskningsinstituttet er i øjeblikket ved at kortlægge ægteskabsmønstre blandt unge fra etniske minoriteter. Undersøgelsen forventes afsluttet i efteråret 2009.

Hvert år diagnosticeres 20-25 nye tilfælde af nyfødte med sjældne arvelige sygdomme. Fætter-kusine-ægteskaber er en del af forklaringen på, at der er en overvægt af syge spædbørn blandt etniske minoriteter.

slægtsforholdet ved den første graviditetsundersøgelse, som de ellers skal ifølge Sundhedsstyrelsens retningslinjer.

Michael Dupont, formand for De Praktiserende Lægers Organisation (P.L.O.), har ikke noget overblik over, hvor mange af hans kollegaer der spørger, om den gravide er gift med et familiemedlem og evt. henviser til genetisk rådgivning.

"Det kommer bag på mig, at så få henvises til genetisk rådgivning. Men når et fætter-kusine-par kommer til os, og kvinden er gravid, så er det allerede for sent. Vi kan kun oplyse om risici for arvelige sygdomme, så det er vigtigt at sætte ind tidligere, og der spiller sundhedsplejersker en vigtig rolle," siger Michael Dupont. Han efterlyser ligesom andre fagfolk kampagner rettet mod teenagere og deres forældre.



ARKIVFOTO: SCANPIX

Regeringen iværksatte i 2003 en større kampagne for at oplyse om risikoen ved fætter-kusine-ægteskaber. Venstres sundhedsordfører Birgitte Josefsen fremhæver 24-årsreglen som en måde at begrænse fætter-kusine-ægteskaber på, men siger samtidig, at der er brug for flere initiativer. Hun foreslår, at regeringen i samarbejde med Kommunernes Landsforening (KL) og

de etniske minoritetsmiljøer satser på mere systematisk rådgivning og oplysning.

"Vi må tage det alvorligt, når der stadig er problemer, og oplyse etniske minoriteter om, at det ikke er en god løsning at gifte sig med sin fætter eller kusine," siger Birgitte Josefsen.

Læs temaet side 14.

>>> DEBAT I NORGE OG SVERIGE

I Norge og Sverige er der debat om fætter-kusine-ægteskaber. Svensk TV1 viste i marts en længere dokumentarudsendelse, der afslørede, at svenske læger ikke taler åbent om risikoen af frygt for at blive betegnet som racister. Og i begyndelsen af april holdt en række norske ministerier en konference om emnet. Her fortalte en pakistansk-norsk kvinde bl.a., hvordan hun mødes med fordomme i sit eget etniske miljø, fordi hun har to handicappede børn.

Journalist
Christina Sommer (DJ)
cso@dsr.dk
Tlf.: 4695 4264
Mobil: 2344 6279
(På barsel)



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
Mobil: 2360 0277



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 ANNONCE SIDE 2

Forkortet Produktresumé.

RotaTeq®, oral opløsning rotavirus vaccine. RotaTeq er en pentavalent vaccine, der består af rotavirus serotyperne G1, G2, G3, G4 og P1(8).

Indikation: RotaTeq er indiceret til aktiv immunisering af spædbørn fra 6-ugers-alderen til forebyggelse af rotavirus-gastroenteritis (RG).

Dosering og indgivelsesmåde: Kun til oral indgivelse. Der gives tre doser RotaTeq. Den første dosis kan indgives fra 6-ugers-alderen og senest ved 12-ugers-alderen. RotaTeq kan gives til præmature spædbørn under forudsætning af, at graviditeten har været mindst 25 uger. Disse spædbørn skal have den første dosis RotaTeq mindst seks uger efter fødslen. Der skal være mindst 4 uger mellem hver af de efterfølgende doser. Det er at foretrække, at alle tre doser gives før 20-22-ugers-alderen. Alle tre doser skal være givet ved 26-ugers-alderen. Der skal indgives en komplet 3-dosis vaccinationsserie med RotaTeq for at tilvejebringe en varig beskyttelse imod RG. Efterfølgende analyser viser at RotaTeq fra ca. 14 dage efter første dosis reducerer antallet af alvorlige tilfælde af RG (hospitalsindlæggelser eller skadestuebesøg). RotaTeq kan gives uden hensyntagen til indtagelse af føde, væske eller modermælk.

Det anbefales, at spædbørn, som får RotaTeq ved den første vaccination mod rotavirus, får den samme vaccine til de efterfølgende doser. Hvis det observeres, eller der er stærk mistanke om, at der er blevet indgivet en ufuldstændig dosis (f.eks. hvis barnet spytter vaccinen ud eller gylper vaccinen op), kan en enkelt erstatningsdosis gives i løbet af den samme konsultation. Hvis problemet gentager sig, bør der ikke gives yderligere erstatningsdoser. Yderligere doser efter gennemførelsen af serien på tre doser anbefales ikke.

Kontraindikationer: Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Overfølsomhed efter en tidligere indgivelse af rotavirus-vacciner. Intussusception i anamnesen. Bør ikke gives til personer med medfødte misdannelser i mavetarmkanalen, da disse misdannelser kan prædisponere for intussusception. Bør ikke gives til spædbørn med kendt eller mistænkt immundefekt. Asymptomatisk HIV-infektion forventes ikke at påvirke sikkerheden eller virkningen af RotaTeq. Da der ikke eksisterer tilstrækkelige data, anbefales det imidlertid ikke at vaccinere spædbørn med asymptomatisk HIV med RotaTeq. Vaccination med RotaTeq skal udsættes for spædbørn med en akut, svær sygdom med feber. Forekomst af mild infektion er ikke en kontraindikation for vaccination. Vaccination med RotaTeq skal udskydes for personer med akut diaré eller opkastning.

Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende virkningen: Der findes ingen sikkerheds- eller virkningsdata vedrørende indgivelse af RotaTeq til immunkompromiterede spædbørn, spædbørn, der er inficeret med HIV, eller spædbørn, der har modtaget en blodtransfusion eller immunoglobuliner inden for 42 dage efter doseringen. Der findes ikke sikkerheds- og virkningsdata for spædbørn med aktiv, gastrointestinal sygdom (herunder kronisk diaré) eller hæmmet vækst. Indgivelse af RotaTeq kan overvejes med forsigtighed til sådanne spædbørn, når undladelse af vaccination efter lægens vurdering medfører større risiko. RotaTeq indeholder sukrose. Patienter med sjældne, arvelige problemer med fruktosintolerans, glukose-galaktose malabsorption eller sucrase-isomaltaseinsufficiens må ikke modtage denne vaccine. Der skal tages højde for den potentielle risiko for åbne og behovet for respiratorisk overvågning i 48-72 t. ved indgivelse af den primære vaccinationsserie hos præmature spædbørn (født ≤ 28. gestationsuge) og særligt hos personer med tidligere respiratorisk immaturitet i anamnesen. Da fordelene ved vaccination er stor for denne gruppe af spædbørn, bør vaccination ikke undlades eller udsættes.

Interaktioner: Kliniske undersøgelser, der involverede samtidig indgivelse af RotaTeq med en række andre rutinemæssige spædbørnevacciner ved 2, 4, og 6-måneders-alderen viste, at immunsvaret på og sikkerhedsprofilen af de indgivne vacciner var upåvirket (se produktresumé for flere detaljer)

Bivirkninger: Meget almindelige: Diaré, opkast, pyrexi. Almindelige: Infektion af de øvre luftveje.

Pakning og pris (ESP) 09. 03. 2009: 1 dosispakning indeholder 2 ml opløsning i en forfyldt tube, der kan presses, med afdrejelig hætte i en beskyttende pose. Opbevares i køleskab (2°C - 8°C). (Vnr. 066678) kr. 442,00. 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 internetadresse. Oktober 2008. <http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/RotaTeq/H-669-Pl-da.pdf>


sanofi pasteur MSD
vaccines for life

Hvid intensiv zone

AF SINE MADSEN, JOURNALIST

Forandring fryder. En ny intensiv rekrutteringskampagne går snart i luften. Den skal sætte fokus på det intensive i sygeplejen og rekruttere de unge, der står på tærsklen til at vælge uddannelsesretning i livet.

Sygeplejerskens image som sød, omsorgsfuld og lyshåret skal sendes på museum. For i virkeligheden er sygeplejersker langt mere koldblodige, modige og handlekraftige kvinder og mænd, end omverdenen er klar over. Disse egenskaber bliver derfor omdrejningspunktet for en ny rekrutteringskampagne fra Undervisningsministeriet, med navnet "Hvid zone – der venter dig en intensiv fremtid". Kampagnen vil fokusere på de mange muligheder, uddannelsen rummer, som f.eks. specialisering, ledelse og efteruddannelse.

Kampagnen skal inspirere unge i alderen 17-25 år fra gymnasier, hf eller htx til at søge ind på de tre sundhedsuddannelser: sygeplejerske, bioanalytiker og radiograf, som alle lider af akut mangel på studerende. Derfor har Undervisningsministeriet nu iværksat en fælles rekrutteringsstrategi, som kickstarter den 28. april. Samme dag lanceres hjemmesiden www.hvidzone.dk

Formanden for Sygeplejestuderende Landssammenslutning (SLS), Anja Skov Refsgaard, som sidder i den redaktionsgruppe, der skal igangsætte forskellige kampagneaktiviteter, mener, at sygeplejen trænger til et nyt image. "Sygeplejens image som et omsorgsfuldt kvindefag



FOTO: MICHAEL HARDER, ÅRHUS SYGEHUS

Pakkelse. Ortopædkirurgisk Traumatologisk afdeling E4 på Århus Sygehus har fået tilført et kraftigt skud testosteron. Seks mandlige nyuddannede sygeplejersker er blevet ansat på én gang. Et halvt år før dimission aftalte de seks mænd, at de ville forsøge at få job samme sted, når de var færdige. To af dem havde været i praktik på E4, og de kontaktede afdelingen, som faktisk manglede en del sygeplejersker. Øverst fra venstre: Arnar Birgison, Mikkel Scherfig Straarup, August Jungersen og Martin Lai Pedersen. Nederst fra venstre er det Peter Krems Sachariassen og Jakob Kloppenborg.



skal udvikles i retning af det, det i virkeligheden er, et fag, man vælger, fordi man tør udfordre sig selv og har det, der kræves for at arbejde med syge og døende mennesker,” siger Anja Skov Refsgaard.

Målet med ”Hvid Zone” er, at de tre uddannelser over de næste tre år får fyldt alle hold op med studerende. For sygeplejeuddannelsen betyder det, at godt 1.000 studerende skal fylde de tomme pladser ud på skolerne, hvor det for radiografer og bioanalytikere er 150 studerende for begge uddannelser tilsammen.

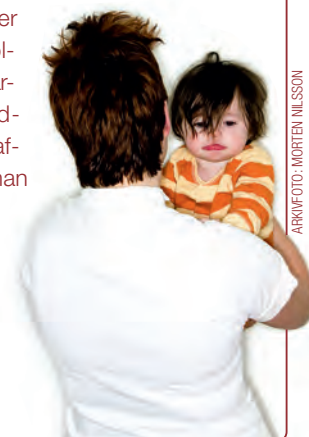
Midlerne til at nå målet fås i et samarbejde mellem Danske Regioner, DSR og SLS, Danske Bioanalytikere, Foreningen af radiografer i Danmark, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Undervisningsministeriet og Kommunernes Landsforening, Professionshøjskolernes Rektorkollegium og repræsentanter fra uddannelsesstederne.

Over de næste tre år vil de sammen stå for forskellige kampagneaktiviteter, der skal lokke de unge til.

Barns anden sygedag

Fra 1. april har sygeplejersker i regioner og kommuner fået mulighed for at holde barns anden sygedag. Det er aftalt som en del af sidste års overenskomstfornyelse. Ligesom med barns første sygedag er der ikke tale om en ret, men om en mulighed. I sidste ende er det forholdene på arbejdspladsen, der afgør, om man kan blive hjemme.

(kb)



ARKIVFOTO: MORTEN NILSSON

Økonomisk gulerod skal lokke modne studerende

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

Omskoling. Socialdemokraterne foreslår, at voksne over 30 år kan hæve 14.800 kr. om måneden, hvis de går i gang med uddannelsen som sygeplejerske.

Den fyrede bankassistent, der drømmer om en karriere som sygeplejerske, skal have mulighed for at få drømmen opfyldt. Socialdemokraterne foreslår i en ny vækstpakke, at voksne over 30 år får en økonomisk håndsrækning, der svarer til dagpengesatsen eller godt 14.800 kr. om måneden, hvis de går i gang med en uddannelse som f.eks. sygeplejerske eller lærer.

Forslaget vil indgå i oppositionens forhandlinger med regeringen om en såkaldt globaliseringspakke til efteråret.

”Vi vil stille forslag om, at det skal være muligt at få støtte svarende til dagpenge, hvis den studerende er over 30 år og ønsker at tage en uddannelse, hvor arbejdsløsheden er under 4 pct.,” siger Socialdemokraternes uddannelsesordfører Christine Antorini.

Udspillet kommer, efter at sygeplejerskernes hovedorganisation FTF tidligere på året foreslog, at ledige bankfolk, ingeniører og andre, der vil omskoles, skal have ret til en såkaldt voksen-SU på 17.500 kr. om måneden.

1.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen

har været med til at rejse forslaget i FTF, og hun synes, det er godt, at der nu bliver sat politisk fokus på behovet for mere støtte til modne studerende.

”Vi mangler sygeplejersker, og det vil være godt, hvis en afskediget fra finanssektoren kan opfylde drømmen om at blive sygeplejerske, samtidig med at økonomien kan hænge sammen. Det vil være et stærkt signal i et videnssamfund, at vi hjælper de ledige til uddannelse på professionsbachelorniveau,” siger Grete Christensen.

Risiko for skævvridning

Formand for professionshøjskolernes rektorkollegium Laust Joen Jakobsen mener også, at en økonomisk gulerod til modne studerende er et af midlerne, hvis der skal skaffes flere ansatte på hospitaler og skoler.

”På min egen professionshøjskole har vi fået flere henvendelser fra modne mennesker i 30’erne, der overvejer en uddannelse som lærer eller sygeplejerske,” fortæller Laust Joen Jakobsen.

Regeringen har hidtil afvist forslaget om at yde særlig støtte til modne studerende. En af begrundelserne er, at det vil give en økonomisk skævvridning, hvis ældre studerende får en særlig ydelse.

Klokken er fire, nu skal du vaskes

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST

««« TILBAGEBLIK

Arbejdstidsudnyttelse. *Hvem fandt på at vaske demente om natten, personalet eller ledelsen? Det var i hvert fald helt klart ledelsens ansvar, konkluderede Århus Kommune efter en ekspresredegørelse.*

Tre nattevagter sagde op i protest, og så kørte sagen om de demente beboere på plejecenteret Bjørnshøj i Århus, som blev vækket, vasket, klædt på og lagt i seng igen – mellem kl. fire og seks om morgenen.

Ifølge Ekstra Bladet sagde nattevagten Pia Lærke op på stedet, da ledelsen i februar dikterede nattevask. Siden fulgte to af hendes kolleger efter.

I første omgang skulle nattevagterne vaske de beboere, der alligevel havde be-

hov for at få skiftet ble eller af andre grunde var vågne.

"Men det blev ændret til, at det skulle være de mest demente, fordi de ikke siger fra og brokker sig," fortalte Pia Lærke og hendes kollega Susanne Morell til Ekstra Bladet.

Politikerne stod i kø for at tage afstand, og rådmand Dorthe Laustsen (SF) forlangte nattevaskeriet stoppet med det samme.

Mange så en sammenhæng med de meget store besparelser, Århus Kommunes ældrepleje har gennemført i de seneste år, og både personale og pårørende på plejecenteret Bjørnshøj kunne fortælle om et stort tidspres.

Men den forklaring blev blankt afvist af tidligere embedslæge Kate Runge, der nu sidder i Århus Byråd for Venstre. Ældreudgifterne i Århus hører til de hø-

jeste i landet, anførte Kate Runge. Som embedslæge svarede hun allerede i 2003 på en forespørgsel, at man ikke må vaske ældre om natten.

I dagene efter afsløringen i Århus kom det da også frem, at praksis med at vaske ældre om natten har eksisteret andre steder, både i Århus og i andre kommuner.

Må søge deres job igen

I den aktuelle sag var det fra starten uklart, hvem der tog initiativet til nattevasken. Personalet sagde ét, ledelsen sagde noget andet. Men det, der er sket, er helt klart ledelsens ansvar, fastslog den redegørelse, som Århus Kommunes afdeling for Sundhed og Omsorg fik udarbejdet med ekspresfart, og kommunens regionschef Mads Gammelmark kunne fortælle pressen, at lederne vil blive ind-

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.**

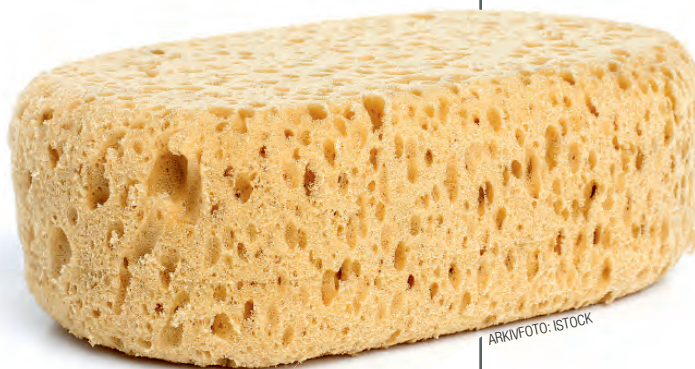
sundhedsprof.dk

kaldt til tjenstlige samtaler. Der var nemlig både tale om utilstrækkelig faglig ledelse og opfølgning, utilstrækkelig dialog med medarbejderne og svigtende fokus på beboernes behov til fordel for arbejdstilrettelæggelse.

Men redegørelsen bekræfter også, at økonomien på plejecenteret var belastet. I 2008 var der et underskud på 2,5 mio. kr.

Efter redegørelsen har de tre nattevagter fået ros og anerkendelse af Århus Kommunes rådmand for ældreområdet, Dorthe Laustsen. De skal være velkomne tilbage, har hun sagt til Ekstra Bladet: "Vi har brug for sådan nogen som dem."

Men de får ikke automatisk deres job tilbage. De må selv søge, og det bliver



ARKIVFOTO: ISTOCK

på lige fod med andre, ifølge Dorthe Laustsen:

"Havde de ikke selv været så hurtige på aftrækkeren, men var gået til os i det politiske system, havde vi nok kunnet finde ud af noget."

(kb)

Vidste du at ...

... børn i lande med stor social ulighed har større risiko for at blive mobbet? Det viser en sammenligning af 35 lande i Europa og Nordamerika. Børn, der går på skoler med store sociale forskelle, har også større risiko for mobning end i skoler med mere ensartet elevsammensætning.

Kilde: www.si-folkesundhed.dk (Ugens tal, uge 14).

Sundhedsplejersker stifter ny portal

AF SINE MADSEN, JOURNALIST

Ekspert hjælp på nettet. Tre private sundhedsplejersker opretter en ny portal, Sundhedsplejersken.dk. I samarbejde med 15 andre eksperter vil de rådgive forældre med børn fra nul til seks år om deres sundhed.

Mit barn sover uroligt om natten, hvad gør jeg? Spiser mit barn nok? Hvornår er det normalt, at jeg sender mit barn i institution?

Spørgsmål som disse og flere vil tre sundhedsplejersker og et panel på 15 eksperter i sundhed, sygdomme og adfærd forsøge at besvare i en ny sundhedsportal på nettet, der går i luften den 4. maj 2009. Portalen hedder Sundhedsplejersken.dk og henvender sig til alle forældre, der har spørgsmål om deres børn.

Gennem en brevkasse kan forældrene stille spørgsmål og få svar fra eksperterne om deres børn. Men det er blot ét tilbud ud af mange, for derudover kan forældrene også hente viden og inspiration via et leksikon, gruppefora, nyhedsartikler og et ny-

hedsbrev, der udkommer en gang om ugen.

Bag initiativet står tre erfarne sundhedsplejersker, som alle har videreuddannet sig. Bente Sylvest-Johansen er også uddannet psykolog, Else Guldager har en ph.d. i sundhedsvidenskab, og Vibeke Samberg er uddannet sociolog.

Selvom der allerede eksisterer adskillige sundhedsportaler på nettet, der giver forældrene rådgivning og sundhedstilbud, understreger Bente Sylvest-Johansen over for *Sygeplejersken*, at andre hjemmesider primært består af enkeltpersoner, producerer af børneudstyr eller interesseorganisationer. Derfor mener hun, at der mangler et initiativ som deres, der kan give et bredere perspektiv på forældrenes spørgsmål.

"Vores styrke er, at vi er flere, der samarbejder i et netværk af fagfolk, og kan anskue et problem fra flere vinkler, når vi rådgiver forældrene," siger Bente Sylvest-Johansen.

"Alene spædbørnsområdet er et meget

stort felt, hvor der hele tiden sker ny udvikling og forskning, og det kan være svært at følge med i det hele på en gang," siger hun og understreger, at der også vil være en skarp adskillelse mellem tekst og reklame på hjemmesiden.

Retten til navnet

Idéen til rådgivning over nettet har været på tegnebrættet i to år, men navnet Sundhedsplejersken.dk købte Bente Sylvest-Johansen allerede for godt 10 år siden. Siden har sundhedsplejerskerne faglige selskab udtrykt interesse for at købe navnet – dog uden held. Bente Sylvest-Johansen kan nu godt forstå interessen.

"Sundhedsplejersker er en faggruppe, der er meget respekt om, og det vil vi gerne fremme ved at lave denne her side til familier og forældre. Jeg har hele tiden vidst, at jeg ville bruge internetmediet en dag. Men det var først, da vi tre fandt sammen, at det blev til noget," siger Bente Sylvest-Johansen.

Grønlandske OK-forhandlinger brudt sammen

De kaotiske forhold i det grønlandske sundhedsvæsen er ikke blevet bedre efter Sundhedskartellet kort før påske afbrød forhandlingerne om en overenskomst med det grønlandske hjemmestyre.

"Vi var ved at finde en fælles løsning, men i sidste øjeblik tabte hjemmestyret det hele på gulvet ved at komme med et ultimativt krav om, at hjemmestyret egenhændigt kunne tilbyde udvalgt personale en ansættelse på et til to år på særligt favorable betingelser. Vi kunne naturligvis ikke acceptere en ordning for særligt udvalgte. Alt hvad vi i princippet var blevet enige om, er nu faldet væk. Vi begynder helt forfra," siger Karin Holler, der er formand for det grønlandske sund-

hedskartel PPK og desuden formand for de grønlandske sygeplejerskers fagforening PK. Hun understreger, at kartellet ikke har planer om at varsle en strejke.

"Vi ønsker ikke at tage patienterne som gidsler. Og vi tror heller ikke på, at sundhedsvæsenet kan bære ikke at have en ordentlig overenskomst i en tid, hvor det er så svært at rekruttere og fastholde de ansatte," lyder det fra Karin Holler. Næsten halvdelen af alle sygeplejerskestillinger på Grønlands største hospital, Dronning Ingrid's Hospital, står ubesatte, og alle ikke-akutte operationer er udskudt på ubestemt tid.

(bso)

NYT FRA DSR



Ny overenskomst og lønberegner

Den nye overenskomst for konsultations-sygeplejersker ligger nu på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside. Aftalen er indgået med Praktiserende Lægers Arbejdsgiverforening (PLA) og har betydning for ca. 1.500 sygeplejersker i lægepraksis.

I henhold til overenskomsten (paragraf 3, stk. 1, 2. afsnit) er der enighed om, at nyansatte som minimum bevarer deres hidtidige samlede løn ved ansættelse i lægepraksis (grundløn og faste tillæg, men eksklusive arbejdstidsbestemte tillæg, som overstiger overenskomstens satser).

En ny regnefunktion på hjemmesiden gør det muligt at sammenligne lønnen i den nye overenskomst med tidligere løn med tillæg, når man indtaster det aktuelle timetal. Lønberegneren findes under www.dsr.dk derpå menuen "overenskomst", så logges ind med DSR-medlemsnummer, derpå menu-punkt "private" og "specialklinikker og lægekonsultationer".

Mange praktiserende læger ansætter sygeplejersker med særlige kompetencer, som sygeplejerskerne typisk har fået tillæg for hos offentlige arbejdsgivere. De senere års udvikling har vist en stærk stigning i antallet af sygeplejersker i almen praksis og i speciallægepraksis. Ved en opgørelse i 2007 var antallet steget med 47,1 pct. på fem år. (sp)

Kirsten Stallknecht Prisen 2009 – sidste udkald

Til dato har redaktionen modtaget tre indstillinger til Kirsten Stallknecht Prisen, men der må være flere potentielle prismodtagere, og nu er det oppe over.

Hvem skal have 10.000 kr. og et kunstværk som anerkendelse for at have brugt sin ytringsfrihed til at tale sygeplejerskerne eller en patientgruppes sag?

Sygeplejersken kan indstilles til prisen, hvis hun inden for de seneste to år:

- Har markeret sig i den offentlige debat om sygeplejefaglige, etiske og/eller sundhedspolitiske problemstillinger med det formål at forbedre sygeplejerskers arbejdsvilkår eller de sundhedsmæssige vilkår for særlige patient- eller befolkningsgrupper.

Sygeplejersken kan have benyttet sin ytringsfrihed i radio, tv, i landsdækkende eller lokale dagblade eller i Fagbladet *Sygeplejersken*.

Alle sygeplejersker kan indstille en sygeplejerske til prisen. Indstillingen sker skriftligt og skal indeholde navn og adresse på den sygeplejerske, som indstilles, sammen med en detaljeret begrundelse for, hvorfor sygeplejersken er en værdig modtager af Kirsten Stallknecht Prisen. Ansøgningen kan vedlægges et begrænset antal bilag i form af avisudklip, debatindlæg eller lignende som dokumentation.

Prisen kan i særlige tilfælde tildeles to



sygeplejersker i fællesskab, hvis bedømmelseskomitéen vurderer, at de opfylder kriterierne.

Prisuddelingen sker den 19. maj 2009, og vi skal have indstillingen senest den 27. april med morgenposten. Indstillingen

må fylde højst én A4-side, og den skal være skrevet på computer. Den sendes til:

Redaktionen *Sygeplejersken*, Sankt Anæ Plads 30, Postboks 1084, 1008 København K.

Mærk kuverten Kirsten Stallknecht Prisen nederst i venstre hjørne.

Indstillingen kan også sendes som vedhæftet fil til hra@dsr.dk

Læs mere på www.sygeplejersken.dk> *Kirsten Stallknecht Prisen 2009*.

(jb)

Medvind til kliniske ekspertsygeplejersker

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR • FOTO: LIZETTE KABRÉ

Positive signaler. Er folketingspolitikerne parate til at støtte, at Danmark får kliniske ekspertsygeplejersker? Ja, sagde to af dem uden tøven ved Dansk Sygeplejeråds konference om emnet.

Regeringspartiet Venstre ønsker at få et lovforslag om kliniske ekspertsygeplejersker gennemarbejdet hurtigst muligt, herunder en beskrivelse af uddannelsesforløbet for kliniske ekspertsygeplejersker. Det forsikrede Venstres sundhedspolitiske ordfører Birgitte Josefsen ved Dansk Sygeplejeråds konference om kliniske ekspertsygeplejersker. Og medlem af Folketingets Sundhedsudvalg, Flemming Møller Mortensen fra Socialdemokraterne, erklærede, at det store oppositionsparti er enig i intentionerne og tilføjede, at Danmark skal lade sig inspirere af, men ikke nødvendigvis kopiere, udenlandske modeller for kliniske ekspertsygeplejerskers virksomhed. Og så var Flemming Møller Mortensen parat til at støtte, at kliniske ekspertsygeplejersker får et bredere virkefelt end patienter med kroniske sygdomme. Der var kort sagt politisk medvind til forslaget om at indføre kliniske ekspertsygeplejersker.

Dansk Sygeplejeråds formand Connie Kruckow sagde:

"Den vigtigste årsag til, at vi har brug for kliniske ekspertsygeplejersker, er efter Dansk Sygeplejeråds opfattelse, at vi i dag har 1,7 mio. danskere, der er kronisk syge. Statens Institut for Folkesundhed anslår, at dette antal stiger til 2 mio. i år 2020. Det er en udfordring af meget store dimensioner, vi står over for i sundhedsvæsenet. Bedre sundhedstilbud til de kronisk syge patienter er den afgørende årsag til, at sundhedsvæsenet skal indføre kliniske ekspertsygeplejersker," sagde hun.

Hun tilføjede, at det danske sundhedsvæsen ikke behøver at opfinde den dybe tallerken, eftersom der er særdeles gode erfaringer med kliniske ekspertsygeplejersker i udlandet.

"Advanced nurse practitioners" systematiserer og udbygger omsorgen for kroniske patienter og varetager en stor del af den kronisk syges behov for sundhedsfremme, forebyggelse, sygepleje og be-



Bedre sundhedstilbud til kronisk syge patienter er den afgørende årsag til, at sundhedsvæsenet skal indføre kliniske ekspertsygeplejersker, mener Dansk Sygeplejeråd.

handling, og resultaterne taler deres eget tydelige sprog: høj klinisk kvalitet i ydelserne, større patienttilfredshed end tidligere og bedre sammenhæng i patientforløbet.

Gode erfaringer fra England

Der var stor skepsis fra britiske læger, da sygeplejersker selvstændigt begyndte at undersøge, diagnosticere og behandle patienter. Sygeplejerske og professor Matt

Griffiths har særligt interesseret sig for sammenhængen mellem sygeplejerskers ordinationsret og patientsikkerhed.

"I Storbritannien har vi i dag 13.000 sygeplejersker med ubegrænset ret til at ordinere alle godkendte lægemidler. Hver eneste af dem har en læges underskrift og erklæring om, at de er fuldt kvalificerede efter gennemført uddannelse. Det skal man lige tænke på. Dertil er der omkring 30.000 sygeplejersker med en begrænset ordinationsret, som fortrinsvis arbejder i hjemmesygeplejen eller på andre områder i lokalsamfundet.

Vi har ikke set en stigning i antallet af fejlmedicineringer eller i forbruget af lægemidler, og det har heller ikke haft effekt på budgetterne til lægemidler. Hvad der er sket, er, at ordination af lægemidler er flyttet fra én gruppe fagpersoner til en anden, og patienterne har fået lettere adgang til behandling," siger Matt Griffiths.

Der har været ét tilfælde, hvor en sygeplejerske brød reglerne for ordination af lægemidlerne og derved mistede retten til at arbejde som sygeplejerske, men kun det ene tilfælde, fortæller Matt Griffiths. I Storbritannien er det de centrale sundhedsmyndigheder, som har fastsat regler for sygeplejerskernes ret til selvstændigt at undersøge, diagnosticere, ordinere medicin og behandle. Reglerne beskriver præcist, i hvilket omfang sygeplejerskerne kan udføre denne virksomhed, og reglerne

"Min mand og jeg tilbyder stort set enslydende ydelser, men det er min kalender, der bliver fyldt op først."

Sagt på konferencen i København om kliniske ekspertsygeplejersker af klinisk ekspertsygeplejerske Benny Harston, der arbejder i et lægecenter i Hoveton, Norfolk, hvor hendes mand er praktiserende læge.

Griffiths, University of Northampton, Storbritannien, afviser, at lægernes reaktion skyldes professionel jalousi:

"Lægernes modstand bunder uden tvivl i ægte bekymring for patienternes sikkerhed, men vi har forskning, der viser, at sygeplejerskernes selvstændige praksis er både sikker og effektiv. Der bliver ikke spillet hasard med patienternes sikkerhed," siger han.

håndhæves strengt. Det er vigtigt for patientsikkerheden, fastslår Matt Griffiths.

Han refererede til undersøgelser af effekter af kliniske ekspertsygeplejerskers arbejde, som bl.a. viste, at en enkelt ekspertsygeplejerske med diabetes som speciale havde betydet bedre regulering af patienternes sygdom og givet besparelser på flere hundrede tusind pund på et hospital i Southampton.

OVERVÆGT AF ALVORLIGT SYGE NYFØDTE BLANDT NYDANSKERE

Risiko. Op mod en tredjedel af de nyfødte børn, der følges på Rigshospitalets ambulatorium for medfødte stofskiftelidelser, Juliane Marie Centeret, kommer fra etniske minoritetsfamilier. En af forklaringerne er fætter-kusine-ægteskaber blandt familierne, forklarer overlæge.

AF REBEKKA HOLM ANDERSEN,
JOURNALIST



AF BRITTA SØNDERGAARD
JOURNALIST • FOTO: SØREN HOLM



Alvorligt syge børn betaler prisen for urgammel tradition for fætter-kusine-ægteskaber. Børnene lider bl.a. af stofskiftesygdomme, som kan betyde underernæring og i værste tilfælde død.

Rigshospitalets afdeling for Klinisk Genetik møder en overvægt af børn fra etniske minoritetsfamilier, og mange af forældrene er fætter og kusine. På landsplan diagnosticeres hvert år 20-25 tilfælde af nyfødte med sjældne arvelige sygdomme. Det fortæller overlæge ved neonatalklinikken på Rigshospitalet, Steen Hertel:

”En tredjedel af de børn, der følges på det ambulatorium, hvor man behandler medfødte stofskiftesygdomme, er fra etniske minoritetsfamilier, og de børn kommer fra familier, hvor der er en stærkt øget forekomst af fætter-kusine-ægteskaber. Det er mit indtryk, at familierne godt kender risikoen, men de håber alligevel at få raske børn,” forklarer Steen Hertel.

Sven Mortensen, læge på afdeling for for tidligt fødte børn ved Odense Universitetshospital, genkender tendensen med en overvægt af indvandrerfamilier.

”Jeg er ikke i tvivl om, at der er en overrepræsentation af de ressourcesvage familier hos os – i den gruppe er mange indvandrere, og jeg tror, at fætter-kusine-ægteskaber er en del af forklaringen,” siger han.

Fætter-kusine-ægteskaber er en tradition, som især er udbredt blandt pakistanske og tyrkiske familier. Men der findes ingen undersøgelser af, hvor mange af de 300.000 nydanskere fra ikkevestlige lande der er gift med deres fætter eller kusine.]



”Det er mit indtryk, at familierne godt kender risikoen,
men de håber alligevel at få raske børn.”

Overlæge Steen Hertel.

))) BEDRE UNDERSØGELSER OG OPLYSNING SKAL BRYDE TABU

Der er brug for bedre undersøgelser og mere oplysning, mener Anne-Marie Nybo Andersen, der er professor i epidemiologi ved Institut for Sundhedstjenesteforskning på Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Syddansk Universitet. Hun har netop offentliggjort et stort forskningsprojekt om dødfødsler fra Syddansk Universitet, hvor konklusionen er, at tyrkiske, pakistanske og somaliske mødre har dobbelt så stor risiko for at føde dødfødte børn som danske kvinder. En af forklaringerne kan være fætter-kusine-ægteskaber og en anden, at sundhedsvæsenet ikke gør nok for etniske minoriteter.

”Vi skal forske i det, så vi bliver oplyst i stedet for at sige noget om, hvad vi tror. Det er vigtigt, at risici ved at gifte sig med en beslægtet er noget, vi tør tale om, og det er noget, der indgår som en del af biologiundervisningen i skolen, så de unge ved, at der er en omkostning, man bør veje op mod fordelene, hvis man gifter sig med én, man er i familie med,” siger Anne-Marie Nybo Andersen.

Cand.scient. Grete Skøtt Pedersen fra Syddansk Universitet er som den første herhjemme i gang med et større dansk forskningsprojekt, der skal kortlægge 0-5-årige nydanske børns sundhed – herunder også betydningen for børn af fætter-kusine-ægteskaber. Hun vil bl.a. se på udbredelsen af de mest almindelige arvelige sygdomme.

”Vi håber også at kunne komme med bud på nogle konkrete anbefalinger til, hvad sundhedsvæsenet kan gøre for at fremme etniske minoritetsbørns sundhed. Det er jo et meget vigtigt spørgsmål at tage fat på, hvis den sociale ulighed i sundhed skal udjævnes,” siger Grete Skøtt Pedersen.

))) EKSEMPLER PÅ ARVELIGE STOFKIFTESYGDOMME

- Børn med for lavt stofskifte pga. mangel på hormon fra skjoldbruskkirtelen.
- Sygdomme, hvor der aflejres stofskifteprodukter i organer, f.eks. i hjertet, så de ikke fungerer normalt.
- Unormal omsætning af proteiner.
- Unormal omsætning af mælkesyre, som kan være livstruende.
- Sygdomme i nervesystemet og muskler.
- Sygdomme i knoglernes udvikling og vækst.
- Medfødte cyster i nyrerne.

Kilde: Steen Hertel, overlæge på neonatalklinikken på Rigshospitalet.

» Udenlandske undersøgelser viser, at en tredjedel af pakistanerne og hver tiende af tyrkerne er gift med en fætter eller kusine.

Mange af parrene får raske børn, men generelt er risikoen for, at et fætter-kusinepar føder et barn med handicap eller alvorlige sygdomme, dobbelt så høj som i resten af befolkningen.

Børn af fætter-kusine-par lider af mange forskellige typer sygdomme, som f.eks. fejludviklede organer eller sygdomme, hvor knoglerne ikke udvikler sig eller vokser. De fleste sygdomme skyldes fejl i stofskiftet, og på afdelingen for Klinisk Genetik er det da også oftest stofskiftesygdomme, man behandler.

”Afhængigt af hvad det er for en stofskifte-defekt, de har, kan der være tale om børn, der er svært syge fra fødslen, og som ikke kan behandles og derfor dør efter en kortere eller længere periode. Enkelte sygdomme kan behandles med diæt eller medicin, så børnene kan udvikle sig og vokse normalt,” siger Steen Hertel. Han oplever, at det kan være svært at tale med familierne om fætter-kusine-ægteskaber og risikoen for syge børn.

”De bliver kede af det, fordi de godt er klar over, at det er et problem. Og på trods af, at mange af familierne har nået et højt uddannelsesniveau, betyder traditionen mere, fordi den ligger så dybt i deres kultur,” siger han.

Steen Hertel mener, at problemet skal bekæmpes på flere fronter. Det kan bl.a. ske gennem oplysning til de unge og deres forældre.

”De af sygdommene, som kan påvises ved genetisk test, kan nogle gange også findes hos fosteret meget tidligt i graviditeten, og på den måde kan forældrene blive anbefalet en abort af de syge fostre. Som alternativ til abort kan man i særlige tilfælde tilbyde sæddonation fra en donor, der ikke bærer sygdomsgenet, men jeg er godt klar over, at det vil kræve en overvindelse hos mange forældre og være utænkeligt for andre.”

rea@dssr.dk og bso@dssr.dk

Ægteskaber inden for familien er på retur blandt de veluddannede nydanskere, men skikken vil fortsat bestå blandt de mest marginaliserede, og det giver en særlig udfordring, siger sundhedskonsulent Sisi Buch fra Vollsmose. Sisi Buch er uddannet sundhedsplejerske og har arbejdet med etniske minoriteter i næsten 30 år.



”FAMILIERNE VED GODT, DE HAR DÅRLIGT BLOD”

Tradition. Et fætter-kusine-ægteskab kan have tragiske konsekvenser, hvis der er arvelige sygdomme i familien, og parret vælger at få børn sammen. Der er stort behov for mere målrettede kampagner rettet mod forældrene og de unge, inden de gifter sig, lyder budskabet fra sygeplejersker, der arbejder med etniske minoriteter.

AF BRITTA SØNDERGAARD OG REBEKKA HOLM ANDERSEN, JOURNALISTER • FOTO: ALEX TRAN

Da sundhedsplejersken mødte familien, var der syv børn. Både den ældste og yngste i flokken var født med samme handicap: nedsat muskelstyrke i overkroppen. Den yngste kunne ikke holde sit eget hoved, før han blev et år. Den ældste var mentalt retarderet, og i en alder af 16 år var hun overvægtig, opereret i knæene og gik på specialskole.

En oplevelse, formanden for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker, Susanne Heide, havde svært ved at ryste af sig.

”Vi havde en mistanke om, at det kunne hænge sammen med, at forældrene var fætter og kusine, når det syvende barn havde samme problemer som det første. Og de øvrige børn var ikke særligt kvikke,” forklarer hun.

Ingen ved i dag, hvor mange nydanskere fra ikkevestlige lande der er gift med deres fætter eller kusine.

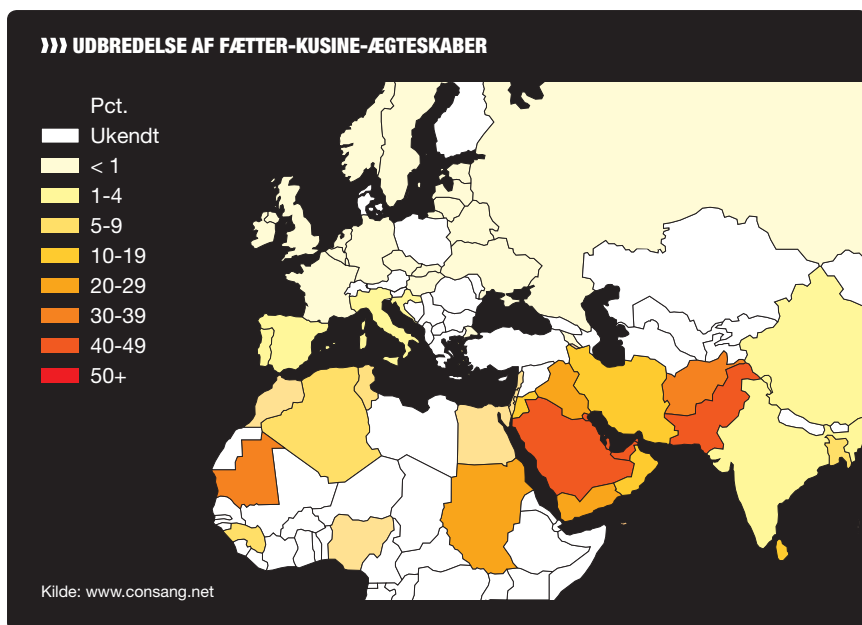
Skikken er mest udbredt i familier med pakistanske og tyrkiske rødder, og en norsk undersøgelse fra 2007 viser, at en tredjedel af pakistannerne og hver tiende med tyrkiske rødder er gift med en fætter eller kusine.

Den norske undersøgelse viser også, at skikken med at gifte sig inden for familie er på retur. Mens halvdelen af alle pakistanske førstegenerationsindvandrere er gift inden for familien, falder tallet til en tredjedel i næste generation.

På verdensplan lever halvanden milliard

mennesker i samfund, hvor fætter-kusine-ægteskaber er almindelige, og i bl.a. Tyrkiet og Tunesien betragtes arvelige lidelser på grund af slægtsægteskaber som et så stort sundhedsproblem, at myndighederne har iværksat kampagner, der skal udbrede kendskabet til risikoen.

”Skikken er ikke knyttet til islam, men er en tradition, der bl.a. hænger sammen med, at jord og ejendom på den måde kan beholdes inden for familien. Ofte kan et fætter-kusine-ægteskab være arrangeret. For en fætter i hjemlandet kan det være en måde at få en eftertragtet opholdstilladelse i Danmark på,” fortæller integrationskonsulent Manu Sareen.



))) Fordoblet risiko

Statistisk set er risikoen for, at fætter-kusine-par føder børn med handicap eller arvelige sygdomme, dobbelt så høj som blandt gennemsnitsbefolkningen.

”Det kan lyde voldsomt, men mens risikoen i baggrundsbeholdningen er 2-3 pct., så er den to til tre gange større blandt fætter-kusine-par. Dvs. mellem 4 og 9 pct. Masser af fætter-kusine-par vil altså føde sunde og raske børn. Men hvis der er en eller flere i familien, som lider af arvelige sygdomme eller handicap, så kan risikoen for barnet være betydeligt højere,” fastslår professor Karen Brøndum-Nielsen, der er direktør ved Kennedy Institutet – det nationale forsknings- og rådgivningscenter for genetik, synshandicap og mental retardering.

Selvom den statistiske risiko er begrænset, så kan konsekvenserne være tragiske, hvis begge forældre er bærere af en arvelig sygdom.

Sundhedsfaglig konsulent Sisi Buch fra Sundhedscenter Vollsmose har arbejdet med etniske minoritetsfamilier i næsten 30 år, og hun har mødt flere fætter-kusine-ægtespar, hvor både far, mor og børn er alvorligt syge.

”I en familie var både forældre og alle børn hårdt ramt af et syndrom med bl.a.

”Skikken er ikke knyttet til islam, men er en tradition, der bl.a. hænger sammen med, at jord og ejendom på den måde kan beholdes inden for familien. Ofte kan et fætter-kusine-ægteskab være arrangeret. For en fætter i hjemlandet kan det være en måde at få en eftertragtet opholdstilladelse i Danmark på.”

))) FÆTTER-KUSINE-ÆGTESKABER I NORGE

Oprindelsesland	Gennemsnitlig antal indgåede fætter-kusine-ægteskaber
Pakistan førstegeneration	43,9
Pakistan efterkommere	35,1
Tyrkiet førstegeneration	17,1
Tyrkiet efterkommere	11,7
Irak	13,0
Somalia	6,7
Norge	0,1

Folkehelseinstituttet i Oslo har undersøgt omfanget af indgåede fætter-kusine-ægteskaber blandt børn født i Norge 1967-2001. Indgifte i Norge, omfang og medicinske konsekvenser.

hjerotelidelse, og en datter på ni år døde. Familien forklarede sygdommen med, at det var Allahs vilje. Men i langt de fleste tilfælde kender familierne udmærket årsagen til sygdommen, og de taler om, at der er dårligt blod i familien. I næsten alle tilfælde vil forældrene gøre alt for at undgå, at traditionen med at gifte sig inden for familien fortsætter,” fortæller Sisi Buch.

Drop berøringsangsten

I dag tilbydes fætter-kusine-par genetisk rådgivning, hvis de tidligere har fået handi-

cappede børn, eller det skønnes, at de er i risiko på grund af sygdom i familien. Men det er langtfra tilstrækkeligt, mener de fagfolk, *Sygeplejersken* har talt med. De efterlyser, at der sættes ind langt tidligere med kampagner rettet mod både teenagere og deres forældre.

Tværkulturel rådgiver Farwha Nielsen, som har arbejdet mange år med etniske minoritetsfamilier, oplever, at unge kvinder stadig bliver tvangsgift med deres fætre.

”Mit indtryk er, mange unge ikke selv vælger at blive gift med deres fætter eller kusine. Det er forældrene, der lægger pres på de unge og tvinger dem til at blive gift. Men man kan bl.a. komme traditionen til livs ved at lave et sundhedsteam, som kommer hjem til familien og fortæller om både kost, diæt og risici ved at gifte sig med en fætter eller kusine,” siger Farwha Nielsen, der også er uddannet sygeplejerske.

»» FRA STAMMEFOLK TIL KONGEHUSE

Det skønnes, at 18 pct. af klodens 6,5 mia. indbyggere lever i samfund, hvor 20-50 pct. af alle ægteskaber indgås mellem fætter og kusine.

Blandt mindretal, der følger traditionen, kan f.eks. nævnes: Amish-folket i USA, hvor ca. 85 pct. er gift med deres fætter/kusine blandt personer født mellem 1940 og 1960.

Romaer i Europa og USA, der har mellem 10 og 62 pct. fætter-kusine-ægteskaber.

Fætter-kusine-ægteskab har også været almindeligt i Europa og var tidligere meget udbredt i de europæiske kongehuse. Charles Darwin og Albert Einstein var begge gift med deres kusiner. Studier viser, at fætter-kusine-ægteskaber i dag er mest almindeligt i de fattigste dele af landbefolkningen. Kulturelt forklares ægteskab inden for familien med, at traditionen fastholder jord og ejendom i familien og styrker slægtsbåndene og stabiliteten i slægten.

De handicap og sygdomme, som ses i fætter-kusine-ægteskaber, optræder også i små isolerede samfund, der længe har levet i relativ isolation – såkaldte geografiske eller kulturelle isolater. F.eks. isolerede landsbysamfund i Mellemøsten. Når den samlede genpulje i en gruppe når under en vis størrelse, kan sygdomsgener under uheldige omstændigheder blive mere udbredte.

Kilder: www.consang.dk Sundhedsstyrelsen, notat om information i forhold, hvor parterne er beslægtede, eksempelvis fætter/kusine.

fordrer også til, at skolelærere, sundhedsplejersker og sagsbehandlere tager problemet op.

”Det er vigtigt at droppe berøringsangsten og tale lige ud af posen med forældrene og de unge om, at den her skik kan give nogle problemer,” siger Manu Sareen.

I områder med mange etniske minoriteter som Vollsmose i Odense og Gellerup i Århus indgår undervisning i risikoen ved fætter-kusine-ægteskab som en del af sundhedsplejerskens information om prævention og graviditet, og erfaringerne med at bryde tabuer er gode.

”Vi oplever, at det er et emne, man sagtens kan tale åbent og direkte om, hvis tingene bliver sagt på den rigtige måde. Det er vigtigt med oplysning både i forhold til teenagere og forældre. Det, vi hører, er, at skikken er på retur blandt unge familier. En af vores sundhedsplejersker siger, at hun møder færre børn med anormaliteter end tidligere i den skole, hvor hun er kommet gennem mange år,” fortæller sundhedsplejerske og sundhedskoordinator Jytte Steengaard fra Sundhedshuset i Gellerup.

Sisi Buch fra Vollsmose har heller ingen problemer med at fortælle om risikoen ved at gifte sig og få børn inden for familien:

”De fleste unge er udmærket klar over problematikken. Traditionen knytter sig ofte til et arrangeret ægteskab, og tendensen er, at flere og flere vælger deres ægtefælle selv.”

Debat i etniske miljøer

Norge er det skandinaviske land, der er længst fremme med at sætte fætter-kusine-ægteskaber på dagsordenen. I 2007 udgav det norske Folkehelseinstituttet undersøgelsen ”Inngifte i Norge, omfang og medi-

”Fra hospitalerne har jeg ikke haft erfaring med, at fætter-kusine-ægteskaber skulle udgøre et problem. Det er nyt for mig, at der er forskning på området. Hvis der bliver lavet flere undersøgelser og en handleplan, så vil Etnisk Ressourceteam gøre, hvad vi kan for at oplyse om emnet i samarbejde med andre.”

Hospitalsimam på Rigshospitalet Naveed Baig.

cinske konsekvenser”. Den påviste, at der er dobbelt så høj spædbørnsdødelighed og øget risiko for medfødte misdannelser og dødfødsel blandt børn af fætre og kusiner.

”Et af de vigtigste resultater af den norske debat har været, at der er kommet en intern diskussion blandt de etniske minoriteter,” siger læge og direktør ved Folkehelseinstituttet i Oslo, Camilla Stoltenberg, der var med til at lave rapporten.

Men fætter-kusine-ægteskaber er et følsomt emne, og blandt herboende imamer og indvandrerorganisationer har der hidtil ikke været debat om traditionen.

Rigshospitalets imam Naveed Baig, der også leder rådgivningsgruppen Etnisk Ressourceteam, efterlyser flere undersøgelser.

”Fra hospitalerne har jeg ikke haft erfaring med, at fætter-kusine-ægteskaber skulle udgøre et problem. Det er nyt for mig, at der er forskning på området. Hvis der bliver lavet flere undersøgelser og en handleplan, så vil Etnisk Ressourceteam gøre, hvad vi kan for at oplyse om emnet i samarbejde med andre,” siger Naveed Baig.

Hans kollega – den danske imam Abdul Wahid Pedersen – er opmærksom på risikoen ved fætter-kusine-ægteskaber, men mener også, at medierne har tendens til at blæse problemet op.

”Det er selvfølgelig et problem, vi skal tage op fra tid til anden. Men det er ikke noget, der fylder i hverdagen. De unge vælger i stigende grad deres ægtefælle selv. Jeg møder rigtig mange unge, der afviser forældrenes ønske om ægteskab, og det kan være fætter-kusine-ægteskab,” lyder det fra Abdul Wahid Pedersen, der hvert år vier 100 muslimske par fra mange forskellige etniske minoriteter og blandt dem ikke er bekendt med et eneste fætter-kusine-par.

Fagfolk med kendskab til etniske minoritetsmiljøer fremhæver, at traditionen med at gifte sig inden for familien vil forsvinde i takt med, at uddannelsesniveaet stiger.

Eller som sundhedskonsulent Sisi Buch fra Vollsmose udtrykker det:

”Det kan da godt være, at de unge får forslag om at gifte sig med deres fætter eller kusine, men i mange tilfælde siger de nej. Skikken vil dog fortsat bestå blandt nogle af de mest marginaliserede indvandrere, og det giver en særlig udfordring for sundhedsvæsenet.”

bso@dsr.dk

EN FAMILIES FORBANDELSE

Arven. En familie i Odense har i årevis levet med døden tæt på. Mor og to sønner lider af den arvelige sygdom seglcelleanæmi.

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

Sygehuse og lyden af ambulancer har været en del af 20-årige Sarahs barndom, så længe hun kan huske.

”I dag kan jeg ikke forestille mig et liv uden sygehuse, for hele min barndom har jeg været med, hver gang min mor eller mine brødre blev indlagt. Bare jeg hører lyden af en ambulance, farer jeg sammen og får det psykisk dårligt. Den minder om sygdommen og om, at det kan være mine brødre eller min mor, der skal indlægges,” fortæller 19-årige Sarah fra Odense, der af hensyn til familien ønsker at være anonym.

Klokken er halv fire om eftermiddagen,

”For mig er ægteskab inden for familien no go. Jeg kunne aldrig forestille mig et romantisk og harmonisk liv med en fætter.”

Sarah, 20 år og pædagogstuderende med palæstinensisk baggrund.

og en smilende teenager med hvidt hovedtørklæde og cowboybukser træder ind ad døren i Vollsrose-lejligheden efter en dag på pædagogseminariet. Med sig har hun sin lillebror Hassan på otte år og en dansk kammerat. Mens drengene spiller på computer, serverer Sarahs mor, den 46-årige Fatima, te og kaffe på kakkeltbordet i den propre stue, hvis eneste inventar er et sofahjørne, et tv og et par brune tæpper midt på det blanke linoleumsgulv.

Ud og ind af hospitalet

Fatima, der er iført en traditionel arabisk kjole med guldbroderier, smiler og gør sig store anstrengelser for at tale dansk. I mange år har hun ikke haft overskud til at lære sproget, men for bedre at kunne forstå personalet på sygehuset har hun meldt sig til dansk tre gange om ugen, og det har givet bonus.

Ligesom to af familiens i alt fem børn lider Fatima af den arvelige blodsygdom seglcelleanæmi. Fatima har haft to blodpropper og været indlagt mange gange.

Sønnerne Mustafa på 17 og Ali på 15 år er også hårdt ramt.

De tre andre børn i søskendeflokken er ligesom Fatimas mand bærere af sygdommen. De er raske, men hvis de gifter sig med

en anden bærer, vil deres børn have risiko for at udvikle sygdommen. Da Fatima var gravid med de ældste børn, blev der ikke foretaget screening for seglcelleanæmi, men under graviditeten med otteårige Hassan fik hun foretaget en test af barnet.

Mustafas og Alis barndom har været præget af månedlange hospitalsophold, og for to år siden fik Ali foretaget en knoglemarvstransplantation med lillebror Hassan som donor. I to måneder var han indlagt på Rigshospitalet, og da han kom hjem, måtte han bære maske, spise specialmad og kunne ikke forlade sit hjem på grund af sit svæk-

lægehuset, sagde min mor: ”Han er sindsygt,” og så skete der ikke mere.”

Flere af Fatimas familiemedlemmer er også ramt. Hun har en broder, der stadig bor i Libanon og er gift med sin kusine. Tre af hans syv børn lider af seglcelleanæmi.

”Det er rigtig hårdt at have syge familiemedlemmer. Det er, som om man kun har en halv mor. Hun er helt vildt træt og har ondt. Jeg går altid med en eller anden frygt for, at der skal ske min familie noget. Min lillebror Ali har haft flere blodpropper, og der har været perioder, hvor vi frygtede, at han ikke ville overleve,” fortæller Sarah. Sammen med sin et år ældre storesøster må hun trække et stort læs i familien, fordi også børnenes far er svækket på grund af en nervesygdom. Trods den vanskelige situation ser hun optimistisk på sin egen fremtid.

”Der er mange, der tror, at når man bærer tørklæde, så er man én, der går på bistandshjælp og ikke vil yde til det danske samfund. Danmark er mit hjem, og Libanon er et sted, jeg tager på ferie. Jeg elsker at bo her, er i gang med en uddannelse og er meget glad for de muligheder, jeg har fået her,” siger Sarah.

I dag er familien opsat på, at sygdommen ikke skal føres videre til nye generationer.

”Hvis jeg skal giftes med en araber, skal han helt klart screenes, og hvis han er bærer af sygdommen, kan vi ikke gifte os. Det har simpelthen for store omkostninger at få så syge børn,” siger Sarah og understreger, at et ægteskab inden for familien slet ikke kommer på tale:

”Der er palæstinensiske unge, der gifter sig med deres fætter og kusine, og andre gør det ikke. I min familie vælger de unge deres ægtefælle selv, og sådan er det også i de nye generationer. For mig er ægteskab inden for familien no go. Jeg kunne aldrig forestille mig et romantisk og harmonisk liv med en fætter.”

Familien har valgt at fortælle historien anonymt af hensyn til ikke mindst børnene. Sygeplejersken kender familiens fulde navn.

bso@dsr.dk

kede immunforsvar. Lægerne har også tilbudt Mustafa en knoglemarvstransplantation, men indtil videre har det ikke været muligt at finde en egnet donor.

Begge brødre passer i dag deres skole. Mustafa på 17 år går i 9. klasse. På grund af sygdommen har han dårlig hofte, og han vokser ikke, som han skal. Han får i dag væksthormon, og det er planen, at han skal have indopereret en ny hofte som 20-årig.

Fatima og hendes mand stammer oprindeligt fra et område i det nordlige Palæstina, hvor familier i generationer har levet isoleret og derfor er indgiftede. De to ægtefæller er ikke fætter og kusine, men er i familie med hinanden via deres oldeforældre.

Fatima fortæller, at seglcelleanæmi er meget almindeligt i den fattige Badawi-flygtningelejr i Libanon, hvor hun voksede op.

Smerter i knogler og led

Fatima har altid været meget træt og har haft perioder med voldsomme smerter i knogler og led, men først efter at hun var kommet til Danmark, fik hun sygdommen diagnosticeret i 1994.

”Da jeg var barn, slog lægerne det hen. På et tidspunkt kom en meget dygtig læge fra Saudi-Arabien til lejren. Han fortalte, at jeg havde seglcelleanæmi, men da vi gik ud af

»» SEGLCELLEANÆMI

Seglecelleanæmi er en arvelig sygdom, der er meget udbredt i Afrika, Mellemøsten, Sydøstasien og blandt den afroamerikanske befolkning.

Sygdommen er opkaldt efter den type segl, man tidligere høstede korn med. Det skyldes, at de syge blodceller får form som en segl. Man kan have sygdommen i flere grader. De lette grader af sygdommen er ikke så invaliderende, og sygdommen giver samtidig beskyttelse mod malaria.

Sygdommen skyldes en mutation i det gen, der koder for blodets hæmoglobin. Genfejlen ændrer blodcellens form og gør den mindre egnet til at transportere ilt og til at bevæge sig gennem blodsystemet. Sygdommen giver øget træthed på grund af iltmangel og smerter samt øget risiko for blodpropper. For at få sygdommen skal både far og mor have hæmoglobinmutationen.

Kilde: Sundhedsguiden.dk



TUNESISK LÆGE TAL ÅBENT OM RISIKOEN

Pionér. Genetiske sygdomme er meget udbredte i Mellemøsten og Nordafrika. En kvindelig tunesisk læge har sat sig for at gøre noget ved problemet, og hendes budskab har spredt sig i hele Mellemøsten.

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: SØREN HOLM

Familier med to og tre syge børn, der lider af alvorlige blodsygdomme, har ekstra fingre og er blinde.

Det var den slags chokerende oplevelser, der fik den unge tunesiske læge Habiba Bouhamed Chaabouni til at forske i fætter-kusine-ægteskaber i 70'erne.

Hun undrede sig over de mange genetiske sygdomme i et land, hvor en tredjedel af alle ægteskaber indgås mellem fætter og kusine. Hun begyndte at undersøge fænomenet, og i dag er Habiba Bouhamed Chaabouni en af den arabiske verdens førende forskere i arvelige sygdomme. Hun leder en forskningsenhed for genetiske sygdomme ved universitetet i Tunis og har skrevet mere end 40 videnskabelige artikler om emnet. Hun står også bag oprettelsen af et netværk af klinikker, som tilbyder genetisk

rådgivning og optræder flittigt i de arabiske medier som ekspert i fætter-kusine-ægteskaber.

Og Habiba Bouhamed Chaabouni er ikke alene. I Tyrkiet, Saudi-Arabien, Jordan og andre mellemøstlige lande arbejder læger på at udforske og oplyse om risikoen ved fætter-kusine-ægteskaber.

”Fætter-kusine-ægteskaber udgør et alvorligt sundhedsproblem i den arabiske verden. Derfor er det vigtigt, at de unge bliver oplyst, og at der er genetisk rådgivning til fætter-kusine-par,” siger Habiba Bouhamed Chaabouni på en skrattende telefonlinje fra Tunis.

Hun fortæller, at 40.000 tunesiske par foreløbig har fået genetisk rådgivning og tilbud om fosterdiagnostik.

”Hvis der diagnosticeres alvorlig syg-

dom, som der ikke findes behandling for, tilbydes parrene abort,” siger Habiba Bouhamed Chaabouni.

Et stort tabu

Selv om risikoen ved fætter-kusine-ægteskaber har været på dagsordenen i Tunesien de seneste 20 år, er traditionen stadig udbredt.

”Ægteskaber inden for familien er stadig meget almindelige, men oplysning har øget bevidstheden om, at der er en risiko ved fætter-kusine-ægteskaber, hvis der er arvelige sygdomme i familien. I nogle familier er emnet stadig meget tabubelagt og ikke noget, man vil tale om,” fortæller Habiba Bouhamed Chaabouni. Den tunesiske læge mener, at det kan være en endnu større udfordring at informere om risikoen ved beslægtede ægteskaber blandt indvandrere i Danmark end i hjemlandet.

”Indvandrere har en tendens til at være mere lukkede og konservative end befolkningen i de lande, de kommer fra. I Tunesien oplever jeg, at familier reagerer meget forskelligt, når de får at vide, at deres barns sygdom kan hænge sammen med indgiftighed. Nogle familier accepterer ikke den forklaring. Andre ønsker at vide mere,” siger Habiba Bouhamed Chaabouni, der opfordrer danske sygeplejersker og læger til at bryde tabuet og tale åbent om risikoen. Desuden mener hun, at de etniske minoriteters egne foreninger og religiøse samfund har pligt til at diskutere traditionen.

”Vi skal ikke forbyde fætter-kusine-ægteskab. Det er et personligt valg, som den enkelte skal tage stilling til. Et forbud vil blot skabe en modreaktion. Men der skal være tale om et valg, der træffes på baggrund af grundig oplysning.”

bso@dsr.dk



FOTO: LOREAL

Habiba Bouhamed Chaabouni er en af den arabiske verdens førende forskere i arvelige sygdomme og en af de første, der har sat de sundhedsmæssige konsekvenser af fætter-kusine-ægteskaber på dagsordenen.

PRISBELØNNET FORSKER

Habiba Bouhamed Chaabouni er professor i genetik ved universitetet i Tunis. I 1981 grundlagde hun det første center for genetisk rådgivning og studerede samtidig omfanget af indgiftighed i et område af det nordlige Tunesien, hvor genetiske sygdomme er meget udbredte. Hendes studier viste, at en fjerdedel af alle ægteskaber i området var mellem fætter/kusine.

I 2004 ledede Habiba Bouhamed Chaabouni den første gruppe af forskere, der udforskede en genmutation, som udløser dyb stemme og skægvekst hos piger og tidlig pubertet hos drenge helt ned til toårsalderen.

Hun har også kortlagt det såkaldte Bardet-Biedl syndrom, der resulterer i synsforstyrrelser, fedme samt ekstra fingre og tæer, i 19 tunesiske fætter-kusine-ægteskaber.

I 2006 modtog hun Unesco L'Oreal prisen til kvinder i videnskab.

”Ægteskaber inden for familien er stadig meget almindelige, men oplysning har øget bevidstheden om, at der er en risiko ved fætter-kusine-ægteskaber, hvis der er arvelige sygdomme i familien. I nogle familier er emnet stadig meget tabubelagt og ikke noget, man vil tale om.”

Habiba Bouhamed Chaabouni, tunesisk professor.



SUNDHEDSFARLIGE

Førstehjælpere. De to sygeplejersker Gitte Wandschneider og Boel Emanuel har oprettet et frivilligt førstehjælpskorps, der rykker ud ved demonstrationer. De mener, at politiets fremfærd udgør en sundhedsfare for demonstranterne, og kritiserer ordensmagten for unødvendig magtanvendelse.

Det er gået voldsomt for sig ved demonstrationer i København de senere år. Billedet er taget i området omkring Christiania i maj 2007.



ARKIVFOTO: SCANPIX

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

16-årige Catrine Rex Fuglseth Hinrichs fra Nørrebro i København måtte indlægges til observation for brud på nakkehvirvlen, efter at hun for nylig havde deltaget i en demonstration i København.

Den spinkle skoleelev med klare blå øjne, store smilehuller og tre sølvpiercinger på hagen fortæller nøgternt om sit møde med politiet.

Catrine Rex Fuglseth Hinrichs havde deltaget i en demonstration på toårsdagen for rydningen af Ungdomshuset den 1. marts i

år. Efter den fredelige demonstration samlede en gruppe unge til en fest på den tomt, hvor Ungdomshuset tidligere lå. De unge havde bygget et symbolsk hus af kasser på tomt.

Politiets døgnrapport rapporterer om en fredelig demonstration, men senere på aftenen var der graffitihærværk på Assistens Kirkegård på Nørrebro og bål i den afspærrede del af Jagtvej.

Politiet så på, mens de unge festede på tomt i flere timer, og ved nitiden om aftenen

beordrede en stor gruppe politifolk de unge til at gå.

Catrine Rex Fuglseth Hinrichs fortæller, hvordan en betjent skubbede hende hårdt ned mod asfalten, da han ikke mente, at hun og de andre unge var hurtige nok til at komme væk. Hun blev konfus, og da hun ikke rejste sig med det samme, fik hun et knippslag i hovedet og blev sparket i maven. Knap et døgn var hun indlagt på Bispebjerg Hospital til observation for brud på nakkehvirvlen. I 14 dage gik hun med halskrave,

DEMONSTRATIONER



FOTO: SIMON KNUDSEN

”Ved en demonstration i januar oplevede vi, at en ældre kvinde ikke kunne få vejret på grund af politiets brug af peberspray,” fortæller Boel Emanuel, der er sundhedsplejerske i Københavns Kommune.



FOTO: SIMON KNUDSEN

”Gennem to et halvt år har vi været vidne til unødvendig magtanvendelse,” siger Gitte Wandschneider, der til daglig er sygeplejerske i Kirkens Korshær.

>>> EN OPTRAPPET KONFLIKT

Gitte Wandschneider og Boel Emanuel, I har som sygeplejersker dannet et frivilligt netværk af førstehjælpere, der rykker ud ved demonstrationer. Hvorfor er det nødvendigt?

”Vi har oplevet demonstrationer, hvor situationen er accelereret så voldsomt, at ambulancer ikke har kunnet rykke ud. I den situation er der fare for, at de, der er til stede, ikke får den hjælp, der skal til. Derfor har vi besluttet at være til stede som førstehjælpere.”

Tager I ikke på den måde parti for demonstranterne?

”Vi er til stede for at hjælpe som sygeplejersker, og så er vi med på sidelinjen som observatører. Vi er godt klar over, at politiet er under pres. Men vi er chokerede over at se, hvordan politiet håndterer situationen. Vi har oplevet en meget dårlig konflikthåndtering. Politiet bruger nedgørende ord og groft sprog, så hele situationen eskaleres. I stedet burde det være en del af politiets opgave at forsøge at tackle situationen, så konflikten nedtones. Det, vi har set, er en tiltagende unødvendig magtanvendelse og fysiske overgreb mod fredelige demonstranter.”

og hun er stadig øm, men hun regner ikke med at få mén.

”Jeg er vred, og sammen med mine forældre har jeg besluttet at klage til statsadvokaten,” siger Catrine Rex Fuglseth Hinrichs.

Frivillige rykkede ud

Catrine Rex Fuglseth Hinrichs er en af de sårede demonstranter, som de to sygeplejersker Gitte Wandschneider og Boel Emanuel er stødt på, efter at de for to et halvt år siden tog et utraditionelt initiativ. Gitte

Wandschneider er til daglig sygeplejerske i Kirkens Korshær på Nørrebro og desuden bestyrelsesmedlem i Dansk Sygeplejeråd Kreds Hovedstaden. Boel Emanuel er sundhedsplejerske i Københavns Kommune, og de kender begge ungdomsmiljøerne på Nørrebro.

Op til de store demonstrationer omkring Ungdomshuset i 2007 og 2008 dannede de sammen med en snes læger og sygeplejersker et frivilligt korps af førstehjælpere, der rykkede ud med førstehjælpstasker og be-

handlede snitsår eller hjalp demonstranter, som var blevet dårlige af tåregas.

”Vi har mødt mange, der har fået for meget tåregas. Vi har oplevet, at demonstranter ikke kunne få vejret, men på grund af kaos i gaderne kunne de ikke få hjælp,” siger Gitte Wandschneider, der oplyser, at politiet har kendskab til initiativet.

På sidelinjen

Efter de voldsomme begivenheder i København i 2007 og 2008 har førstehjælper-

”Vi er seriøst bekymrede for den sundhedsrisiko almindelige borgere kan blive udsat for, hvis de går i demonstration.”

Gitte Wandschneider, sygeplejerske.

» ne været med på sidelinjen ved en lang række større og mindre demonstrationer som f.eks. 1. maj og demonstrationer i forbindelse med krigen i Gaza.

”Gennem to et halvt år har vi været vidne til unødvendig magtanvendelse, og vi er seriøst bekymrede for, hvad almindelige borgere kan blive udsat for rent sundhedsmæssigt, hvis de demonstrerer,” siger Gitte Wandschneider, som har mødt demonstranter med alvorlige skader som hovedtraumer, hundebid, skader på halsen, brandsår, ødelagte håndledsnerver og skulderskader, fordi hænderne i lang tid har været bundet sammen i strips (en slags håndjern af massiv plastik, red.). I flere tilfælde har de sårede ikke ønsket at tage på skadestuen af frygt for at blive anholdt.

Desuden har de to sygeplejersker set flere demonstranter, der er blevet lagt i strips, selvom de har haft brækkede lemmer. På sin computer har Boel Emanuel et billede af en kvinde, der har blå mærker på halsen – angiveligt efter et halsgreb.

”Det er mere held end forstand, at der ikke er nogen, der er kommet rigtig galt af sted,” siger Gitte Wandschneider, og Boel Emanuel supplerer:

”Ved en Gaza-demonstration i januar oplevede vi f.eks., at en ældre kvinde ikke kun-

ne få vejret på grund af politiets brug af peberspray. Da hun bad politiet om hjælp, blev hun anholdt. Ved samme demonstration fik en mand en ætsningsskade på kinden, også på grund af peberspray. Vi har set, hvordan politifolk har løbet efter og lagt sig oven på en helt ung pige, hvorpå politimanden sagde: ”Så kan du se, hvem der er den stærkeste af os to.”

Gitte Wandschneider fortæller, hvordan to 15-årige blev anholdt, da de kom kørende på cykel i nærheden af en demonstration.

”De befandt sig på det forkerte sted på det forkerte tidspunkt. Og ved samme demonstration fik en dreng et astmaanfald, mens han lå i strips. Vi sagde til politiet, at han skulle have hjælp, men det overhørte de,” siger Gitte Wandschneider.

Flere klager

Københavns Politi vil ikke kommentere kritikken:

”Politiet risikerer at skulle svare på nogle observationer, som måske kun tager udgangspunkt i dele af et forløb. De to sygeplejersker har samme mulighed som alle andre for at klage, hvis de føler, vi farer for hårdt frem,” siger pressetalsmand for Københavns Politi, Flemming Steen Munch.

En endnu ikke offentliggjort undersøgelse



FOTO: SIMON KRUSSEN

se fra Justitsministeriet viser, at stadig flere danskere klager over politiet. Ifølge avisen 24 Timer modtog statsadvokaten i 2008 986 klager mod f.eks. 876 klager i 2002. Et forskerteam fra Aalborg Universitet har analyseret de utilfredse borgeres klager, og de kommer især fra danskere, som er utilfredse med betjentenes grove sprog.

Blandt dem er også 16-årige Catrine Rex Fuglseth Hinrichs:

”Jeg siger ikke, at politiet skal tale til mig som en pædagog. Selvfølgelig skal de være bestemte. Men jeg har mange gange oplevet at blive kaldt ”lille missy” eller fået at vide, at ”nu skal du fucke af”. Det er ikke noget, der øger min respekt for politiet.”

bsa@dsr.dk

PSYKOLOG I POLITIET NOGLE GANGE GÅR DET GALT

En af de store udfordringer i politiarbejdet er at tackle en konflikt så professionelt, at situationen ikke optrappes. Det er et spørgsmål, som politiet konstant har fokus på både under uddannelsen og i jobbet. Men det er ikke det samme som, at det ikke nogle gange går galt.

Det siger chefpsykolog Bjarne Frøslee Ibsen fra Rigspolitiets Psykologtjeneste. Han

kan ikke kommentere de to sygeplejerskers kritik, men fremhæver, at konflikthåndtering generelt er et meget vigtigt tema for politiet.

”Ligesom en sygeplejerske ikke må blive påvirket af at se blod, så er en del af grundsubstansen i politierhvervet, at politifolk skal kunne håndtere konflikter professionelt og undgå at handle ud fra følelser. Det er no-

get, der konstant arbejdes med i politiet – specielt i København, hvor der er mange unge politifolk på gaden. Men det er ikke det samme som, at det ikke nogle gange går galt,” siger Bjarne Frøslee Ibsen.

Ifølge Rigspolitiets chefpsykolog har nogle af de senere års demonstrationer udsat politifolk for et stort pres.

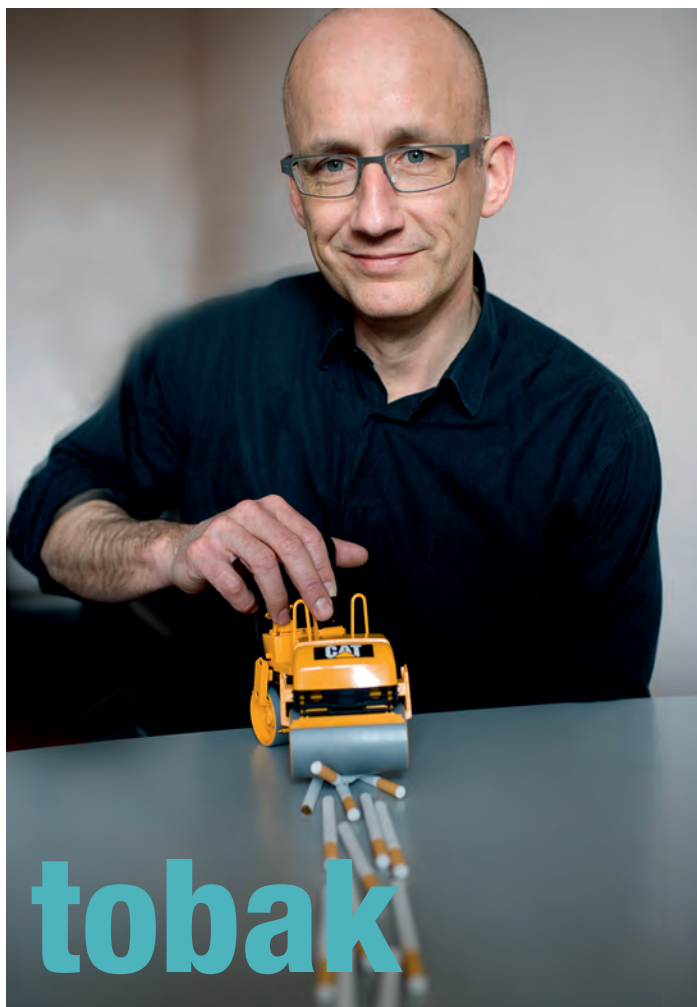
”Risikoen er, at den enkelte politimand handler på følelser i pressede situationer. Jeg tror ikke, man kan lave et system, hvor der ikke nogle gange vil ske fejl. Men det vigtige er, at ledelsen hele tiden arbejder på, at politifolk opfører sig professionelt. Og det oplever jeg, at man gør i politiet.”

bsa@dsr.dk

”Ligesom en sygeplejerske ikke må blive påvirket af at se blod, så er en del af grundsubstansen i politierhvervet, at politifolk skal kunne håndtere konflikter professionelt og undgå at handle ud fra følelser.”

Chefpsykolog Bjarne Frøslee Ibsen fra Rigspolitiets Psykologtjeneste.

Så gør dog noget. Hvordan vil fremtidens historikere betragte vores laden stå til i forhold til tobak som den store dræber? spørger professor Morten Grønbæk, der er medlem af regeringens forebyggelseskommission.



Farvel og tobak

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR • FOTO: POUL RASMUSSEN



Et slag på tasken siger, at 280.000 danskere vil dø før tid i løbet af de næste 40 år, hvis vi med åbent sind og helt klar over rygningens skadevirkninger lader stå

til. Det konstaterede forskningschef ved Statens Institut for Folkesundhed og medlem af regeringens forebyggelseskommission, dr.med. Morten Grønbæk, for nylig i en kronik i dagbladet Politiken. ”Jeg undrer mig over, at vi stadig tillader salg af tobak i Danmark,” begyndte han kronikken.

Kan vi forbyde salg af tobak?

Morten Grønbæk: ”Jeg stiller spørgsmålet som sundheds-fagperson, men jeg er lægperson hvad angår politik, jura og økonomi. Fra arbejdet i Forebyggelseskommissionen ved jeg, at man hurtigt render ind i mange praktisk-legale forhindringer. Og så har jeg som fagperson på sundhedsområdet lyst til at sige: Det er jeg da ligeglad med, jeg vil bare sørge for, at folk får et længere og sundere liv! Derfor må jeg spørge: Hvorfor gør vi ikke mere ved problemet, end vi gør?”

Kriminaliserer vi ikke en stor del af befolkningen med et forbud, som storrygere ikke kan overholde?

”Jeg er da meget tilhænger af, at man skal have lov at gøre alt muligt. Men lige præcis på tobakkens område er det så meget anderledes. Der er ikke andet, der har lige så stor indvirkning på folkesundheden som tobakken. Nogle gange undrer det mig, at der stadig er politikere og andre, der argumenterer så hårdnakket for retten til at ryge.”

Du fastslår selv, at der er unge kvinder med lav uddannelse, som nærmest er resistente over for information, rådgivning og løftede pegefingre?

”Der er rigtig mange, der får gavn af information og løftede pegefingre, om man vil. Man ser faktisk næsten ingen storrygere blandt folk med høj uddannelse. Men så er der andre dele af befolkningen – ikke mindst blandt unge – som er ligeglade med information af den slags.

For dem er det noget andet, som betyder noget. Det er deres forbilleder, hvad der ser smart ud. For den gruppe vil et direkte forbud have en anderledes betydning.”

Du gør opmærksom på, at svenskerne er langt bedre til at reducere antallet af rygere end vi. Men man kan da stadig købe tobak i Sverige?

”Det er rigtigt. Men jeg vil egentlig hellere pege på Norge, hvor tobak koster næsten det dobbelte af, hvad det gør i Danmark. Derudover er tobakken langt mindre synlig på salgsstederne end her. Hvilket har medført, at der er 9 pct. rygere i Norge mod 25 pct. her.”

Rammer forbud eller store afgiftsforhøjelser ikke socialt skævt?

”Min pointe er, at det OGSÅ rammer de befolkningsgrupper, som ellers er temmelig resistente over for information og løftede pegefingre.”

Risikerer vi ikke, at store dele af befolkningen går i baglås over stadigt flere sundhedsdekreter?

”Det er der allerede nogle, der gør. Vil man ikke høre på kendsgerningerne, så må man jo lade være.”

sp@dsr.dk

Millioner af amerikanere holder vejret i disse måneder, fordi deres arbejdsplads er truet af lukning. Her er det amerikanske ansatte på lastbilfabrikken DaimlerChrysler i Warren, Michigan. I løbet af den kommende måned afgøres det, om fabrikken må lukke. Sker det, risikerer de ansatte at miste deres sundhedsforsikring. I forvejen er 46 millioner amerikanere uden sundhedsforsikring, og halvdelen af alle personlige konkurser i USA skyldes ubetalte lægeregninger.



Ukoordineret. Det har kolossale økonomiske og sociale omkostninger, at millioner af amerikanere ikke har adgang til behandling. Men hvis præsident Obamas plan for at ændre sundhedssystemet kommer gennem det politiske system, vil mange amerikanere få en tryggere tilværelse.

OBAMAS STORE UDFORDRING 46 MILLIONER AMERIKANERE

AF BIRGIT BRUNSTED, JOURNALIST



Det er USA's tragedie, at mindst 46 millioner amerikanere ikke har en sundhedsforsikring. Et af præsident Barack Obamas vigtigste valgløfter var da også, at alle borgere skal have adgang til en sygeforsikring. Og det holder han tilsyneladende fast ved på trods af den økonomiske krise, der plager USA.

En amerikaner, der ikke har råd til livsvigtig medicin, må f.eks. nøjes med den halve dosis insulin. Den konstante angst for, at ud-

gifterne til alvorlig sygdom kan sende familien på gaden, er noget, danskere knap kan forestille sig. Halvdelen af alle personlige konkurser i USA skyldes ubetalte lægeregninger, og 1,5 millioner amerikanere må hvert år gå fra hus og hjem af samme grund.

Ikke desto mindre er USA det land i verden, der bruger flest penge på sundhedsområdet – nemlig 16 pct. af bruttonationalproduktet mod Danmarks 9 pct. Men USA



ARKIVFOTO: SCANPIX

UDEN SUNDHEDSFORSIKRING

er også det land, der får mindst ud af pengene, og det amerikanske sundhedssystem er i dyb krise. Området er fejlbehæftet, ukoordineret og i hænderne på grådige forsikringselskaber og en privat sundhedssektor, der med få undtagelser, fokuserer på profit.

En sundhedsreform har længe været demokraternes drøm, men diskussionen har hver gang ført til voldsom modstand fra republikanere, forsikringselskaber, hospi-

taler og læger, som har lobbyet kraftigt mod, at regeringen skulle blande sig i det fri marked. Man behøver bare at tænke på præsident Clintons forsøg i 1993/94, som udløste en lavine af protester, kampagner og annoncer, der ofte viste sig at være direkte løgnagtige.

Begynd med børnene

Kelly Johnson, der er ledende sygeplejerske på det store børnehospital, The Children's

Hospital i Denver, Colorado, er en af de sygeplejersker, der mærker konsekvenserne af det amerikanske sundhedssystems mangler: Personalet møder børn, der ikke får vaccinationer eller er afskåret fra at få behandling af kroniske lidelser som f.eks. astma eller diabetes.

”Når 46 millioner amerikanere, herunder ni millioner børn, ikke har sundhedsforsikring, er det klart, vi har et problem. Selv om børnenes sundhedstilstand på man-

))) SUNDHEDSFORSIKRINGER TIL EN FAIR OG STABIL PRIS

Obamas sundhedsplan vil:

- kræve, at forsikringselskaberne også forsikrer i forvejen syge personer, så alle amerikanere, uanset sundhedsstatus, kan få sundhedsforsikring til en fair og stabil pris
- give små virksomheder skattelettelser, så de kan tilbyde deres ansatte en forsikring, de kan betale
- betale en del af arbejdsgiverens udgifter, når en medarbejder rammes af kritisk sygdom
- forhindre forsikringselskaber i at tage overpris for lægers ansvarsforsikring
- gøre arbejdsgivernes præmier mere fair ved at lade arbejdsgivere, der ikke tilbyder deres ansatte sundhedsforsikring, betale en procentdel af lønnen til sundhedsydelse for medarbejderne
- oprette en national sundhedsforsikringsbørs med både private og offentlige selskaber, der kan tilbyde små virksomheder og enkeltindivider sundhedsforsikring til en pris, de kan betale
- sikre, at alle, der har behov, vil kunne trække deres forsikringspræmie fra i skat.

Udgifterne skal ned ved at:

- sænke udgifterne til lægemidler ved at tillade import af sikker medicin, øge brugen af kopilægemidler og forhindre medicinalfirmaer i at blokere for de billigere kopilægemidler
- investere i en elektronisk patientjournal, der kan følge patienten overalt i USA
- forbedre adgangen til forebyggelse og programmer, der hjælper kronisk syge
- reformere forsikringsmarkedet og skabe mere konkurrence ved at dæmme op for aktiviteter, der hæmmer konkurrencen, og som driver priserne op uden at forbedre kvaliteten.

Planen kaldes The Obama-Biden Healthplan. Joseph Biden er Barack Obamas vicepræsident.

Kilde: www.whitehouse.gov/agenda/health_care

» ge måder er blevet bedre de senere år, er der meget store sociale uligheder,” siger Kelly Johnson.

Hvad mener du om præsident Obamas sundhedsplan?

”Det skal blive interessant at følge lovgivningsprocessen, når de principper, demokraterne opstillede under valgkampen, rent faktisk skal forhandles,” siger Kelly Johnson og fortsætter:

”Under valgkampen foreslog præsident Obama, at alle børn skulle have sygeforsikring. Det støtter vi her på hospitalet, og det er måske mere realistisk at begynde med børnene end med ét slag at ville give alle amerikanere sygeforsikring.”

”Men at udvide adgangen til sygeforsikring er kun et skridt i processen mod en sundhedsreform,” siger Dori Biester, professor i pædiatrisk sygepleje på The Children’s Hospital.

”Der er så meget mere, der skal gøres, hvis vi ønsker en virkelig dybtgående sundhedsreform, der omfatter adgang til sammenhængende sundhedsydelser, der er rimelige i pris og af høj kvalitet. Og børnehospitaler over hele landet er fast besluttede på at arbejde sammen med Obamas administration for at fremme disse tanker.”

Hvordan vil det påvirke jeres hospital, hvis alle børn får en sundhedsforsikring?

”Vi ved, at børn der er forsikrede, bruger sundhedssystemet mere, især med hensyn til vaccinationer og børneundersøgelser. Og forebyggelse og undersøgelser, der tidligt opdager sygdom, giver gevinst og sænker sundhedsudgifterne i det lange løb,” siger Kelly Johnson.

Debat i hele USA

Og tiden er ved at være moden. Selv tidligere modstandere medgiver, at man er nødt til at gøre noget, før hele sundhedssystemet kollapse. Det Hvide Hus har arrangeret en lang række debatmøder om sundhedsreformen over hele landet ”for at åbne diskussionen på tværs af ideologiske skel”, som præsident Obama siger:

”Denne gang er ingen i tvivl om, at alle amerikanere skal have adgang til kvalitetsbehandling, som de kan betale – det eneste spørgsmål er hvordan,” sagde præsident Obama i sin tale ved det første møde om den ny reform.

Med sin sundhedsreform vil præsident Obama bygge på den eksisterende infrastruktur i sundhedssystemet og bruge de samme læger og hospitaler, men reducere

ineffektivitet og spild og forbedre behandlingskvaliteten.

”Det kan godt være, at det arbejdsgiverbaserede system, vi har i dag, ikke er det bedste. Men det er det, vi alle er vant til. Det fungerer for mange amerikanere. Derfor tror jeg ikke, at den bedste måde at fikse vort sundhedssystem på er ved at skrotte, hvad alle er vant til, og størstedelen af borgerne allerede har. Vi skal hellere bygge på det system, vi har, og fylde nogle af hullerne ud,” sagde præsident Obama på et pressemøde den 26. marts.

”Med denne plan kan man beholde sin nuværende sundhedsforsikring, hvis man er tilfreds med den. Intet ændrer sig, undtagen at omkostningerne vil falde med op til 2.500 dollars om året (ca. 12.000 kr.). Borgere, der ikke har en sundhedsforsikring, vil kunne vælge mellem en række nye sundhedsforsikringer, alle kan betale,” siger han.

Næste kapitel bliver den spændende politiske kamp om at få vedtaget en ny sundhedsreform i USA.

redaktionen@dsr.dk

Et år efter strejken

Ligeløn handler om vilje. Intet andet.

Så klart var budskabet, da medlemmerne af Dansk Sygeplejeråd og de 10 andre organisationer i Sundhedskartellet for et år siden gik i strejke og dagen efter mødtes foran Christiansborg for at understrege kravet om ligeløn. Adressen var ikke til at tage fejl af: Ligeløn var og er et samfundsproblem, som parterne på det offentlige arbejdsmarked ikke kan løse alene. Samfundsproblemer kræver samfundsløsninger

Som bekendt blev vores strejke lang. Kampen for ligeløn kræver blod, sved og tårer. Det gør det altid, når man kæmper for grundlæggende forandringer i et samfund.

Og når man nu sidder her et år efter og kigger tilbage, hvad har vi så fået ud af anstrengelserne?

På plussiden tæller, at vi har sprængt den ramme for lønforbedringer, som finansministeren ellers havde dikteret til de offentlige arbejdsgivere. Det kan ses på den enkelte sygeplejerskes lønseddel. Vores strejke har også blotlagt svaghederne ved den berømmede "danske aftalemodel", og dermed har vi været med til at bane vej for Lønkommissionen. Og så har vi fået sat fokus på, at velkvalificerede sygeplejersker er en forudsætning for, at vi også i fremtiden har et stærkt offentligt sundhedsvæsen.

På minussiden tæller, at der stadig er langt til ligeløn. Sygeplejerskernes – og de øvrige kvindegrupper – lønefterslæb er så stort, at vi i en årrække fremover skal blive ved med at hale ind på de privatansatte, for at vi kan få ligeløn. Og så har konflikten kostet, både for fællesskabet og for den enkelte, ikke mindst pga. konfliktkontingentet, og nogle medlemmer har oplevet bøvvl med konfliktunderstøttelsen.

Når jeg lægger det op på vægtskålen, vejer plussiden tungest. I den forbindelse er det også vigtigt at overveje, hvad der egentlig var alternativet? Vi har gennem flere overenskomstrunder forsøgt at sætte ligeløn på dagsordenen, men det er meget svært at trænge igennem lydturen. Jeg er helt overbevist om, at hvis vi ikke havde kastet os så offensivt ind i kampen for ligeløn, ville vi ikke have fået taget hul på bylden.

Vi har skabt et momentum i ligelønskampen. Det skal vi holde fast i. Lønkommissionen er et af de steder, hvor Dansk Sygeplejeråd og Sundhedskartellet slås for ligeløn. Men det er lige så vigtigt, at hver eneste sygeplejerske rejser diskussionen om uligeløn, når hun kan komme til det.

Den 16. april er det et år siden, vores strejke begyndte. Jeg synes, det er en god anledning til, at vi alle sammen kipper med ligelønsflaget og gør vores omgivelser opmærksomme på, at sygeplejerskerne stadig har en markant uligeløn. Strejken er slut. Men ligelønskampen fortsætter.

"Jeg er helt overbevist om, at hvis vi ikke havde kastet os så offensivt ind i kampen for ligeløn, ville vi ikke have fået taget hul på bylden."



Connie Kruckow, formand



Lad som ingenting

Af Karen-Lise Clausen, sygeplejerske

Kommentar til debatindlægget "Flov på standens vegne" i Sygeplejersken nr. 5/2009.

Jeg læste i *Sygeplejersken*, at man i Odense atter havde taget spørgsmålet om tørklæder op.

Jeg er ved at rydde op i mine billeder og faldt over dette. Det er taget i Saudi-Arabien i 1982, vi er en blandet gruppe, tre fra Ægypten, to fra Filippinerne og så mig fra Danmark. Det faldt os helt naturligt, at vores muslimske kolleger gik med tørklæde, og helt ærlig, ser de ikke søde ud, der er da ingen patienter, der kan tage skade af det. Desuden har de mere styr på håret end vi andre. Som man kan se, er vores kitler heller ikke lige lange, og muslimerne har lange ærmer, men man kan godt passe på hygiejnen, selv om ærmerne er lidt længere. Det var lidt om tørklædesnakken, måske man bare skal lade som ingenting og lade pigerne selv bestemme, hvad de vil gå med, så er min erfaring, at tørklæderne lige så stille glider af med tiden.

En hilsen fra en pensioneret sygeplejerske, der har været lidt rundt i verden.

Karen-Lise Clausen er pensioneret sygeplejerske.



Læserbrevsskribenten Karen-Lise Clausen med kolleger fra Filippinerne og Ægypten under et ophold i Saudi-Arabien i 1982. "Det faldt os helt naturligt, at vores muslimske kolleger gik med tørklæde," skriver hun bl.a.

>>> HVAD MENER DU

www.sygeplejersken.dk

Nyt spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:

Skal der indføres forbud mod salg af tobak i Danmark?

Læs artiklen "Farvel og tobak" side 29 i dette nummer af *Sygeplejersken*.

Svar på spørgsmål stillet i *Sygeplejersken* nr. 6/2009: Føler du dig som én af finanskrisens vindere?

Svar	antal	pct.
Ja	18	15,8
Nej	84	73,7
Ved ikke	12	10,5
I alt	114	100

"Regeringen har haft et sært sexet forhold til den såkaldte kræftpakke. De psykisk syge har aldrig før haft samme bevågenhed hos regeringen. Jeg nægter at tro, at regeringen lægger op til at gøre psykiatrien sexet for langt om længe at fremstå som ansvarlige over for de psykisk syge."

Sognepræst ved Christians Kirke på Christianshavn Flemming Pless, Politiken, 30. marts 2009.

AALBORG UNIVERSITET



Master i SUNDHEDSINFORMATIK

- videreuddannelse når DU har tid!

SØG IND NU via www.sundhedsinformatik.aau.dk



Sekretariat:

**Virtuelt Center for
Sundhedsinformatik**

Aalborg Universitet

Fredrik Bajers Vej 7D · DK-9220 Aalborg Ø

Tel: +45 9940 9880/8809 · info@v-chi.dk

PRODUKTINFORMATION FOR ANNONCE SIDE 33

Forkortet Produktresumé. Relistor® (Methylnaltrexonbromid) 12 mg/0,6 ml injektionsvæske, opløsning til injektion. **Indikationer:** Behandling af opioidinduceret obstipation hos patienter med fremskreden sygdom og i palliativ behandling, når respons på behandling med sædvanlige laksantia ikke har været tilstrækkelig. **Dosering:** Kun til voksne. Hvis behandling med sædvanlige laksantia har været utilstrækkelig, bør Relistor tilføjes for at inducere omgående afføring. Anbefalede dosis 8 mg (0,4 ml Relistor) (for patienter, der vejer 38-61 kg) eller 12 mg (0,6 ml Relistor) (for patienter, der vejer 62-114 kg). Det normale behandlingsprogram er en enkelt dosis hver anden dag. Doserne kan også gives med længere interval, alt efter klinisk behov. Patienterne må få to doser med 24 timers mellemrum, men kun hvis der ikke har været afføring efter dosis den foregående dag. Patienter, hvis vægt ligger uden for områderne, doseres med 0,15 mg/kg. Injektionsvolumen for disse patienter beregnes som: Dosis (ml) = patientens vægt (kg) × 0,0075.

Nyrepatienter: For patienter med svært nedsat nyrefunktion (kreatinin-clearance mindre end 30 ml/min) skal dosen af methylnaltrexonbromid reduceres fra 12 mg til 8 mg (0,4 ml Relistor) for patienter, der vejer fra 62 til 114 kg, eller fra 0,15 mg/kg til 0,075 mg/kg for patienter, hvis vægt falder uden for området 62 til 114 kg. Der foreligger ingen data fra patienter med nyresvigt i dialyse, og Relistor kan ikke anbefales til disse patienter. **Nedsat leverfunktion:** Det er ikke nødvendigt at justere dosis for patienter med mild til moderat nedsat leverfunktion. Der foreligger ingen data fra patienter med svært nedsat leverfunktion (Child-Pugh, klasse C), og Relistor kan ikke anbefales til disse patienter. **Pædiatriske patienter:** Der er ingen erfaring med behandling af børn under 18 år. Methylnaltrexon bør derfor ikke anvendes i den pædiatriske aldersgruppe, før der foreligger yderligere dokumentation. **Ældre patienter:** Det er ikke nødvendigt at foretage dosisjustering på grund af alder. **Indgivelse:** Relistor gives som en subkutan injektion. Det anbefales at bruge skiftende injektionssteder. Det frarådes at injicere på steder, hvor huden er om, forslået, rød eller hård. Undgå områder med ar eller strækmærker. De tre områder på kroppen, der anbefales til injektion af Relistor, er lår, abdomen og overarme. Relistor kan injiceres uden hensyn til fødeindtagelse. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Brug af methylnaltrexonbromid til patienter med kendt eller mistænkt mekanisk, gastrointestinal obstruktion eller akut abdomen er kontraindiceret. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Relistor bør ikke anvendes til behandling af patienter med obstipation, der ikke er forbundet med brug af opioider. Opstår svær eller persisterende diarré under behandlingen, skal patienterne rådes til ikke at fortsætte behandlingen med Relistor og kontakte deres læge. Behandling med methylnaltrexonbromid kan medføre hurtig afføring (inden for 30 til 60 minutter i gennemsnit). Methylnaltrexonbromid bør kun anvendes i en begrænset periode. Relistor bør kun anvendes til patienter, der får palliativ behandling. Det bruges i tillæg til behandlingen med sædvanlige laksantia. Relistor kan ikke anbefales til patienter med svært nedsat leverfunktion eller med dialysekrævende terminalt nyresvigt. Anvendelse af methylnaltrexonbromid til patienter med kolostomi, peritonealkateter, aktiv divertikelsygdom eller fækuli er ikke undersøgt. Relistor bør derfor kun indgives til disse patienter med forsigtighed. Dette lægemiddel indeholder mindre end 1 mmol natrium (23 mg) per dosis, dvs. at det stort set er natriumfrit. **Interaktioner:** In vitro-undersøgelser viser, at methylnaltrexon ikke inhiberer aktiviteten af CYP1A2, CYP2E1, CYP2B6, CYP2A6, CYP2C9, CYP2C19 og CYP3A4, hvorimod det svagt inhiberer metabolismen af et CYP2D6-modellsustrat. I et klinisk lægemiddel-interaktionsforsøg med raske voksne mænd påvirkede en subkutan dosis methylnaltrexon på 0,3 mg/kg ikke signifikant metabolismen af dextrometorphan, der er et CYP2D6-substrat. Der er ikke observeret nogen relevant ændring af methylnaltrexons AUC, foruden C₂, før og efter flerdosisadministration af cimetidin. **Graviditet og amning:** Graviditet: Der foreligger ikke tilstrækkelige data om brugen af methylnaltrexonbromid hos gravide kvinder. Relistor bør ikke anvendes under graviditet, medmindre det er klart nødvendigt. Amning: Det vides ikke, om methylnaltrexonbromid udskilles i human modermælk. En beslutning om, hvorvidt amning skal fortsættes/stoppes eller behandling med Relistor skal fortsættes/seponeres, skal træffes under hensyntagen til barnets fordel ved amning og kvindens fordel ved behandling med Relistor. **Bivirkninger:** De mest almindelige bivirkninger, som er set i alle faser af placebokontrollerede forsøg, var abdominalsmerter, kvalme, diarré og flatulens. Disse bivirkninger var generelt milde eller moderate. Nervesystemet: Almindelig: Svimmelhed. Mave-tarmkanalen: Meget almindelig: Abdominale smerter, kvalme, flatulens, diarré. Hud og subkutane væv: Almindelige: Reaktionen på injektionsstedet (f.eks. brænden, svien, smerte, rødme, ødem). Overdosering: Der er ikke rapporteret tilfælde af overdosering under de kliniske forsøg. I et forsøg med raske forsøgspersoner blev der konstateret ortostatisk hypotension forbundet med en dosis på 0,64 mg/kg, der blev administreret som en intravenøs bolus. I tilfælde af en overdosis skal tegn eller symptomer på ortostatisk hypotension monitoreres og rapporteres til en læge. Passende behandling bør påbegyndes. Pakning og priser AUP ekskl. recepturgebyr: Vnr. 77215 Relistor 1 stk. DKK 324,95. Vnr. 94933 Relistor 7 stk. DKK 2.224,50. Produktinformationen er forkortet/omskrevet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres hos

Wyeth Danmark, Produktionsvej 12, 2600 Glostrup. Tlf.: 44888005. www.wyeth.dk M080717RELS.DK

Etikpoliti er et udansk begreb

Af Dorte Elise Møller Holdgaard, oversygeplejerske

Kommentar til "5 faglige minutter", "De uens sygeplejersker", i Sygeplejersken nr. 4/2009.



Ordet "etikpoliti" giver tanke til forundring efter at have læst Jette Baghs "5 faglige minutter". Gad vide hvad der menes med det? Etikpolitiet skal sørge for, at "de sygeplejeetiske retningslinjer bliver fulgt til punkt og prikke". Der er nok tale om et bevidst fordrejet billede fra Jette Baghs side, men alligevel virker det udansk med begrebet "etikpoliti".

I Aalborg har vi oprettet en Lokalt Klinisk Etisk Komité med tværfaglig repræsentation, der under ingen omstændigheder skal fungere som politi, men skal være et refleksionsforum, hvor man kan få præsenteret etiske spørgsmål i forhold til en faglig problemstilling. Et kontrollerende forum har aldrig været intentionen og skal ikke være det. Indtil nu har det været vores erfaring, at de etiske overvejelser har været med til at give ro om en handling, som man var i tvivl om burde have udsat sig anderledes. Om faglige standarder og værdisæt følges lokalt, er et spørgsmål om god ledelse i de enkelte afdelinger, og derudover er det min personlige holdning, at såvel en person på fuld tid som en person på deltid kan være en engageret sygeplejerske.

I Neurokirurgisk Afdeling på Aalborg Sygehus vil vi gerne støtte folk, der i en periode af deres liv vil arbejde på deltid for at hellige sig andre ting i livet end arbejde. Vi oplever faktisk, at når de er på arbejde, har de mere overskud, end hvis de var på fuld tid mod deres ønske. Deltid betyder ikke det samme som en uengageret sygeplejerske, og når de igen har overskud til at arbejde på fuld tid, har vi som regel en stilling til dem.

Sygeplejersker er uens, ja. Det er mennesker i det hele taget, og vi har plads til dem alle i Neurokirurgisk Afdeling, hvis de vil udføre en sundheds- og sygepleje, som vores værdier og faglige standarder fordrer det.

De sygeplejeetiske retningslinjer har fået en blødere formulering, mener Jette Bagh. Det kan jeg heller ikke rigtig følge. For mig er der faktisk tale om en opstramning, da det kræver et større engagement at medvirke til udvikling af faget end til blot at følge udviklingen fra sidelinjen, og sætningen om at "værne om fagets troværdighed" betyder vel netop, at den enkelte sygeplejerske i sine handlinger skal vise, at hun efterlever de sygeplejeetiske retningslinjer?

Dorte Elise Møller Holdgaard er oversygeplejerske på Neurokirurgisk Afdeling K, Aalborg Sygehus, Aarhus Universitetshospital.

Svar

Af Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør

Kære Dorte Holdgaard!

Tak for din kommentar til min klumme "De uens sygeplejersker".

"Klommen "5 faglige minutter" er en personlig tekst, som gør rede for sit indhold ved hjælp af fortællinger, skrøner, citater m.m. En klummeskriver skal ikke følge almindelige journalistiske krav om saglig, objektiv gengivelse af kendsgerninger." Sådan står der under klommen, og det er værd at huske.


Du nævner i din kommentar tre områder, hvor du er uenig med mig:

- Ordet "etikpoliti" giver tanke til forundring, skriver du. Hensigten med konstruktionen af etikpolitiet var at sætte fokus på de sygeplejeetiske retningslinjer på en anderledes måde, men når et forsøg på humor skal forklares, falder det til jorden, må jeg medgive.
- Fuld tid og deltid er for mig ikke et spørgsmål om stort og lille engagement, men om at fremstille to stereotyper, Dygtige Ditte og Uengagerede Ulla, med henblik på at diskutere faglighed, men det ender med at blive ansættelsesformen, der kommer i fokus.
- Om de etiske retningslinjer er blevet blødere eller er blevet strammet op, kan diskuteres. For mig kræver udvikling af faget, at man som udgangspunkt er fagligt ajour, derfor foretrækker jeg den gamle udformning.

Klommen har givet anledning til debat, fint nok. Men ikke om pleje af faglighed i sygeplejen, og det er ærgerligt.

Jette Bagh er fagredaktør på Sygeplejersken.

Inger Landsted

 Den 27. februar 2009 døde sygeplejerske Inger Landsted på Anker Fjord Hospice, og dermed mistede dansk sygepleje en af sine helt store pionerer. Inger Landsted var gennem mange år leder af efteruddannelsen for sygeplejersker i det gamle Ringkjøbing Amt.

Før kommunalreformen i 1970 måtte sygeplejersker i Vestjylland tage til Sygeplejerskehøjskolen, hvis de ville videreudanne sig, men i midten af 1970 blev det så muligt at komme på efteruddannelse i Ringkjøbing Amt, takket være især Inger Landsted.

Jeg har været ansat som sygeplejelærer hos Inger Landsted og må sige, at hun både var en klog og belæst kvinde med sine meningers mod og derfor også god at snakke med om de store spørgsmål i livet.

Jeg husker engang, hvor vi diskuterede spørgsmålet om værdighed, at leve og at overleve, hvor hun bl.a. sagde: "Ja, overleve, men ikke for enhver pris." Det efterlevede hun selv, da hun kort før jul fik konstateret uhelbredelig kræft. Hun sagde nej til livsforlængende behandling. "Det er ingen tragedie at dø, når man er 80 og har levet et langt og lykkeligt liv." Hun døde to en halv måned senere.


Inger Landsted skal også huskes for, at det var hende, som i 1966 fik det verdensberømte Odin Teater til Holstebro, og da Inger Landsted blev bisat fra Holstebro Kirke, viste de hende da også den sidste ære ved i farvestrålende kostumer uden masker at bære hende ud til den ventende rustvogn.

Som Inger Landsteds datter Anne Lea Landsted sagde: "Hun

fik den afslutning på livet, som hun ønskede sig. Man kan sige, at hun bar Odin Teatret ind i byen, og nu bar de hende ud."

Sundheds- og udviklingskonsulent Tommy J. Johnsen, Holstebro.

Lise Poulsen

 Det er med stor sorg, vi har modtaget meddelelsen om, at vores kære kollega, Lise Poulsen, døde den 24. marts efter kort tids sygdom, kun 48 år gammel.

Lise blev uddannet som sygeplejerske fra Den Sønderjyske Sygeplejerskole i 1985. Efter et år på to medicinske afdelinger blev Lise for første gang ansat på en operationsafdeling, og det var dette arbejde, som kom til at stå Lises hjerte nær. Lise var ansat på bl.a. tre forskellige operationsafdelinger rundt i Danmark, inden hun blev ansat som operationssygeplejerske på Regionshospitalet Horsens den 1. juli 2001.

Lise har selv udtrykt, at hun elskede sit arbejde, og det var at mærke i hverdagen. Ud over at være fagligt dygtig og yderst professionel i sit virke var Lise altid glad og et meget positivt menneske. Lise udførte et stort stykke arbejde med at oplære nyansatte kollegaer i afdelingens specialer og var i en periode specialeansvarlig. Vi kommer til at mangle Lises hurtige replikker og smittende latter, hendes store varme hjerte og omsorg for sine kollegaer.

Vores tanker går til Lises tre piger Cecilie, Katrine og Alberte, samt Henrik og familien.

På vegne af operationspersonalet, Regionshospitalet Horsens, afdelingssygeplejerske Tina Fortuna.

Budgetvenlig sommerferie

- med plads til alt det sjove...

Hent inspiration til en uforglemmelig sommerferie i vores store, gratis katalog eller se de mange muligheder på www.dancenter.dk

Skolernes sommerferie
1 uge fra kun

3.100,-



BESTIL PÅ WWW.DANCENTER.DK ELLER RING PÅ 33 63 02 78

DanCenter

WWW.DANCENTER.DK

SYGEPLEJERSKEN

>>> FAG

Fagtanker >>	40
Faglig information >>	40
Resuméer af international forskning >>	41
Agenda >>	47
Testen >>	58
Anmeldelser >>	59
5 faglige minutter >>	60

Stille intensivdelirium er et overset fænomen

>> 42

Børn med læbe-gane-spalte trives >> 48

Kampen om den sygeplejefaglige identitet >> 54

>>> FAGTANKER

Ro i kroppen betyder ikke nødvendigvis ro i sjælen

Når intensivpatienten kæmper med imaginære fjender og i kampens hede river tube, sonder og katetre ud, og i værste fald forsvarer sig med slag eller bid, er sygeplejersken sjældent i tvivl. Patienten har intensivdelirium. Men når patienten ligger stille og tilsyneladende veltilpas i sengen, er diagnosen straks vanskeligere. Patienten er måske lidt passiv og har en forsinket reaktionsevne, men sådan er vedkommende måske også habituelt? Måske, men patienten kan også have et såkaldt hypoaktivt intensivdelirium, der faktisk er langt hyppigere end ovenstående og lige så lidelsesfuldt for patienten.

Ifølge artiklen "Stille intensivdelirium er et overset fænomen i sygeplejen" side 42 er sygeplejerskernes fornemste opgave aktivt at forebygge, at delirium opstår generelt, samt at kunne identificere det, når det opstår. Artiklen beskriver vigtige elementer i plejen af patienter med intensivdelirium. Men artiklen peger også på, at vi stadig ikke ved, om sygeplejersker hjælper delirøse patienter bedst ved at korrigere patientens forvrængede virkelighedsopfattelse eller alternativt lytter og samtaler med patienten om det, patienten oplever, uden aktiv korrektion. Et relevant emne for et fremtidigt forskningsprojekt.

Evy Ravn
Evy Ravn,
sygeplejerske,
fagredaktør.



Forskning med fokus på kliniske vejlederes kompetencer

AF LINDA KRAGELUND, SYGEPLEJERSKE, PH.D.

Artiklen henvender sig til sygeplejersker med interesse for uddannelse og uddannelsesforskning i psykiatrien. Den beskriver et konkret projekt med fokus på uddannelse, kompetenceudvikling, psykiatrisk sygepleje og forskning i fire regioner. Hovedbudskabet er, at forskningsprojektet, som inkluderer ca. 110 sygeplejersker, forhåbentlig kan være med til at rekruttere og fastholde sygeplejersker i psykiatrien.

Med forskningsprojektet "Udvikling af læringsmiljø i psykiatrien" bliver der skrevet historie inden for psykiatrisk sygepleje og uddannelsesforskning.

Omkring 110 kliniske vejledere og uddannelsesansvarlige sygeplejersker fra Psykiatrien Region Nordjylland, Psykiatrien Region Midtjylland, Psykiatrien Region Sjælland og seks psykiatriske centre i Region Hovedstaden gennemfører de næste tre år projektet sammen med forskere fra Nationalt Center for kompetenceudvikling, Danmarks Pædagogiske Universitetsskole.

Projektets fokus er bl.a. at afdække og udvikle kliniske vejlederes kompetencer som vejledere samt at (videre)udvikle en faglig terminologi til at beskrive læring i praksis.

En hovedhjørnesten i projektet er to årlige arbejdsseminarer for alle deltagere, hvor nøgleordene er vidensdeling og vidensskabelse. Det første arbejdsseminar blev gennemført i februar 2009. Det havde til formål at introducere de kliniske vejledere til og give dem mulighed for at arbejde med den kategoriseringsmodel for sygeplejestuderendes læreprocesser, der er udgangspunkt for projektet (1,2).

Data bliver genereret via fokusgruppeinterview med de kliniske vejledere om deres forståelse af og praksis omkring læremuligheder, som de er bevidste om og af forskellige grunde enten udnytter eller ikke udnytter i sygeplejestuderendes kliniske uddannelse. Desuden bliver der genereret data ved, at de kliniske vejledere observerer hinandens vejledningspraksis og skriver logbog over deres egen vejledningspraksis. Der er tale om et unikt empirisk materiale, der vil blive analyseret af de uddannelsesansvarlige sygeplejersker og forskere fra Nationalt Center for Kompetenceudvikling.

Vidensspredning og formidling af projektets resultater vil ske via videnskabelige og populære artikler samt på temadage og internationale konferencer.

Initiativtagerne bag projektet antager, at en gevinst ved at sætte fokus på uddannelse, kompetenceudvikling, psykiatrisk sygepleje og forskning ud over øget kvalitet af sygeplejen bliver at kunne fastholde de kliniske vejledere i arbejdet og de sygeplejestuderende i uddannelsen samt at fremme rekruttering af sygeplejersker til psykiatrien.

Projektet er organiseret i en projektstyringsgruppe, der bliver ledet af universitetsadjunkt, ph.d., Linda Kragelund, med repræsentanter fra de

Helbredsrelateret livskvalitet efter nyretransplantation

fire regioner, samt i lokale projektarbejdsgrupper, der består af de kliniske vejledere og uddannelsesansvarlige sygeplejersker, som indgår i projektet.

Projektet bliver finansieret af de regionale psykiatriske institutioner, Nationalt Center for Kompetenceudvikling og af Aase og Ejnar Danielsens Fond.

Interesserede kan læse projektbeskrivelsen m.v. på www.ncfk.dk > læring i psykiatrien.

Linda Kragelund er ansat som adjunkt på Danmarks Pædagogiske Universitetsskole; likr@dpu.dk

Litteratur

1. Kragelund L. Uddannelse til professionsbachelor i sygepleje – En kvalitativ undersøgelse af sygeplejestuderendes læreprocesser under klinisk uddannelse i psykiatri. København: Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag; 2006.
2. Kragelund L. Kategoriseringsmodel for sygeplejestuderendes læreprocesser – et arbejdsredskab til sygeplejestuderende og deres kliniske vejledere. København: Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag; 2007.

Liu H, Feurer I, Dweyer K, Speroff T, Shaffer D, Pinson CW. The effect of gender and age on health-related quality of life following kidney transplantation. Journal of Clinical Nursing. 2008;17:82-9.

R *Fomål:* At beskrive helbredsstatus og at undersøge, om køn og alder påvirker helbredsrelateret livskvalitet efter en nyretransplantation.

Metode: I denne amerikanske tværsnitsundersøgelse indgik patienter i gennemsnit 65 måneder efter nyretransplantation. Gennemsnitsalderen var 49 år, og der deltog 52 pct. mænd. Patienterne fik tilsendt et velafprøvet spørgeskema om helbred, 138 (78 pct.) valgte at svare. Data er opgjort statistisk.

Resultater: Kvinder rapporterede dårligere helbredsstatus inden for områderne fysisk funktion, begrænsninger – fysisk betinget og smerter. Derudover var der ikke forskel mellem mænds og kvinders vurdering af deres helbred.

Bemærkninger: Dette er en tværsnitsundersøgelse, hvor patienterne kun er spurgt én gang, det er derfor ikke muligt at udtale sig om forløbet hos den enkelte patient. Artiklen vil være glimrende som grundlag for at gennemføre en forløbsundersøgelse på danske patienter efter nyretransplantation.

Af Preben Ulrich Pedersen, sygeplejerske, ph.d., Center for Kliniske Retningslinjer – nationalt clearinghouse for sygepleje, Afdeling for Sygeplejevidenskab; pup@sygeplejevid.au.dk



circuscom.se



RENASYS er mere end en helhedsløsning for sårbehandling med negativt tryk. Det er også et behandlingsalternativ for patienten, såret og dig som behandler – uden at skulle give afkald på resultatet, egenskaber eller service.

RENASYS – helt enkelt.

smith&nephew
RENASYS[®]
Negative Pressure Wound
Therapy



Artiklen henvender sig til sygeplejersker på afdelinger, der modtager patienter efter endt intensivbehandling samt sygeplejersker på intensivafsnit. Hovedbudskabet er, at sygeplejersker mangler viden om stille intensivdelirium, som er en lidelsesfuld tilstand for patienten. Artiklen er baseret på litteraturstudier.

Stille intensivdelirium er et overset fænomen i sygeplejen

AF CHRISTINE BAGGER, SYGEPLEJERSKE, CAND.PÆD., OG HELLE SVENNINGSEN, SYGEPLEJERSKE, MASTER I KLINISK SYGEPLEJE
FOTO: SIMON KNUDSEN

Sygeplejersker på intensivafdelinger lærer, at god klinisk praksis er at holde intensivpatienter orienterede i tid og sted som en del af forebyggelsen af intensivdelirium. På afdeling VITA kan patienterne eksempelvis følge tiden på store ure på stuerne. Alligevel viser det sig undertiden, at det, vi tror, er god klinisk praksis, kan opleves anderledes af patienterne.

Under et interview til et forskningsprojekt fortæller en tidligere patient om sin manglende orientering i tid. Han havde det forfærdeligt med at kunne se uret fra sengen under indlæggelsen og var ulykkelig over, at personalet hele tiden stillede på uret for at genere ham. Nogle gange blev uret sat i stå, andre gange stillede personalet uret mange timer frem. Det betød, at han fik en dyb mistro til personalet. Patienten led i stilhed og viste ikke umiddelbart i sin adfærd, at han var forvirret og ulykkelig.

Det er et velkendt fænomen på intensivafdelinger, at patienternes fornemmelse af kronologisk tid og oplevet tid ofte giver anledning til forvirring. Casen viser, at patienten har hallucinationer om, at personalet ønsker at skade ham. Patienten udviste symptomer på stille intensivdelirium, men fik ikke behandling for lidelsen. Det stille intensivdelirium kan

udfolde sig hos patienten på en måde, så personalet har vanskeligt ved at identificere lidelsen.

Definition på intensivdelirium

Intensivdelirium kan sidestilles med konfusion, idet patienten har nedsat evne til at fastholde opmærksomheden på omgivelserne og til at organisere informationer til en meningsfuld helhed. Sommetider får patienten hallucinationer og hører eller ser ting, som ikke eksisterer, men som synes virkelige for patienten. Patienten kan få ændringer i stemningslejet og være aggressiv eller depressiv.

Patienten har kognitive problemer med f.eks. hukommelse, har sproglige forstyrrelser eller er desorienteret. Tilstanden kan forveksles med demens. Forskellen mellem tilstandene er, at demens kommer gradvist over måneder eller år, og i de fleste tilfælde er demens en permanent tilstand, mens intensivdelirium sædvanligvis indtræder akut og forsvinder igen.

Tilstanden kan svinge i løbet af døgnet, så patienten til tider optræder relevant og til tider har symptomer på delirium. Desorientering er ofte først i tid og senere i sted og person. Kendetegnene er i starten mest udbredt i aften- og nattetimerne (1).

Selv om der i de senere år er fremkommet mere viden om intensivdelirium, er lidelsen hos patienten fortsat en stor udfordring for sygeplejerskerne (se boks 1 tv. og boks 2 side 45).

Studier har vist forskellige resultater i forhold til hyppigheden af intensivdelirium med spredning fra 11 pct. op til 82 pct. De divergerende resultater skyldes dels, at der har været uenighed om kriterierne for intensivdelirium, dels at det kan være svært at evaluere respiratorbehandlede patienters mentale tilstand. En nyere undersøgelse af 764 intensivpatienter viste, at 32 pct. udviklede intensivdelirium (2).

Undersøgelser indikerer, at intensivdelirium giver forøget risiko for komplikationer, f.eks. når patienterne selv river tuber og katetre ud. Ligeledes viser

»»» BOKS 1. EN PATIENTHISTORIE

Den nyopererede patient

Det er sidst på eftermiddagen. Den ældre nyopererede patient ligger uroligt i sengen, snakker i meget korte sætninger, og talen er springende. I løbet af den næste time bliver han tiltagende urolig og pillende. Patienten kan ikke tales til rette, ønsker ikke iltbehandling og river iltslangen ud. Patienten roder rundt i sengen og vil op. Talen bliver usammenhængende.

Sygeplejersken sætter sig ved patienten og småsnakker med ham. Sygeplejersken forsøger at skabe kontakt og fastholde patienten i tid og sted.

Sygeplejersken fortæller om vigtigheden af iltbehandling og prøver at skabe ro omkring patienten. Patienten er heldigvis alene på stuen. Lyset dæmpes, og patienten falder til ro, sover hele natten og er klar og relevant næste morgen. Patienten har ingen erindring om dagen i går.



”Det er et velkendt fænomen på intensivafdelinger, at patienternes fornemmelse af kronologisk tid og oplevet tid ofte giver anledning til forvirring.”

resultater, at patienter med intensivdelirium i gennemsnit havde op til syv sengedage flere på en intensivafdeling end patienter uden intensivdelirium. Ud over at længere indlæggelsestid på intensivafdelingen har stor betydning for patienten, spiller flere sengedage også en økonomisk rolle, idet sengepladser på den intensive afdeling er dyrere end på stamafdelinger. Om intensivdelirium medfører større dødelighed, kan der ikke siges noget entydigt om, idet undersøgelser indikerer forskellige resultater (3).

Det diskuteres ligeledes, hvilke grundlæggende faktorer der kan disponere til udvikling af intensivdelirium. Disponerende faktorer er, at patienten tid-

ligere har udviklet intensivdelirium, akut længerevarende operation, visse sygdomme, alkoholmisbrug og forhøjet blodtryk. Forklaringen på, at patienter med forhøjet blodtryk har en signifikant højere risiko for at udvikle intensivdelirium, er, at intensivpatienter ofte har lavere blodtryk end vanligt som følge af sedering, sepsis, chok og længerevarende operation. Det lavere blodtryk kan betyde, at patienten får en højere risiko for cerebral hypoperfusion og dermed hypoksi af hjernecellerne, som kan være en medvirkende årsag til udvikling af intensivdelirium (4).

Derimod viser studier ikke entydige resultater i forhold til, om højere alder er en disponerende faktor. »

- » Generelt er det vanskeligt på forhånd at sige noget om, hvilke patienter der udvikler intensivdelirium (4).

Tre former for intensivdelirium

Patienterne kan kategoriseres inden for flere typer af intensivdelirium ud fra deres opmærksomhedsniveau: hyperaktivt delirium, hypoaktivt (stille) delirium eller en vekslen mellem disse to former, og benævnes blandet delirium.

Det hyperaktive delirium er nemmest at få øje på for sygeplejersken, fordi patienten har en udadrettede adfærd. Patienten bliver urolig, rodende, forvirret, aggressiv og kan være selvskadende f.eks. ved at rive tube, sonder og katetre ud. Patienten skal beskyttes mod krænkende situationer, han ufrivilligt sætter sig i.

Det hypoaktive eller stille delirium er sværere at identificere for sygeplejersken, fordi patienten tilsyneladende affinder sig med sin situation og ikke umiddelbart udviser tegn på, at virkelighedsopfattelsen er fordrejet. Patienten kan eksempelvis opfattes som passiv og have en forsinket reaktionsevne og langsomme bevægelser. Som tidligere nævnt overses patienter med stille intensivdelirium og bliver ofte ikke diagnosticeret eller behandlet optimalt.

”Målet med plejen er at ændre patientens kognitive tilstand, forebygge selvskadende adfærd og komplikationer samt at bevare patientens integritet.”

Patienten kan også have en kombination af begge former (blandet intensivdelirium), og sygeplejersken kan fejlagtigt tro, at den rolige patient i perioder ikke lider af intensivdelirium (5).

Nyere forskning peger på, at stille intensivdelirium er en tilstand, som ofte ikke identificeres af personalet. At stille intensivdelirium ikke er en sjælden lidelse, fastslås i et studie på en medicinsk intensivafdeling, hvor 112 af 156 patienter (72 pct.), der var ældre end 65 år, og 263 af 458 (57 pct.) patienter under 65 år havde delirium. 55 pct. havde blandet intensivdelirium, 44 pct. hypoaktivt, mens kun 2 pct. havde hyperaktivt delirium (6).

Identifikation af patienter

Sygeplejersken kan benytte forskellige skalaer til at identificere stille intensivdelirium. En anerkendt



skala er CAM (Confusion Assessment Method), som kan anvendes på patienter, der kan tale (7). Selv om skalaen ikke er implementeret i praksis, kan den give inspiration til en mere bevidst screening af patienterne. Imidlertid er der en særlig udfordring i forhold til patienter, der er tilkøbt respirator, idet patienterne ikke verbalt kan redegøre for tid, sted osv. For at imødekomme dette er der i USA udviklet et nonverbalt redskab, der alene benytter sig af observationer og muligt ja/nej fra patienten. CAM-ICU (Confusion Assessment Method of the Intensive Care Unit) anbefales specielt til intensivafdelinger, hvor intensivpatienter ofte ikke kan kommunikere verbalt, men kan nikke eller ryste på hovedet (8). Patienten vurderes ud fra fire karakteristika:

1. Akut ændret eller vekslende mental status
2. Uopmærksomhed
3. Uorganiseret tankegang
4. Ændret bevidsthedsniveau.

Hvis patienten vurderes til at opfylde punkt 1 og 2 og enten 3 eller 4, defineres patienten som havende intensivdelirium.

Behandling af intensivdelirium

Finder sygeplejersken, at patienten lider af hyperaktivt intensivdelirium, er den lægelige anbefaling for nuværende, at det antipsykotiske haloperidol (Serenase) er bedste valg mod hallucinationer og urolig adfærd. Anbefalingen bygger på få og små undersøgelser af patienter med intensivdelirium, og der mang-

ler fortsat evidens for, hvad der er bedste behandling for lidelsen.

Sygeplejersken skal være opmærksom på, om den pludselige aggression kan være et klinisk tegn på en forværring af patientens tilstand.

Der eksisterer ikke dokumenterede undersøgelser af medicinsk behandling til patienter med stille intensivdelirium (8).

Der anbefales en restriktiv ordination af sedativa som eksempelvis benzodiazepiner, fordi sedativa slører patientens mentale tilstand og dermed forstærker patientens i forvejen forvirrede virkelighedsopfattelse. Ligeledes kan sedativa gøre patienten mere urolig, når virkningen klinger af. Andre tiltag er kritisk at vurdere og korrigere væskestatus, smertebehandling m.m. (9).

Pleje af patient med intensivdelirium

Den vigtigste opgave for sygeplejersken er at kortlægge, om patienten har intensivdelirium, og ikke overse stille intensivdelirium.

At pleje en patient med intensivdelirium er en kompleks opgave for sygeplejersken. Målet med plejen er at ændre patientens kognitive tilstand, forebygge selvskadende adfærd og komplikationer samt at bevare patientens integritet. Sygeplejerskens udfordring er at skabe et miljø omkring patienten, som stimulerer til, at patienten guides tilbage til den faktuelle virkelighed.

Det vigtigste fundament i plejen er, at sygeplejersken skaber en relation til patienten for at kunne vurdere patientens mentale tilstand. Ud fra sit kendskab til patienten skal sygeplejersken have viden om en vifte af muligheder for at tilrettelægge en individuel sygepleje, der passer til netop denne patients komplekse behov.

Patientens mentale tilstand kan påvirkes af mange stressfaktorer på en intensivafdeling, hvor sygeplejersken har mulighed for at intervenere. Disse nævnes nedenfor:

Døgnrytme

Patienten med intensivdelirium skal fastholdes i en så naturlig døgnrytme som muligt. Mange intensivpatienter lider af mangel på sammenhængende søvn. F.eks. har undersøgelser vist, at intensivpatienter mangler den dybe REM-søvn, der indfinder sig efter ca. 20 minutters søvn, fordi patienterne enten oplever smerte, ikke kan sove pga. støj eller bliver vækket af sygeplejerskernes kontroller (10). Syge-

))) BOKS 2. EN PATIENTHISTORIE

Et knyttnæveslag i maven

En sygeplejerske beretter: "Min kollegas patient er ca. 50 år. Jeg hilser på ham. Han virker angst, nervøs og har flakkende øjne. Patienten bliver i løbet af vagten tiltagende aggressiv, og vi har svært ved at styre ham. Narkoselægen spørges angående medicinske tiltag. Vi ved efterhånden ikke, hvad vi skal gøre for ham.

Jeg hører pludselig en lyd – som luften, der går af en ballon. Min kollega står sammenbøjet over patienten og har fået et knyttnæveslag i maven. I fællesskab får vi beroliget patienten, og han får propofol og haloperidol, til han falder i dyb søvn og sover resten af vagten."

plejersken bør dokumentere patientens søvnmønster, samt hvilke tiltag der er iværksat, for at patienten om muligt får længerevarende perioder uden forstyrrelser. På den måde bliver det muligt for sygeplejersken at evaluere og korrigere interventionerne og sørge for, at patienten får mere sammenhængende søvn.

Mindske sensorisk overstimulering

Mindske lyd og støj. Den største støjgene for patienterne på intensivafdelinger er ofte personalets snak, også om natten. Samtale er nødvendig, men vi ved, at det kan gøres mere diskret og derved fremme patientens søvnmuligheder. Alt unødigt udstyr skal fjernes, for jo færre slanger og ledninger, jo større mulighed er der for, at patienten kan opretholde sit naturlige bevægelsesmønster.

Meningsfyldt kognitiv stimulation

Sygeplejersken skal løbende orientere patienten om den aktuelle virkelighed. F.eks. tid, sted, diagnose, behandling og pleje. Gennem kommunikation skal sygeplejersken forsøge at reducere patientens oplevelse af angst, utryghed, fremmedgørelse og isolation. Sygeplejersken må overveje, om patienten selv skal have mulighed for at følge med på et ur og en kalender, eller om det er mere hensigtsmæssigt, at orienteringen sker i samtalen med patienten. Brug patienten sædvanligvis hjælpemidler som høreapparat og briller, skal de fremskaffes, og høreapparatet skal tjekkes for optimal funktion. Tilstrækkelig]

"Patientens mentale tilstand kan påvirkes af mange stressfaktorer på en intensivafdeling, hvor sygeplejersken har mulighed for at intervenere."

-]] belysning om dagen er vigtig, for at patienten får en fornemmelse af døgnets variation.

Meningsfuld berøring og tidlig mobilisation

Det er en vanskelig situation for patienten at være tilkoblet en respirator, fordi det hindrer, at patienten kan udtrykke sig verbalt. Ligeledes er der større risiko for fysiologiske og funktionelle konsekvenser, jo længere patienten er sengeliggende (10). Dermed kan der være øget risiko for at udvikle intensivdelirium. Afdeling VITA har et projekt i gang med meningsfuld aktivering og mobilisation så tidligt som muligt i den intensive patients forløb.

Pårørende

Ofte oplever pårørende patientens ændrede tilstand som meget belastende, og de bliver forskrækkede og ængstelige over at se deres nære familiemedlems drastisk ændrede adfærd. De pårørende har behov for støtte og information for at kunne forstå patientens lidelse og få information om, at det sædvanligvis ikke er en permanent tilstand. Hvis de pårørende magter det, kan de være en vigtig ressource mht. at fastholde patienten i den aktuelle virkelighed.

Da intensivdelirium skaber stor lidelse for patienterne, er sygeplejerskernes fornemste opgave aktivt at forebygge, at lidelsen opstår. Principielt gælder de samme principper, som tidligere beskrevet for sygepleje til patienten med intensivdelirium. Med casen fra indledningen i artiklen in mente er det vigtigt, at sygeplejersken kvalificeret kan vurdere, om den rolige, stille patient kan have intensivdelirium, selv om patienten ikke umiddelbart viser tegn på dette. Her kan pårørende, stamafdelingens sygeplejersker eller hjemmesygeplejersker inddrages som ressource for at afklare patientens habituelle tilstand inden indlæggelsen på den intensive afdeling.

Mere forskning påkrævet

Intensivdelirium er et område, hvor der fortsat mangler forskning i forskellige aspekter. F.eks. i kommunikation med patienter med intensivdelirium, der kan tale. Hvordan skal sygeplejersken samtale med en patient med intensivdelirium? Skal sygeplejersken korrigere patientens forvrængede virkelighedsopfattelse, hvilket kan gøre patienten endnu mere forvirret, fordi den opleves som en realitet, eller skal sygeplejersken samtale om det, patienten oplever, og lytte uden at korrigere aktivt? Et studie viser, at stuer uden vinduer fordobler risikoen for intensivdeliri-

um, dog var resultaterne ikke statistisk signifikante (4). Der mangler yderligere undersøgelser. Er det f.eks. tilstrækkeligt, at der kan komme dagslys på stuen, eller skal patienten have en reel mulighed for at se ud ad vinduet?

Stamafdelingernes sygeplejersker har en vigtig opgave mht. at vurdere, om patienter har behov for at tale om deres erindringer fra deres ophold på intensivafdelingen, idet erindringerne kan være af traumatisk karakter eller svære at finde mening i for patienten. Det kan være tabubelagt for patienten at åbne op for skræmmende erindringer, og det fordrer, at sygeplejerskerne er åbne, gør det muligt at tale med patienterne om svære emner, og at der er tilstrækkelig tid til det.

På den amerikanske hjemmeside www.icudelirium.org er der mere inspiration at hente om vurdering, videoer, forebyggelse, behandling, cases etc. (5).

Christine Bagger er ansat som udviklingsygeplejerske på Afdeling VITA, Odense Universitetshospital; christine.bagger@ouh.regionsyddanmark.dk

Helle Svenningsen er ansat som klinisk sygeplejespecialist på Anæstesiologisk afdeling, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Århus C.

Efterskrift

Tak til deltagere på FASID's artikelworkshop i Antalya, maj 2008, for tilbagemeldinger under udarbejdelsen af artiklen: Lisbeth Hybholt, Grete Kirketerp og Vibeke Lorentzen.

Litteratur

1. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the treatment of Patients with Delirium. Senest opdateret 2009, http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_2.aspx
2. Ouimet S, Kavanagh BP, Gottfried SB, Skrobik Y. Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium. *Intensive Care Med* 2007;33(1):66-73.
3. Polderman KH. Screening methods for delirium: don't get confused! *Intensive Care Med* 2007;33(1):3-5.
4. Dubois MJ, Bergeron N, Dumont M, Dial S, Skrobik Y. Delirium in an intensive care unit: a study of risk factors. *Intensive Care Med* 2001;27(8):1297-304.
5. Vanderbilt University. ICU delirium. 2006. www.icudelirium.org Seneste opdatering marts 2009.

6. Peterson JF, Pun BT, Dittus RS, Thomason JWW, Jackson JC, Shin-tani AK et al. Delirium and Its Motoric Subtypes: A Study of 614 Critically Ill Patients. *J Am Geriatr Soc* 2006;54(3):479-84.
7. Gonzalez M, Pablo Jd, Fuente E, Valdes M, Peri JM, Nomdedeu M et al. Instrument for Detection of Delirium in General Hospitals: Adaptation of the Confusion Assessment Method. *Psychosomatics* 2004;45(5):426-31.
8. Girard TD, Pandharipande PP, Ely EW. Delirium in the intensive care unit. *Crit Care* 2008;12 Suppl 3:S3.
9. Ely EW, Siegel MD, Inouye SK. Delirium in Mechanically Ventilated Patients: Validity and Reliability of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 2001;286(21):2703-10.
10. Honkus VL. Sleep deprivation in critical care units. *Crit Care Nurs Q* 2003 Jul;26(3):179-89.

))) ENGLISH ABSTRACT

Bagger C, Svenningsen H. Hypoactive intensive care delirium – an overlooked phenomenon in nursing care. *Sygeplejersken* 2009;(8):42-7.

This review article collates and reports on the latest knowledge relating to patients with intensive care delirium (ICU delirium), and focusing on the fact that silent intensive care delirium can be a disorder which is overlooked in intensive care patients.

Studies show that nurses find it difficult to identify patients with hypoactive ("silent") ICU delirium, and consequently nurses need to obtain knowledge on how to identify hypoactive intensive care delirium in individual patients.

The article concludes that it is essential that nurses on intensive care units be armed with a range of options in order to prevent- and care for patients with intensive care delirium, since there are significant individual variations in respect of the needs of individual patients.

Nurses should be aware of what aspects of the intensive care experience can have a positive impact on reducing delirium.

Key words: Silent intensive care delirium, hypoactive delirium, intensive care patients, intensive care nursing.

En kroniker på vej ud

Ordet kroniker breder sig med samme hast som mælkebøtter i maj. Kronikerplan, kronikerindsats og kronikeransøgning lyder det, og kun få sætter spørgsmålstegn ved ordet. Kronikker kan være noget, man skriver i avisen, det kan være en hjemmeside, kroniker.dk, eller det kan være betegnelsen for et menneske med en kronisk sygdom, f.eks. KOL, osteoporose eller diabetes. Det er det sidste, der er i spil her.

Sproget skaber verden, verden skaber sproget, sagde Ludwig Wittgenstein, østrigsk filosof, som levede fra 1889 til 1951. Han beskæftigede sig bl.a. med sprogfilosofi, og det skal sygeplejersker også gøre. Ved at anvende ordet kroniker på konferencer, i artikler og i bøger stigmatiserer man en bestemt gruppe mennesker, og massebetegnelsen siger ikke noget om, hvad patienten eller borgeren reelt døjer med.

Hvad med at sygeplejersker går forrest med en hastig og radikal afskaffelse af ordet kroniker? Kroniker er slang, der har invaderet officielt sprogbrug i sundhedssektoren, men hvis vi mener noget med respekt for den enkelte patient, så er der altså ikke megen agtelse at spore i et slangord. Kalder man måske et akut sygt menneske for en akutter?

(j/b)

Bedre overlevelse, men flere følgevirkninger

Brystkræft er den kræftsygdom, flest kvinder i verden rammes af, og den tidlige diagnosticering og behandling betyder heldigvis, at stadigt flere overlever femårs grænsen.

Men de nye behandlingsformer har også medført flere negative eftervirkninger som f.eks. kronisk træthed, koncentrationsbesvær, nedsat bevægelighed i skulder, lymfødem, vægtøgning, angst og depression. Det er derfor vigtigt, at disse kvinder modtager rehabiliteringstilbud, vi véd hjælper. Kunnskapssenteret i Norge har derfor udført en opsummering af 46 randomiserede kontrollerede studier overvejende fra USA og Canada vedr. rehabilitering af kvinder med brystkræft uden spredning.

Resultaterne viser, at fysisk træning ikke har indvirkning på udviklingen af lymfødem, men til gengæld reducerer træningen kronisk træthed, hvilket påvirker kvindernes livskvalitet positivt. Også kognitiv terapi – ikke under, men efter kræftbehandlingen – øger livskvaliteten. Opsummeringen viser også, at det stadig ikke kan dokumenteres, at manuel lymfedrænage hjælper bedre end generel fysioterapi og kompressionsbandage.

Læs flere resultater på www.kunnskapssenteret.no
Skriv "træning og kognitiv terapi" i søgefeltet.

(er)

Svar på Testen side 58

1: b. 2: a. 3: b. 4: b. 5: a.

I Danmark fødes årligt 120-150 børn med læbe-ganespalte. Pigen Benedicte Friisenbach, som ses på billederne, er et af disse børn. Benedicte og hendes forældre har siden Benedictes fødsel været knyttet til én af landets ti læbe-ganekonsulenter.



Børn med læbe-gane-

AF EVA NATALIA GLASSOU, CAND.SCIENT.SAN., LISA SMEDEGAARD, SUNDHEDSPLEJERSKE, DORTHE MARXEN, SYGEPLEJERSKE, OG JETTE MOES, SUNDHEDSPLEJERSKE

Artiklen henvender sig til sygeplejersker, som arbejder med børn. Hovedbudskabet er, at børn med læbe-gane-spalte ikke er indlagt længere i forbindelse med fødslen end andre nyfødte, og deres vækst afviger ikke negativt i forhold til almindelige børns. Artiklen er skrevet på baggrund af en undersøgelse af 115 børn med læbe-gane-spalte født i 2003 og 2004.

Flere undersøgelser har vist, at børn med læbe-gane-spalte udviser ringere vækst, hvad angår højde og vægt, end børn uden ansigtsmisdannelser (1-3). Der er desuden påvist en sammenhæng mellem forringet vækst og misdannelsens sværhedsgrad, således at børn med både læbe- og ganespalte er mere påvirket end børn med isoleret læbespalte (1,3). Det er blevet foreslået, at vanskeligheder med indtagelse af næring, hyppige luftvejsinfektioner og kirurgiske indgreb er årsag til underernæring og dermed ringere vækst, men at børnene indhenter den manglende vækst efter endt kirurgi (1,4). Faktorer af betydning for indtagelse af næring hos børn med læbe-gane-spalte har ikke været genstand for megen opmærksomhed i litteraturen. Et Cochrane-review har således vist, at ingen studier har undersøgt effekten af øget støtte og vejledning i forhold til indtagelse af modermælk til børn med læbe-gane-spalte og deres forældre (5).

Praksis i Danmark

To hold (opdelt geografisk) af specialister bestående af talepædagoger, specialtandlæger, øre-, næse- og halslæger, kirurger, genetikere, psykologer og specialuddannede sundhedsplejersker/sygeplejersker tager sig af alle tilfælde af læbe-gane-spalter i Danmark. I Danmark fødes årligt 120-150 børn med læbe-gane-spalte. Pigen Benedicte, som ses på billederne, og hvis historie er præsenteret i boks 1 side 49, er et af disse børn.

Børnene henvises til én af landets 10 specialuddannede sundhedsplejersker/sygeplejersker (fremover benævnt læbe-gane-konsulenter). Specialuddannelsen består i løbende efteruddannelse på Rigshospitalet og på et af landets to taleinstitutter.

Den specialiserede indsats påbegyndes straks efter fødslen i og med, at læbe-gane-konsulenten møder familien inden for 24 timer efter fødslen. Under

det første besøg informeres forældrene kort om misdannelsen, og læbe-gane-konsulenten hjælper mor med at lægge barnet til brystet, således at barnets naturlige reflekser understøttes. At understøtte barnet i at sutte på brystet, selvom amning for disse børn sjældent er muligt, har betydning for etablering af kontakt mellem mor og barn. Hvis fødslen er forløbet normalt, og der ikke optræder andre faktorer, der taler imod, anbefales det, at mor og barn bliver sammen under indlæggelsen.

På barselsafdelingen vejledes i, hvordan barnet skal spise. Der stilles en elektrisk brystpumpe gratis til rådighed, således at modermælk kan udmalkes. Der vejledes i brug af flasker og sut samt evt. modermælksersättning. Efter udskrivelsen besøger læbe-gane-konsulent familien i hjemmet. Her gives yderligere information om misdannelsen og dens konsekvenser. Desuden forberedes familien på de operative indgreb og det post-operative forløb.

Børn med læbe-gane-spalte er som andre børn afhængige af og optagede af deres mund. Den orale fase afbrydes af operationer, hvilket kan have konsekvenser for barnets udvikling. Senere kan barnet få taleproblemer, ligesom psykosociale problemstillinger kan opstå.

Hjemmebesøgene fortsætter efter behov og finder sted som et supplement til de besøg, den kommunale sundhedsplejerske yder.

Primær opgave er hjælp til tilknytning

Læbe-gane-konsulenternes primære opgave er at hjælpe forældrene med at knytte sig til deres barn. En tilknytning, der skal ske på trods af en synlig ansigtsmisdannelse. Forældre-barn-kontakten skal etableres sådan, at forældrene bliver trygge ved at passe deres barn, og sygeliggørelse undgås.

Vejledning i ernæring udgør en anden stor opgave. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at børn får moder-



PRIVATFOTO

spalte trives

mælk som eneste ernæring i barnets første halve leveår. Da amning sjældent er muligt ved læbe-gane-spalte, skal læbe-gane-konsulenten støtte forældrene i deres valg af ernæring. For spædbarnet er omsorg og nærhed under selve måltidet lige så vigtigt som valg af ernæring. Det er derfor læbe-gane-konsulentens opgave at skabe de optimale betingelser for mor således, at hun selv kan afgøre, om hun ønsker at udmalke modermælk eller ikke. Læbe-gane-konsulenten vurderer barnets evne til at sutte, da denne er afgørende for valg af flaske og sut. Desuden gives individuel vejledning i barnets stilling under måltidet samt måltidets varighed og hyppighed. Ved 4-6 måneders alder vejledes familien i, hvordan skemad introduceres.

Undersøgelsen

Der er ikke dokumentation for, at ekstra støtte og vejledning til børn med læbe-gane-spalte og deres forældre har effekt på barnets trivsel. Dog oplever læbe-gane-konsulenterne selv, at deres indsats har betydning for barnets trivsel. Oplevelsen er, at: a) børn med læbe-gane-spalte har et normalt indlæggelsesforløb i forbindelse med fødslen, b) børn med læbe-gane-spalte modtager brystmælk i samme omfang som andre børn, c) børn med læbe-gane-spalte følger normal udvikling hvad angår højde og vægt.

Formålet med undersøgelsen er derfor at opgøre antal indlæggelsesdage i forbindelse med fødslen, indtagelse af modermælk samt højde og vægt i første leveår og sammenligne disse parametre med børn uden læbe-gane-spalte.

Materiale og metode

Børn med ganespalte og læbe-gane-spalte født i 2003 og 2004 indgik i undersøgelsen. I teksten anvendes læbe-gane-spalte synonymt om begge misdannelser. Præmature børn (≤ 36 uger) og børn, der

))) BOKS 1. DICTES HISTORIE

"Vores datter, der ses på billederne, hedder Dicte. Hun er født den 21. september 2004. Hendes læbe-gane-spalte (LGS) blev allerede opdaget ved misdannelsesscanningen seks måneder inden fødslen, og det var et par chokerede forældre, som gik hjem med et billede af en tydelig skygge på et scanningsbillede.

Da Dicte blev født, fik vi i løbet af et døgn kontakt med Læbe-ganespalte Centeret i form af Dorte Marxen, som ud over almindelig rådgivning også sørgede for at formidle kontakt til en anden familie med et barn med LGS, så vi kunne høre erfaringer ad den vej – et rigtig godt initiativ.

Dicte blev opereret første gang, da hun var ca. seks måneder. Her fik hun lukket læben og den bløde del af ganen. Den hårde gane blev lukket ved 12 måneder, da hun var med i ScanCleft-projektet, som skulle afdække effekten af, hvornår operationerne foretages.

Operationerne forløb med et meget fint resultat rent klinisk, men på trods af en generelt rigtig god behandling var det overraskende psykisk krævende for forældrene.

Vi har haft stort fokus på Dictes sprogudvikling, specielt pga. en langsom start, som hun dog er kommet rigtig godt efter. Med en løbende kontakt og opfølgning hos Læbe-gane-spalte Centeret resterer stadig en afgørelse, om Dicte skal have en svælgglapsoperation ved det 5. år."

Benedicktes historie er fortalt af hendes forældre, Søren Jacobsen og Martine Friisenbach.

"For spædbarnet er omsorg og nærhed under selve måltidet lige så vigtigt som valg af ernæring."

» døde inden udgangen af første leveår, blev ekskluderet. Data blev indsamlet af læbe-gane-konsulenterne ved hjælp af et til lejligheden udviklet skema.

Antal indlæggelsesdage blev opgjort for første- og flergangsfødende og sammenlignet med antal indlæggelsesdage for børn uden læbe-gane-spalte født i 2004. Opgørelse af indlæggelsesdage for børn uden læbe-gane-spalte blev foretaget af Sundhedsstyrelsen. To danske undersøgelser vedrørende moder-mælk blev anvendt til en kvalitativ sammenligning af indtagelse af modermælk (6,7). Information om højde og vægt ved fødsel blev indsamlet via journal, mens højde og vægt ved fem og 12 måneders alder

”Hvis mor-barn-kontakten svækkes på grund af problemfyldte måltider, er modermælkserstatning at foretrække.”

blev indhentet via forældre. Højde og vægt blev sammenlignet med et dansk referencemateriale (8). Ved beskrivelse af materialet i tabellerne anvendes gennemsnit med variation (højeste, laveste) anført i parentes.

Statistiske sammenligninger blev udført med two-sample t-test. Vægt blev log-transformeret. Niveau for statistisk signifikans blev sat til 5 pct.

Resultater

Antal besøg af læbe-gane-konsulent

I 2003 og 2004 fødtes 156 børn med læbe-gane-spalte. Af disse indgik 115 børn (66 drenge, 49 piger) i undersøgelsen. Af forskellige årsager deltog 41 børn ikke. En læbe-gane-konsulent afstod fra at indsamle data (10 børn). De resterende ikke-deltagende børn var jævnt fordelt blandt de resterende ni læbe-gane-konsulenter og skyldes manglende accept fra forældre eller ukomplet dataindsamling. Læbe-gane-spalte sås hos 64 (56 pct.) børn (46 drenge, 18 piger). Ganespalte sås hos 51 (44 pct.) børn (20 drenge, 31 piger). Det gennemsnitlige antal besøg af læbe-gane-konsulent under indlæggelse eller i hjemmet var seks. Ingen af de deltagende børn var diagnosticeret før fødslen.

Indlæggelsesdage i forbindelse med fødsel

Det gennemsnitlige antal indlæggelsesdage i forbindelse med fødslen var fire (0-52) dage. Indlæggelsestiden var længere for førstegangsfødende end for flergangsfødende (se tabel 1 side 51).

For førstegangsfødende med børn uden læbe-gane-spalte var indlæggelsen 6,5 dage, mens den for flergangsfødende var 3,9 dage.

Der var ingen statistisk signifikant forskel i indlæggelsestid mellem børn med læbe-gane-spalte og børn uden læbe-gane-spalte for hverken første- (P=0,4) eller flergangsfødende (P=0,6).

Modermælk

Af de 115 deltagende børn fik 107 (92 pct.) modermælk. Gennemsnitlig varighed af indtagelse af modermælk var 15 uger. 82 (77 pct.) af disse fik udelukkende modermælk, og her var varigheden af udelukkende modermælk gennemsnitlig otte uger. Atten børn fik udelukkende modermælk i mere end fire måneder. Varighed af udelukkende modermælk for første- og flergangsfødende fremgår af tabel 2 side 51.

Indtagelse af modermælk blev for 70 (65 pct.) børn afbrudt inden for barnets første fire levemåneder. 14 (13 pct.) børn fik modermælk i mindst seks måneder.

Vægt og højde

Vægt og højde ved fødsel, fem og 12 måneders alder for børn med læbe-gane-spalte og referencematerialet (børn uden læbe-gane-spalte). Fremgår af tabel 3 side 52.

Uanset køn var der ingen statistisk signifikant forskel i vægt ved fødslen, fem og 12 måneders alder mellem børn med læbe-gane-spalte og reference-



materialet (8). Derimod sås signifikant forskel, hvad angik højde, ved alle tre måletidspunkter. Dette gjaldt både for drenge og piger.

Diskussion

Af børn født med læbe-gane-spalte født i 2003 og 2004 deltog 70 pct. i denne undersøgelse. Da de ikke-deltagende børn var ligeligt fordelt mellem læbe-gane-konsulenterne, kan det antages, at disse børn, hvad angår indlæggelsestid, indtagelse af modermælk, højde og vægt, ikke adskiller sig fra de 115 deltagende børn.

Desværre kan undersøgelsen ikke dokumentere effekten af læbe-gane-konsulenternes indsats i forhold til børnenes indlæggelsestid, indtagelse af modermælk, højde og vægt. Dette ville have krævet et undersøgelsesdesign med en kontrolgruppe med børn uden kontakt til læbe-gane-konsulent, hvilket ikke er muligt i Danmark. Her vil en international undersøgelse med inddragelse af forskellige behandlings- og plejeregimer være nødvendig.

Kontakt mellem mor og barn

At varighed af indlæggelse ved fødslen ikke var forskellig fra det generelle mønster i Danmark, kan ses som en positiv indikation på, at kontakten mellem mor og barn skabes, og at forældre til børn med læbe-gane-spalte hurtigt bliver fortrolige med pasning af barnet.

Højde og vægt

At undersøgelsen ikke viser tegn på nedsat højde og vægt hos børn med læbe-gane-spalte ved fødslen ved fem og 12 måneders alder, er glædeligt, men kan være svært at sammenligne med andre resultater, der viser, at børn med læbe-gane-spalte udviser ringere vækst end børn uden læbe-gane-spalte (8). To af de nyeste undersøgelser er foretaget i udviklingslande, mens undersøgelser fra sammenlignelige egne som Skandinavien, Holland og Storbritannien er gamle. To lidt nyere undersøgelser viser dog begge nedsat vækst hos børn med læbe-gane-spalte (3,4), hvilket således ikke kan genfindes i denne undersøgelse. Børnene her var tværtimod signifikant længere ved både fødsel og fem og 12 måneders alder end børn i referencematerialet. Dette kommer ikke bag på læbe-gane-konsulenterne. De har erfaring for, at børn med læbe-gane-spalte følger normal vægtskurve, men at børnene samtidig er lange og slanke.

»»» TABEL 1. INDLÆGGELSESDAGE

Antal indlæggelsesdage i forbindelse med fødsel for børn med læbe-gane-spalte født af henholdsvis første- og flergangsfødende mødre.

	Førstegangsfødende (n=42)	Flergangsfødende (n=65)
Gennemsnit (variation)	5 (1-52)	3 (0-31)
25 pct.	4	2
75 pct.	6	4

»»» TABEL 2. INDTAGELSE AF MODERMÆLK

Varighed (i uger) af indtagelse af udelukkende modermælk for børn med læbe-gane-spalte født af henholdsvis første- og flergangsfødende mødre.

	Førstegangsfødende	Flergangsfødende
Gennemsnit (variation)	9 (2-30)	6 (1-31)
25 pct.	6	2
75 pct.	17	14,5

Samme tendens ses i en undersøgelse af B. Felix-Schollaart. Hun fandt, at piger med læbe-gane-spalte var længere end gennemsnittet (10).

Modermælk og amning

Undersøgelsen viser, at børn med læbe-gane-spalte ikke fik modermælk i samme omfang som børn uden læbe-gane-spalte (6,7). Resultaterne viser dog, at hovedparten af mødre gjorde sig den ulejlighed at malke ud og give deres barn modermælk.

Det er vist i 1994, at 52 pct. af 201 tilfældigt valgte børn fik modermælk i mere end seks måneder (7), og et nyere studie viste i 2002, at 50 pct. af de deltagende børn udelukkende modtog modermælk i fire måneder eller mere, og at modermælk blev afbrudt for barnets fjerde levemåned for 24 pct. af børnene (6).

Flere faktorer har betydning for amning. Stigende alder, uddannelsesniveau og socioøkonomisk baggrund har positiv indflydelse på amning. Brug af modermælkserstatning og anden væske påvirker amning negativt (7). Desuden er amning afhængig af kvindens erfaring fra tidligere fødsler. Flergangsfødende ammer generelt længere end førstegangsfødende (9).

Hvorvidt det med øget fokus på fordelene ved modermælk og vejledning fra læbe-gane-konsulenternes side er muligt at hæve varigheden af den pe-

riode, børn med læbe-gane-spalte får modermælk i, er uvist. Ud over de nævnte faktorer, der påvirker amning, og hvor kun erfaring er inddraget i denne undersøgelse, møder mødre til børn med læbe-gane-spalte også andre udfordringer. Børn med læbe-gane-spalte evner ikke at sutte effektivt, hvilket betyder udmattende og forlængede måltider. Modsat resultaterne i de nævnte undersøgelser (6,7) giver flergangsfødende kvinder til børn med læbe-gane-spalte modermælk i en kortere periode sammenlignet med førstegangsfødende kvinder. Den primære årsag til dette kan være de mange udfordringer, der er i forbindelse med måltidet, og det faktum at udmalkning tager tid. Tiden kan have ekstra betydning, når der er andre børn i familien, der også skal tilgodeses.

Konklusion

I forhold til læbe-gane-konsulenternes erfaringer om, at børn med læbe-gane-spalte har et normalt indlæggelsesforløb i forbindelse med fødslen, og højde og vægt ikke afviger negativt fra almindelige børn, har undersøgelsens resultater bekræftet dette. Forfatterne er af den overbevisning, at der er en sammenhæng mellem faglig ydelse og trivslen hos barnet med læbe-gane-spalte, og at dette skyldes den fagligt specialiserede og meget tidlige kontakt med familien, der har til formål at facilitere kontakten mellem mor og barn.

I forhold til læbe-gane-konsulenternes erfaringer

om, at børn med læbe-gane-spalte modtager brystmælk i samme omfang som andre børn, kan undersøgelsen ikke bekræfte dette. Mange mødre kan have ønske om at give deres barn modermælk, og læbe-gane-konsulenterne støtter mor i at udmalke modermælk. Deres primære rolle er dog at hjælpe forældrene med at knytte stærke bånd til deres barn, og derfor, hvad angår valg af ernæring, støtte familien i hvad der er bedst for dem. Hvis mor-barn-kontakten svækkes på grund af problemfyldte måltider, er modermælkserstatning at foretrække.

Tilknytning og omsorg essentielt

Ud over specialpleje i forhold til misdannelsen omfatter læbe-gane-konsulenternes arbejde også generelle sundhedsplejerskefaglige kerneydelser, herunder emner inden for tilknytning og omsorg. Læbe-gane-konsulenten kommer ind i billedet, når forældrene er allermost udsatte. De kan tidligt afhjælpe problemer, der kan opstå i forhold til forældrenes tilknytning til barnet, som ofte er vanskelig gjort pga. barnets læbe-gane-spalte. Så ud over at læbe-gane-konsulenterne sandsynligvis er med til at sikre, at indlæggelsestiden for børn med læbe-gane-spalte i forbindelse med fødsel er sammenlignelig med andre nyfødte, og deres vægt og længde ikke afviger negativt frem til femmånedersalderen, må ydelsen også derfor anses for at være en vigtig faglig opgave, der bør varetages af specialiserede fagpersoner.

))) TABEL 3. VÆGT OG HØJDE

Gennemsnit og kvartiler for vægt og højde for børn med læbe-gane-spalte og børn uden læbe-gane-spalte. Vægt er opgjort i gram, højde i centimeter.

Ved fødslen	Dreng		Piger	
	Med læbe-gane-spalte (n=66)	Uden læbe-gane-spalte	Med læbe-gane-spalte (n=49)	Uden læbe-gane-spalte
Vægt Gennemsnit (variation)	3.495 (2.280-4.950)	3.600	3.500 (2.290-4.500)	3.460
Højde Gennemsnit (variation)	52 (47-58)	51,0	52 (43-57)	50,4
Ved fem måneder	Med læbe-gane-spalte (n=66)	Uden læbe-gane-spalte	Med læbe-gane-spalte (n=49)	Uden læbe-gane-spalte
Vægt Gennemsnit (variation)	7.600 (5.000-10.600)	7.570	6.750 (4.000-8.850)	6.920
Højde Gennemsnit (variation)	68 (59-86)	66,8	67 (60-73)	64,9

Eva Natalia Glassou er ansat som kvalitetskonsulent ved Hospitalsenheden Vest, Kvalitet og Udvikling, Holstebro; feengp@ringamt.dk
Lisa Smedegaard er ansat som læbe-gane-spalte-konsulent ved Center for Kommunikation, Herning.
Dorthe Marxen er ansat som læbe-gane-spalte-konsulent ved Læbe-gane-spaltecenteret, Hellerup.
Jette Moes er ansat som læbe-gane-spalte-konsulent ved Taleinstituttet, Region Nordjylland.

Dele af artiklen er i efteråret 2008 publiceret under titlen "Hospitalization, Breast-Milk Feeding, and Growth in Infants With Cleft Palate and Cleft Lip and Palate Born in Denmark" i tidsskriftet The Cleft Palate-Craniofacial Journal: Vol. 45, No. 6, pp. 628–632.

"Ud over specialpleje i forhold til misdannelsen omfatter læbe-gane-konsulenternes arbejde også generelle sundhedsplejerskefaglige kerneydelser, herunder emner inden for tilknytning og omsorg."

9. Sundhedsstyrelsen. Håndbog i vellykket amning – anbefalinger til sundhedspersonale. København: Sundhedsstyrelsen, 2006.
10. Felix-Schollaart B, Hoeksma JB, Prah-Andersen B. Growth comparison between children with cleft lip and/or palate and controls. *Cleft Palate Craniofac J* 1992; 29(5):475-80.

En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til Eva Natalia Glassou.

Litteratur

1. Jensen BL, Kreiborg S, Dahl E, Fogh-Andersen P. Cleft lip and palate in Denmark, 1976-1981: epidemiology, variability, and early somatic development. *Cleft Palate J* 1988; 25(3):258-69.
2. Jones WB. Weight gain and feeding in the neonate with cleft: a three-center study. *Cleft Palate J* 1988; 25(4):379-84.
3. Lee J, Nunn J, Wright C. Height and weight achievement in cleft lip and palate. *Arch Dis Child* 1997;76(1):70-2.
4. Laitinen S, Heliovaara A, Pere A, Ranta R. Growth in children with Pierre Robin sequence and isolated cleft palate. *Acta Paediatr* 1994;83(11):1161-4.
5. Glenny AM, Hooper L, Shaw WC, Reilly S, Kasem S, Reid J. Feeding interventions for growth and development in infants with cleft lip, cleft palate or cleft lip and palate. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(3):CD003315.
6. Fagligt Forum for Amtssundhedsplejersker. Ammeundersøgelse år 2000-2002. Vejle: Fagligt Forum for Amtssundhedsplejersker, 2002.
7. Michaelsen KF, Larsen PS, Thomsen BL, Samuelson G. The Copenhagen cohort study on infant nutrition and growth: duration of breast feeding and influencing factors. *Acta Paediatr* 1994;83(6):565-71.
8. Michaelsen KF, Petersen S, Greisen G, Thomsen BL. Weight, length, head circumference, and growth velocity in a longitudinal study of Danish infants. *Dan Med Bull* 1994;41(5):577-85.

ENGLISH ABSTRACT

Glassou NE, Smedegaard L, Marxen D, Moes J. Children thrive despite their cleft lip/palate. *Sygeplejersken* 2009;(8):48-53.

The starting point for the study was that the specialised health-related contribution in relation to children with cleft lip/palate is experienced as being significant in terms of the children's well-being, measured in terms of the number of hospital days, consumption of breast milk, height and weight.

This hypothesis was examined in a prospective study of full-term infants with cleft lip/palate born in 2003 and 2004. The number of hospital days, consumption of breast milk, height and weight at birth, and at five- and twelve months, were recorded and compared with children born without malformations. The results showed that in the first year of life, children with cleft lip/palate were seen an average of six times by a consultant specialising in cleft lip/palate. The number of hospital days was comparable with other newborns. Children with cleft lip/palate received breast milk, but for a shorter period compared with other children. At birth, and at five and twelve months, children with cleft lip/palate were significantly taller than other children, whilst weight at all three measuring points was comparable.

Documented objective well-being in children with cleft lip/palate is thought – but due to the design of the study cannot be documented – to be related to the specialised input offered by the cleft lip/palate consultants to this group of children and their parents.

Key words: Infants, breast milk, height, weight, cleft lip, cleft palate, health care.

Kampen om den sygepleje

AF KIRSTEN BO-KRISTENSEN, SYGEPLEJERSKE

Artiklen henvender sig til alle.

Den beskæftiger sig med spørgsmålet om, hvorfor det er så vanskeligt for sygeplejersker at skabe sig en tidssvarende professionsidentitet.

Artiklen er skrevet på baggrund af forfatterens modulopgave i diplomuddannelse i sundhedsfaglig supervision og vejledning.

Selvom sygeplejefaget de senere år for alvor har etableret sig som profession, er der i befolkningen og blandt politikere og andre stadig en opfattelse af, at faget er et omsorgsfag mere end en profession. En grund til dette er, at sygeplejefaget stadig er et kvindedefag, der overvejende forbindes med kvindelige dyder som empati, omsorg og moderlighed. Og selvom sygeplejefagprofessionen bl.a. gennem uddannelsesinitiativer søger at øge sin anseelse og sine privilegier for dets medlemmer, og der er en stigende bevidsthed om, at fagets værdi må italesættes i samfundet på nye måder, er der stadig lang vej. Kampen for bedre løn og arbejdsforhold er hård, og som sidste års strejke viste, ligger ligelønnen ikke lige om hjørnet.

De nye måder at italesætte faget på som en profession er endvidere under pres fra dem, der ser en fordel i at fastholde faget i dets traditioner og vaner. Myten om Florence Nightingale som ideal flourer stadig, og der er flere steder, hvor sygeplejersker bliver fastholdt i håndværkerrollen med vægt på praktiske færdigheder og dyder.

Denne artikel vil beskæftige sig med spørgsmålet om, hvorfor det er så vanskeligt for sygeplejersker at skabe sig en tidssvarende professionsidentitet. Spørgsmålet belyses ved at stille skarpt på, hvad professionsidentitet egentlig er, hvordan den dannes, og ved et forsøg på at trænge bag om de mekanismer og

"En sygeplejerskes professionsidentitet dannes fra det øjeblik, hun træder ind på sygeplejeskolen."

sammenhænge, der styrer den faglige dannelse. I fokus er, hvordan forskellige og ofte konkurrerende forståelser af "den gode sygeplejerske" kommer til udtryk og påvirker sygeplejerskens professionsidentitet. Disse forståelser (diskurser) bliver til både i og uden for faget. Det er artiklens hensigt at bidrage til synliggørelsen af disse forståelser for derigennem at give sygeplejersker indblik i de mekanismer, sammenhænge og magtforhold, der påvirker deres mulighed for at skabe sig en tidssvarende professionsidentitet.

Sygeplejerskens professionsidentitet

En sygeplejerskes professionsidentitet dannes fra det øjeblik, hun træder ind på sygeplejeskolen. Dannelsen sker i undervisningen bl.a. ved, at underviseren viser sin begejstring for eller underkendelse af den studerendes spørgsmål og svar (1).

Dannelsesprocessen rækker langt ud over skoleår og studie og ind i en situeret deltagelse i praksisfællesskaber på arbejdspladsen. I praksisfællesskabet

udfoldes straffe- og udstødemekanismer. Vi bliver i overført betydning klappet og dasket på plads. I dannelsesprocessen skal den studerende/nyuddannede lære at tale eller formulere sig på bestemte måder. Hun skal lære at bruge bestemte favoritbegreber og -udtryk og lære at undgå at bruge andre. Hun tilegner sig professionens sprogkultur eller spørgeskultur (1). De fleste sygeplejersker kan genkende andre sygeplejersker på den måde, hvorpå de spørger og forholder sig til praksis. Herom siger professor Steen Wackerhausen: "Professionsidentiteten sker i høj grad som en tilpasning til professionens tænkemåde, sprogkoder, "blik", forklaringsformer og handlerutiner – eller formuleret i andre ord: ved at gå i de veletablerede og anerkendte fagudøvers veltrådte stier" (1).

Med reformen af sygeplejerskeuddannelsen af 2001 er uddannelsen blevet akademiseret. Det indebærer, at sygeplejersken må forstå sig selv som både akademiker og praktiker. Akademiske dyder og praktiske færdigheder er ifølge Wackerhausen det, som bør kendetegne sygeplejerskens professionsidentitet. Herudover peger han på, at god professionsidentitet må dreje sig om såvel evnen til at træde effektivt ind i praksis som evnen til at forholde sig kritisk til praksis. Professionen skal bo i "et rummeligt hus". Hermed mener Wackerhausen, at man naturligvis skal blive en solid del af praksis (f.eks. i en afdeling), men også kunne træde et skridt tilbage og kigge på denne praksis udefra. Hvis man kun går ind i praksis og følger dens sædvaner og skikke, risikerer man at lade sig rive med af en praksis, som muligvis er uhensigtsmæssig. Det kan godt være, at medlemmerne af et bestemt praksisfællesskab (f.eks. en gruppe sygeplejersker i en afdeling) mener, at de gør det rette, men det er ikke sikkert, at de selv kan se, at der er noget galt.

Den gode sygeplejerske

I det følgende vil jeg gå bag om de mekanismer og sammenhænge, der styrer professionsidentitetens dannelse. Det vil jeg gøre ved at se på det sprog, som skaber identiteten.

Michel Foucault har en teori om, at vi konstruerer vores verden gennem sproget (2,3). Det er ikke os som enkeltpersoner, der skaber verden. Det er heller ikke vores eget sprog, men det sprog, som udtrykkes gennem sociale strukturer, interaktioner og betydningsdannelser. Vi er som enkeltindivider blot tilskuere til eller brugere af dette sprog.

Vores selvforståelse og handlinger er konstrueret af de italesættelser eller diskurser, der er i verden omkring os. Der er f.eks. en diskurs om den gode sygeplejerske. Denne handler på en bestemt måde

faglige identitet

og har bestemte værdier. Ifølge Foucault skal man ikke lade sig nøje med diskursernes udtryk eller overflade, men søge bag om dem, søge deres betydning og se deres sammenhænge samt mulige opståen.

En sygeplejefaglig diskurs er italesættelsen af en lang række strukturer, interaktioner og betydningsdannelser i det faglige felt, som sygeplejersken bevæger sig i. Diskursen er ofte sammensat af flere diskurser, som den enkelte sygeplejerske bærer rundt på, ofte uden at vide, hvor de stammer fra. Hun anvender dem, når hun f.eks. udtaler sig om sin profession, og hvad en god sygeplejerske er, men hun er ikke nødvendigvis bevidst om, at denne diskurs er en bestemt måde at tale om faget på, som er skabt over tid og med nogle ganske bestemte diskursive historiske forløb som udgangspunkt. Man kan høre sygeplejersker sige: "Virkeligheden er jo en helt anden end teorien, og de kan tænke nok så fine tanker, men det er os på gulvet, der har fingrene i bolledelen." Dette udsagn slår til lyd for, at der er forskel på teori og praksis, og at denne forskel betyder, at teori er mindre vigtig for en sygeplejerskes arbejde end praksis. Man kan finde lignende udtalelser som denne fra en sygeplejerske, der i Kristeligt Dagblad siger om den nye uddannelse: "Nu er det efterhånden blevet så elitært og højakademisk, at en stor gruppe af unge, der brænder for at blive sygeplejersker "på gulvet" springer fra uddannelsen" (4).

Udtalelserne skal ses i lyset af den udvikling, sygeplejerskeuddannelsen har gennemgået, og den modstand akademiseringen har mødt blandt mange sygeplejersker. Denne modstand er indlejret i diskursen om den gode sygeplejerske. Denne holder håndværket eller det, Wackerhausen kalder for praksisviden, i hævd, og hun ser den teoretiske eller akademiske viden som mindre vigtig for praksis.

Diskursen om den gode sygeplejerske og dens indlejrede professionsidentitet vedligeholdes således af sygeplejersker selv, i praksis og i medierne. Diskursen vedligeholdes endvidere af politikere og andre faggrupper, som får taletid og spalteplass i medierne. En læge, der kritiserer akademiseringen af sygeplejefaget, udtaler i Politiken: "Hvis man ikke synes, at elementær patientpleje er nok, smart nok, akademisk nok eller ansvarsfuldt nok, står uddannelsesinstitutioner klar til at uddanne én til jagerpilot, børsmandler, filosof eller flyveleder. Det er bare at komme i gang. Og hvis faglærerne på sygeplejerskolerne har særlige behov for selvrealisering, kan jeg foreslå Søren Kirkegaard Selskabet, Louisianas venner eller en akvareltur til Toscana" (5).

Diskursen om den gode sygeplejerske, jeg har gennemgået i dette afsnit, har naturligvis konkurrenter. Der er andre holdninger til, hvornår og hvor-



"Trods uddannelsesreformen og de konkrete tiltag for at indføre akademiske færdigheder og viden er der stadig betydelig modvilje mod fagets akademisering både blandt fagets udøvere og andre, som samarbejder med sygeplejersker."

dan en sygeplejerske er god til sit fag. Herom i næste afsnit.

Diskursernes magtkampe

Jeg vil i det følgende diskutere nogle diskurser, som i disse år står centralt i forestillingen om sygeplejerskers professionsidentitet:

- Praksisdiskursen: Diskursen om sygeplejefaget som profession med vægt på praksisviden og sædvane. »

- » • Kaldsdiskursen: Diskursen om sygeplejefaget som et kald, snarere end en profession.
- Akademiseringsdiskursen: Diskursen om sygeplejefaget som profession med vægt på akademiske dyder.

I en foucaultsk betydning deles praksisdiskursen, kaldsdiskursen og akademiseringsdiskursen om magten. Man kan sige, at de kæmper om magten over sygeplejerskens professionsidentitet. Analysen af den gode sygeplejerske ovenstående viser, at praksisdiskursen har fået tildelt en vis magt. I hvert fald har praksisdiskursen tag i fagets udøvere og andre faggrupper, der samarbejdes med, f.eks. læger. Det er en magt, som især skal ses på baggrund af

”Ud over akademiske dyder og praktiske færdigheder må udviklingen af sygeplejerskers professionsidentitet dreje sig om såvel evnen til at træde effektivt ind i praksis som evnen til at forholde sig kritisk til praksis og fagets traditioner.”

fagets historie knyttet til pleje og omsorg i en praksis på hospitalerne (6). Sygeplejersken har været opfattet som lægens højre hånd, og i mange år var det da også læger, som skrev sygeplejerskeuddannelsens fagbøger. Også Florence Nightingale spørger – som nævnt i indledningen – stadig. Under sygeplejekonflikten i foråret 2008 blev kaldsdiskursen anvendt flere gange. Under konflikten var der fra toneangivende deltagere i debatten en fremhævelse af kaldet som vigtigere end lønnen: ”Kald er formentlig det allermest motiverende for fagprofessionelle – langt mere end løn. Det er i virkeligheden helt nede på jorden. Kald handler om at ønske at gøre en forskel – at tjene en højere sag og være styret af en stræben efter fagligt at yde det absolut bedste” (7).

Det er næsten skræmmende, at kaldet stadig er argumentet for bedre løn- og arbejdsvilkår. Man kunne fristes til at sige, at en sådan påstand kun kan lade sig gøre i et kvindefag. Der er næppe heller nogen tvivl om, at der er politiske vinde, som har interesse i en sådan diskurs, der vægter kaldet højere end lønnen.

Akademiseringsdiskursen synes ikke at have fået tildelt samme magt som praksisdiskursen. Det virker underligt, ikke mindst i lyset af de politiske og økonomiske satsninger for en reform af uddannelsen. Trods uddannelsesreformen og de konkrete tiltag for at indføre akademiske færdigheder og viden

(herunder evidensbaseret sygepleje) er der stadig betydelig modvilje mod fagets akademisering både blandt fagets udøvere og andre, som samarbejder med sygeplejersker.

Det er ikke usandsynligt, at magtkampen mellem praksis-, kalds- og akademiseringsdiskurserne fortsætter nogen tid endnu. Der vil være mange helt almindelige sygeplejersker, som anser sig for fremtids- og udviklingsorienterede, men som samtidig er fanget i bestemte måder at italesætte faget på, uden at de er bevidste om, hvilken professionsidentitet de indtager. Vanskeligheden ved at etablere en tidssvarende og solid professionsidentitet er åbenlys: De tre diskurser trækker i forskellige retninger.

En nødvendig fjerde diskurs - den kritiske

Svaret på denne artikels indledende spørgsmål må sandsynligvis findes i splittelsen mellem praksis-, kalds- og akademiseringsdiskurserne. Spørgsmålet er nu, hvordan man alligevel kan finde en tidssvarende diskurs. Til dette formål vil jeg pege på den fjerde diskurs: Den kritiske diskurs.

Denne er en forståelse af sygeplejefaget som profession med fokus både på praktiske færdigheder og akademiske dyder, der også indebærer en kritisk indstilling til praksis og sædvanen. I denne diskurs ligger ligeledes et definitivt opgør med kaldet.

Steen Wackerhausen (1) peger på, at man er nødt til at skabe en kritisk kultur inden for en profession for at undgå at blive fastholdt i uhensigtsmæssige traditioner. Samtidig med at man viderefører fagets kerne (pleje og omsorg), må man kunne forholde sig kritisk til forvaltningen af denne kerne. Med et kritisk blik og en evne til at stille sig uden for kernen og de herskende diskurser om den vil man kunne bidrage til fagets udvikling, fornyelse og sociale anseelse.

En tidssvarende professionsidentitet

Jeg har i denne artikel søgt at belyse, hvorfor det tilsyneladende er så vanskeligt for sygeplejersker at skabe sig en tidssvarende professionsidentitet. Det er tydeligt, at der både i og uden for faget er behov for en fornyelse af diskursen om sygeplejerskens professionsidentitet, hvis professionen skal øge sine muligheder i samfundet.

Ud over akademiske dyder og praktiske færdigheder må udviklingen af sygeplejerskers professionsidentitet dreje sig om såvel evnen til at træde effektivt ind i praksis som evnen til at forholde sig kritisk til praksis og fagets tradition.

Hvis sygeplejersker skal kunne skabe sig en tids-

svarende professionsidentitet, må de kunne frigøre sig fra den magt, der stadig ligger i en kaldsdiskurs og en ensidig praksisdiskurs. Det kan de gøre ved at anlægge det, denne artikel har kaldt for en kritisk diskurs, som indeholder elementer af både praksis- og akademiseringsdiskurserne. Vi må som sygeplejersker øge vores indsigt i alle de forhold, som kan oplyse os om og skærpe vores kritiske syn på vores professionsidentitet og de diskurser, der styrer den. På denne måde vil vi kunne styrke vores muligheder for at udvikle faget, dets kerne og rolle i samfundet.

Kirsten Bo-Kristensen er ansat som klinisk vejleder på gerontopsykiatrisk afdeling, Århus Universitetshospital, Risskov; kirsbokr@rm.dk

Litteratur

1. Wackerhausen S. Professionsidentitet, sædvane og akademiske dyder. I: Hansen NB, Gleerup J, redaktører. Videnteori, professionsuddannelse og professionsforskning. Odense: Syddansk Universitetsforlag;2004:19-29.
2. Heede D. Det tomme menneske. København: Museum Tusulanums Forlag;2004.
3. Hermann S. Michel Foucault. I: Olesen SG, Pedersen PM, redaktører. Pædagogik i sociologisk perspektiv. Viborg: Forlaget PUC;2000:80-109.
4. Hansen K. Sygeplejersker skal tilbage til sygesengen. Kristeligt Dagblad, 9. september 2006 [citeret 22. februar 2009]. Tilgængelig på www.kristeligt-dagblad.dk
5. Hansen AT, Dahlmann S, Hansen CN. Sådan lidt ydmyg. Roskilde: Roskilde Universitetscenter;2007:6. Masterprojekt i Voksenuddannelse.
6. Frederiksen K. Uddannelse til ordentlighed. Viborg: Forlaget PUC;2005.
7. Preisler M. Kald vigtigere end løn. Ugebrevet A4, 28. april 2008 [citeret 22. februar 2009]. Tilgængelig på www.ugebreveta4.dk



))) ENGLISH ABSTRACT

Bo-Kristensen K. Difficulties encountered by nurses in establishing a professional identity. *Sygeplejersken* 2009;(8):54-7.

This article raises the question of why nurses find it so difficult to create a modern, professional identity. The article concludes that there is a need – both within and outside the profession – for a renewal of the discourse on the professional identity of nurses.

The study illustrates, using the work of Steen Wackerhausen, how professional identity is created through education and practice. In order to understand why the profession has not progressed from a one-sided and tradition-based self-understanding to a conceptual integration of practical skills and academic virtues, the article invokes a distinction between custom and practice and a critical culture.

Inspired by Foucault's theory of discourse analysis, the article examines the construction and expression of the profession's identity. The article focuses in particular on the power that practical discourse and vocational discourse have on nurses' self-understanding. In conclusion, an alternative, critical discourse is suggested. This discourse emphasises both modern, practical abilities and academic virtues, together with a critical view of custom and practice.

Key words: Professional identity, nursing, discourses, vocation, practice, academisation.

>>> TESTEN



Temaet er samtaler om sundhed, test dig selv eller din kollega

Vi vil gerne overbevise patienter og borgere om, at det kan betale sig at leve sundt. Det lægger år til livet og liv til årene. Men hvordan taler man egentlig med mennesker, hvis målet er sundhed?

- 1** *Hvad dækker betegnelsen de fem A'er over?*
- Det er en terminologi, der stammer fra anonyme alkoholikere. Terminologien bruges til alkoholstop.
 - Det er fem almene principper for sundhedsfremmende, forebyggende og adfærdsændrende interventioner.

- 2** *Hvad betyder A'erne?*
- Assess, advice, assist, arrange, agree. (Kortlæg, giv information og anbefalinger, bistå med praktisk hjælp, indgå opfølgende aftaler, nå til enighed.)
 - Analysér, anamnese, adlyd, aktør, adaptation.

- 3** *Ved man, om modellen virker?*
- Nej, men det formoder man. Borgerne var glade for, at sundhedspersonalet benyttede den.
 - Effekten af en intervention med udgangspunkt i de fem A'er blev undersøgt i 2002, og den var lovende.

- 4** *Hvilke samtaletyper benytter vi i Danmark, når målet er adfærdsændring hos borgeren?*
- Den manipulerende samtale.
 - Den motiverende samtale.

- 5** *Er der andre forebyggelsesteknologier i brug i Danmark?*
- Computerassisterede beregninger, hvor borgeren får tastet sine værdier ind og får beregnet sin risiko for f.eks. hjerte-kar-sygdom.
 - Personlige beskeder via tekst-tv, som f.eks. husker unge på at spise morgenmad.

Kilde: Prescott P, Børtveit T. Sundhed og ændring af adfærd. København: Dansk Psykologisk Forlag; 2005.
Bagh J. Livsstil under lup. *Sygeplejersken* 2002;(6).
Thomsen T. Forebyggelse via computer. *Sygeplejersken* 2002;(6).

Se svarene på TESTEN side 47.



Lån mit job i 3 måneder

... og få en oplevelse der varer hele livet. Bliv sommervikar!

Prøv noget nyt. Det er der aldrig nogen, der har taget skade af. Og med din baggrund som sygeplejerske har du alle muligheder for at give dig selv en **oplevelse** for livet. Så hvis du har lyst til at opleve **Grønland** om sommeren, og arbejde samtidig, så kan vi kun anbefale dig at prøve et sommerferievikariat i et grønlandsk sundhedsdistrikt. Perioderne er forskellige, men **juni/juli/august** er de måneder, hvor der er mest brug for vikarer, men kan du også arbejde i en anden periode, kan vi sagtens tale om det.


Vi tilbyder **3 måneders vikariater**, god introduktion til et bredt fagligt spektrum, et **selvstændigt** og udfordrende job. Til gengæld forventer vi, at du har flere års klinisk erfaring, er generalist i sygeplejefaget - gerne med erfaring fra skadestue/akutsygepleje, og at du er fleksibel og omstillingsparat

Se mere om dine muligheder i Grønland på www.nextjobgreenland.gl - det koster ikke noget at kigge ...



Det grønlandske sundhedsvæsen udgøres af Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk og af de lokale sygehuse, sundhedscentre, tandklinikker og sygeplejestationer i byerne og bygderne langs kysten. I alt beskæftiges ca. 1.400 medarbejdere i sundhedsvæsenet. Se mere om dine muligheder på www.nextjobgreenland.gl

Ud af bitterhedens trædemølle

 Er du forældre til, eller arbejder du professionelt med børn, som har specifikke vanskeligheder, har du formentlig oplevet, hvor afgørende din forståelse for barnets reaktioner er for din måde at rumme det på, og for de handlemuligheder du stiller op for barnet.

Du har sikkert også oplevet at blive frustreret, når tingene ikke lykkes. Når barnet igen og igen reagerer med modstand, og du trods gentagne forsøg ikke kan få barnet i tale og guide det til en mere hensigtsmæssig reaktion. Frustrationerne hos barnet og den voksne bliver større og større og risikerer at låse alle fast i en negativ spiral, hvor det er svært at finde på nye og mere konstruktive tanker og handlinger. Der opstår negative følelser for og forventninger til hinanden. Bitterhedens trædemølle er sat i gang.

Martin Kutscher er amerikansk børneneurolog med mange års erfaring med at diagnosticere og hjælpe børn med adfærd- og neuropsykologiske forstyrrelser og deres familier. Hans formål med bogen er at give en kort og samlet oversigt over baggrunden for de forskellige vanskeligheder, børnene kan have. Det er mere normen end undtagelsen, at der hos det enkelte barn optræder vanskeligheder inden for flere diagnoseområder. Hvert hovedområde gennemgås med årsag, symptomer og behandling. Der gives få, men effektive anbefalinger til at møde barnet i hverdagen. Tonen er optimistisk og ideerne inspirerende, så der formidles håb om at komme ud af trædemøllen.

Bogens styrke ligger i dens enkle formidling af selv meget kompliceret stof samt korte og letfattede eksempler, der gør læseren i stand til at sætte sig i barnets sted og forstå dets reaktioner.

Ud over den neuropsykiatriske indfaldsvinkel formår Martin Kutscher via sit empatiske engagement at fremhæve betydningen af relationen mellem barn og voksen. Mange mennesker brænder broerne bag sig, og det er ikke nogen god ide, siger han. Men at brænde broerne foran sig, før man overhovedet er klar over, om man vil få brug for dem, det forudsætter eksekutiv dysfunktion. Og det kræver samtidig, at den voksne ser på sin egen forståelse og sine reaktioner for at hjælpe barnet, der har vanskeligheder med at se tingene i et overordnet og fremadrettet perspektiv.

Tony Attwood har skrevet et inspirerende kapitel om Aspergers syndrom og behandlingen. Skal man forklare barnet diagnosen? Hvordan eksternaliseres tanker og følelser? Hvordan opmuntrer man barnet til at danne venskaber?

Per Hove Thomsen har tilpasset kapitlet om medicinsk behandling til danske forhold.

Bogen er baseret på amerikanske forhold, og visse steder halter oversættelsen lidt. Det kompenseres af den supplerende litteraturhenvisning og ikke mindst af henvisninger til internetsider, hvor der er adgang til uddybende information, udformning af pædagogisk materiale, sider for børn m.m.

Martin Kutschers ønske om at samle et stort informationsmateriale i en lille tilgængelig opslagsbog til glæde for forældre og professionelle er så afgjort lykkedes.

*Af Lone Monsen, sygeplejerske,
ansat i børne- ungdomspsykiatrisk
speciallægepraksis i Rødovre.*



Martin L. Kutscher
**Børn med
blandingsdiagnoser**
Dansk Psykologisk Forlag 2008
270 sider – 328 kr.
ISBN 978-87-7706-524-8



BLIV VÆRTSFAMILIE

**- for en udvekslingsstudent
og bliv klogere på verden**

AFS Interkultur modtager til august omkring 150 udvekslingsstudenter i alderen 15-18 år fra hele verden.

De kommer hertil for at lære dansk sprog og kultur og gå i en lokal skole.

Grib chancen og bliv værtsfamilie i 5 eller 11 måneder for én af de mange spændende unge.

**Ring til os på 38 34 33 00
eller besøg www.afs.dk**

AFS Interkultur er Danmarks største og ældste non-profit udvekslingsorganisation.

Rejs ud med AFS
Rejs ud som udvekslingsstudent (for 15-18 årige) eller som frivillig (for 18-75 årige) med AFS.



Aerosoft

**-blødere, lettere,
mere komfortabel**



Kun kr. 150,-
hos
Balikompagniet



6 forskellige farver

Besøg vor web-shop
www.balikompagniet.dk
el. kontakt os på tlf.

Balikompagniet ApS
Byporten 87
2970 Hørsholm
Tlf 42 50 29 11

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

Jette Bagh, sygeplejerske, cand.cur.,
fagredaktør på Sygeplejersken.

Når man ved, at man skal dø

Jeg skræller løg, hakker og hører P1 samtidig, men det går ikke. Det ender med, at jeg sidder med bøjede ben og ryggen op ad køleskabet og lytter, mens løgene ligger delvist hakkede på spækkebrættet og venter på det sidste angreb.

Det, der fanger min opmærksomhed, er et interview med en døende mand, som bor på et hospice i sin sidste tid. Hans stemme er lidt rusten, han rømmer sig hyppigt, men understreger flere gange: "Jeg piber ikke, det er galt med halsen."

Manden er en fantastisk fortæller, bemærkelsesværdigt klar på, hvad han vil, og hvordan afslutningen på hans liv skal forme sig. Han er på egne og sin kones vegne glad over at være på hospice, for så behøver konen ikke at ringe og vente på hjælp i flere timer, som når han får smerter eller vejtrækningsbesvær. Han har valgt at få mindre smertestillende medicin end anbefalet for at være til stede i størst muligt omfang.

"Og her på hospice har man ansat de venligste og kærligste mennesker i Jylland," mener han.

På hospice bliver den store venneskare hidkaldt, og de kommer i dryp nogle stykker ad gangen og taler med den døende, men de får besked på ikke at pibe. Der skal ikke sørges, men tales om, hvad man har haft sammen, og om, hvordan livet er aktuelt.

"Jeg har jo afgangsalderen," siger manden og fortæller, hvordan han har bedt sine seks børn og konen om at synge tostemmigt til sin begravelse. "Og de skal ikke pibe, det har jeg sagt."

Manden viser sig at være præst, og da jeg senere googler ham, Bent Lomholt er hans navn, er han død få dage forinden.

Måske var det ikke kun løgene, der fik øjnene til at løbe i vand. Manden og præsten var et usædvanligt menneske, der havde fået usædvanligt meget ud af livet og egentlig også af dets afslutning. Og det blev fabelagtigt formidlet uden piberi, sentimentalitet eller tungsind."

"Måske var det ikke kun løgene, der fik øjnene til at løbe i vand. Manden og præsten var et usædvanligt menneske, der havde fået usædvanligt meget ud af livet og egentlig også af dets afslutning. Og det blev fabelagtigt formidlet uden piberi, sentimentalitet eller tungsind."

Som stærk kontrast til interviewet udgiver Politiken den 1. marts Magasinet. Her lyder det på forsiden "Farvel. Seks mennesker fotograferet som levende – og som døde."

De seks bor også på hospice, og der er en lille beskrivelse af deres livsforløb, alle komplicerede og delvist ulykkelige, og menneskerne er – vel som en naturlig følge – absolut uparate til at slippe livet.

En 52-årig mand beskriver med skuffelse, hvordan vennerne, trods den dødelige sygdom i hans hjerne, som de ved god besked om, notorisk siger "god bedring" til ham, når de går. Han lægger mærke til, at hans kvindelige kolleger altid besøger ham to og to, fordi de ikke kan lide at være alene med ham. "Ingen spørger, hvordan jeg har det ... de er pissebange," lyder det.

Fotografen oplever, at alle de fotograferede er ensomme i den sidste fase, fordi venner og familie nægter at se døden i øjnene sammen med dem.

Fotografierne af de døende og døde er ikke fremmedartede eller overraskende for sygeplejersker, som generelt har en praktisk tilgang til døden. Det overraskende er, hvor forskelligt man kan dø.

Den danske præst og de døende tyske mennesker takker af med et helt forskelligt indhold i den mentale bagage, og det illustrerer meget tydeligt, hvad en god veninde med jævne mellemrum gentager for sig selv og os andre: Keep good company. Det løfter, og det lindrer i alle livets faser.

jb@dsr.dk