

SYGGEPLEJERSKEN

PERSPEKTIV

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR. 7 » 4. APRIL 2008 » 108. ÅRGANG

Opringning får
hofter på gled

KORT NYT
Astmabørn får
for dårlig hjælp

Politikere kræver
mere hjælp til
usunde unge

Videnskab & Sygepleje

Den palliative indsats
og forestillinger om
den gode død

SYGGEPLEJERSKE

”JEG BLEV SYG
AF AT GIVE KEMO”



23



24



ARTIKLER

- 23 Rasmus Modsat – På barrikaderne for et bedre image**
Hold op med at tale omsorgsfagene ned i en sort kælder, lyder opfordringen fra sundheds- og omsorgsdirektør i Århus Kommune, Hosea Dutschke.
- 24 Opringning får hofter på gled**
Ph.d.-afhandling viser, at to telefonopringninger fra en sygeplejerske kan gøre patienterne langt mere selvhjulpne.
- 26 Udsyn – Vatikanet prædiker mod prævention i EU**
De katolske præster nøjes ikke med at prædike i kirken. Vatikanet lægger et betydeligt pres på EU for at indføre konservative restriktioner.

OK 08 SIDE 30-34

- 30 Konflikt på standby**
Sundhedskartellet og arbejdsgiverne mødes igen i Forligsinstitutionen den 11. april. En strejke kan tidligst begynde den 16. april.
- 31 Konflikten er udsat**
- 32 Kruckow afviser masseopsigelser**
- 32 Er du klar til konflikt?**
- 33 OECD: Ingen grund til klage**
- 34 Færre unge vil være sygeplejersker**
Antallet af unge, der har søgt ind på uddannelsen via kvote 2 er faldet med 25-50 pct. Dårlige løn- og arbejdsforhold er en del af forklaringen, mener Dansk Sygeplejeråd.



16



26



44

50

TEMA – KEMOALLERGI SIDE 16-21

16 Sygeplejerske fik allergi af at give kemo

For første gang i Danmark er en sygeplejerske blevet testet og fundet allergisk over for at arbejde med kemo.

19 "Så lær dog af det"

Allergiramt sygeplejerske efterlyser opfølgning fra ledelsen af den onkologiske afdeling på sin tidligere arbejdsplads, Hillerød Hospital.

19 "Utrolig lille risiko"

Risikoen for en allergisk reaktion ved at arbejde med kemo er minimal, men alligevel er det godt at sætte fokus på personalets sikkerhed, mener afdelingslæge på Arbejdsmedicinsk Klinik.

20 Meget mere kemo på afdelingerne

Forskerne ved stort set intet om de langsigtede bivirkninger for personalet, til trods for at omfanget af kemobehandlinger er stigende på de danske sygehuse.

VIDENSKAB & SYGEPLEJE

58 Udviklingen af den palliative indsats i Danmark i perioden 1985-2001 og forestillingen om den gode død

Palliative tilbud er præget af bestemte og ofte indforståede idealer om en god død. Artiklen har til formål på et empirisk grundlag inden for en dansk kontekst at udlede forestillinger om den gode død. Designet tager afsæt i en socialkonstruktivistisk tilgang og er en diskursanalyse af seks danske sundhedspolitiske rapporter om palliation fra 1985 til 2001. Resultaterne viser, at der bl.a. formidles et ideal om den gode død som en død i eget hjem. Konklusionen er, at sundhedsvæsenet står over for en del udfordringer, bl.a. at dekonstruere sammenhængen mellem palliation og kræftsygdom og at dekonstruere forestillingen om, at døden hjemme er den bedste.

FAG

44 Fra kontrol til frihed

Oplevelse af frihed og livskvalitet har stor betydning for diabetesbarnets og forældrenes evne til at mestre en krævende behandling. Nye behandlingsmuligheder og gennemskuelige behandlingsprincipper med insulinanaloger eller insulinpumpe giver fleksibilitet og frihed, så det nu er diabetikeren, der styrer sygdommen, og ikke omvendt.

50 Professionel tilgang til palliation

Langtfra alle døende har brug for at blive tilknyttet et palliativt team eller for at blive indlagt på et hospice. Men alle døende har brug for, at de professionelle behandling og pleje, uanset om den døende er hjemme, på plejehjem eller på hospital.

I HVERT NUMMER

- 6 Eftertanker
- 7 Kort nyt
- 35 Dansk Sygeplejeråd mener
- 36 Debat
- 38 In Memoriam
- 42 Fagtanker
- 42 Faglig information
- 42 Resuméer
- 55 Agenda
- 56 Testen
- 70 Anmeldelser
- 76 5 faglige minutter
- 77 Stillingsannoncer
- 91 Kurser/Møder/Meddelelser

Små partikler med stor virkning

Vi kan ikke se dem med det blotte øje. Men alligevel kan de være farlige.

I denne udgave af *Sygeplejersken* bringer vi historien om en sygeplejerske, der er blevet syg af at arbejde med stoffet cytotatika – også kaldet kemo. I løbet af få år blev hun syg af at give kemo og har eksperternes ord for, at hun har udviklet allergi af at arbejde med den farlige cellegift.

Dette kunne være en enkeltstående, uheldig sag, men når vi samtidig kan fortælle, at hospitalernes forbrug af kemo er i voldsom stigning som behandling af kræftframte, bliver historien endnu mere relevant og i en vis grad foruroligende.

Den understreger ikke mindst behovet for, at hospitalernes arbejdsgivere skal være meget skarpe på at efterfølge de allerede nedskrevne sikkerhedsprocedurer, når sygeplejerskerne skal håndtere den kraftige cellegift.

Små partikler, der flyver rundt i luften og kan gøre os syge, er ikke noget nyt fænomen.

Helt tilbage i 70'erne og de tidligere 80'ere dukkede ord som malerhjerne og malersyndrom op – på baggrund af en undersøgelse af 26 maleres hjerneskader. Og på den baggrund voksede bevidstheden om det farlige ved opløsningsmidler, asbest mv. frem de følgende år.

Jeg har også haft problematikken tæt inde på livet. Fra slutningen af 60'erne og indtil for få år siden ernærede mine forældre sig som trykkere af bl.a. stramaj og skilte. Til at begynde med vidste de ikke noget om, at maling og opløsningsmidler kunne være farligt at indånde, men om sommeren gik de faktisk ud i gården og den friske luft for at arbejde, fordi de indimellem fik ondt i hovedet af deres arbejde. Det var sådan helt ubevidst, og det var først i 80'erne, at de fik besked på at montere et udluftningsanlæg i værkstedet. I dag – mange år senere – ved vi meget mere om farlige dampe og partikler og er blevet meget bedre til at sikre os mod dem.

Men det kan være, at der stadig er mere at lære og flere ting, vi skal passe på. Det er der sikkert. Måske også når det gælder brugen af kraftige og giftige stoffer i sundhedsvæsenet.

God læselyst.



Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør
snp@dssr.dk



Lup på ke



AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN,
JOURNALIST

Kemosyg. For første gang i danmarkshistorien er en onkologisk sygeplejerske blevet sygemeldt med allergi over for kemo. Nu skal sikkerhedsprocedurerne ses efter i sømmene, mener Dansk Sygeplejeråd. Sygeplejerskens arbejdsgiver, Region Hovedstaden, er enig.

Flere og flere patienter behandles for kræft, og det øger brugen af cellegiften cytotatika – populært kaldet kemo – på de danske hospitalsgange. Men brugen viser sig nu at kunne føre til allergi blandt de ansatte.

Det får nu både Dansk Sygeplejeråd og Region Hovedstaden til at overveje, om sikkerhedsprocedurerne på de onkologiske afdelinger er gode nok.

"Når der opstår ny viden om risici i arbejdsmiljøet, så må det naturligvis føre til, at vi overvejer, om sikkerhedsprocedurerne er gode nok," siger *Sven Skovmand Eriksen*, personalepolitisk chef i Region Hovedstaden.

Og det glæder Dansk Sygeplejeråd, der mener, at historien om sygeplejerske *Tine Woldbys* kemoallergi bør føre til selvansøgelse hos ledelsen på de onkologiske afdelinger.

"Det er grotesk, at en sygeplejerske bliver syg af at udføre det arbejde, som hun er glad for," siger *Grete Christensen*, 1.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd, og tilføjer:

Vidste du at ...

... evnen til at vise tillid til dels er medfødt? Selv om miljøfaktorer spiller den største rolle, viser tvillingestudier, at 20 pct. af evnen skyldes arvelighed.

Kilde: The Proceedings of the National Academy of Science/
Dagens Medicin.

REDAKTIONEN)))

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



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



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



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



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



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



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



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



mosikkerheden



FOTO: JOHAN GUNSELS

Sikkerheden først. Arbejdet med cytostatika – også kaldet kemo – er normalt omgærdet af store sikkerhedsforanstaltninger. Stoffet er heller ikke helt ufarligt at arbejde med. En dansk sygeplejerske har fået anerkendt, at hun har fået allergi af at give kemo. Sygeplejersken er nu sygemeldt.

”Antallet af kræfttilfælde stiger, og omfanget af cytostatika stiger, så der er virkelig god grund til at tænke over, om vi beskytter de ansatte godt nok.”

Et naturligt behov for mere viden

Sygeplejerske Tine Woldby fik konstateret allergi efter at have arbejdet to år på onkologisk afdeling på Herlev Sygehus og få måneder på onkologisk afsnit på Hillerød Hospital. Arbejdsmedicinsk afdeling på Hillerød Hospital testede i sommeren 2007 Tine Woldby og fandt, at hun var allergisk over for kemoterapi-stoffet etoposid.

Der arbejder godt 1200 sygeplejersker på onkologiske afdelinger i Danmark, men ét tilfælde af kemoallergi er stadig ét for meget, mener Dansk Sygeplejeråd.

”Vi skulle meget nødtigt have flere tilfælde. Det her kalder på en øget opmærksomhed fra sikkerhedsorganisationen og især arbejdsgiver, der har ansvar for sikkerhed og sundhed for sine ansatte,” siger Grete Christensen.

Og det er arbejdsgiveren i Region Hovedstaden langt hen af vejen enig i.

”Når vi opnår ny viden om arbejdsmiljøet, så opstår der et helt naturligt behov blandt medarbejderne for at vide mere og høre mere om, hvad der foregår. Jeg opfordrer til, at man kontakter sin arbejdsmiljørepræsentant eller sikkerhedsledelse, hvis man bliver usikker i forhold til de stoffer, man arbejder med,” siger Sven Skovmand Eriksen, personalepolitisk chef i Region Hovedstaden.

EU-forskere: Nanokosmetik bør forbydes

Du kender sikkert reklamen med en sofa, der er totalt smudsafvisende, efter den er sprøjtet med et nanoprodukt. Smart ser det jo ud.

Men også visse kosmetiske produkter, f.eks. solcreme, indeholder nanopartikler, og det finder flere forskere knap så smart. Da man stort set intet ved om, hvordan nanopartiklerne påvirker den menneskelige krop, anbefaler en EU-forskningskomité nu, at man helt forbyder produkterne.

I maj 2007 viste en opgørelse fra Miljøstyrelsen, at 243 forskellige produkter i Danmark indeholdt nanopartikler eller var produceret med nanoteknologi.

Dengang sagde Miljøstyrelsen, at de holdt øje med omfanget af nanoprodukter, fordi man endnu intet vidste om, hvad partiklerne gør ved mennesker.

(kbc)

Kilde: www.ec.europa.eu/health

”Hospitalernes systemer er vidt forskellige. Udsigten til at ensrette dem er lig nul.”

Janne Lehmann Knudsen, Kræftens Bekæmpelse, om den elektroniske patientjournal, B.T. den 25. marts 2008.



Vidste du at ...

... roskildesyge er det danske navn for den smitsomme maveinfektion Norwalk disease? Navnet oprinder fra vinteren 1935, da en tredjedel af Roskildes indbyggere blev ramt af let feber, svimmelhed, opkastning og diarré. Epidemien i Roskilde blev omtalt i Ugeskrift for Læger i januar 1936, og her brugtes navnet roskildesyge for første gang.

Kilde: Wikipedia.

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



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



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



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



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



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



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



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



PRODUKTINFORMATION FOR ANNOUNCE SIDE 3

**Forkortet Produktresumé**

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

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

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

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

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

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

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

Pakning og pris (ESP) 26. 03 2008: 1 dosispakning indeholdende 0,5 ml suspension i en forfyldt sprøjte og to kanyler. Opbevares i køleskab (2°C - 8°C). (Vnr. 098722) kr. 1.141,10. Se dagsaktuel pris på www.medicinpriser.dk. Udlevering A.

Indehaver af markedsføringstilladelsen: Sanofi Pasteur MSD SNC, 8 rue Jonas Salk, F-69007 Lyon, France. Fuldstændigt produktresumé kan rekvireres hos den danske repræsentant: Sanofi Pasteur MSD, Lautruphøj 1-3, DK-2750 Ballerup eller på nedenstående internetadresse. August 2007. www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/gardasil/gardasil.htm

**Vidste du at ...**

... Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus har etableret Danmarks første sygehussamarbejde om neonatal telemedicin? Hvis der tilstøder et nyfødt barn på Sygehus Svendborg, hvor man ingen børnelæger har ansat, komplikationer, logger lægerne på den sydfynske fødegang på en onlineforbindelse til en børnelæge på sygehuset i Odense, hvor han eller hun på 48 km's afstand af Svendborg kan undersøge barnet.

Kilde: Pressemeldelse fra Region Syddanmark.

Politikere kræver mere hjælp til usunde unge

AF SINE MADSEN, JOURNALIST

Sundhedspenge. Der skal penge på bordet, hvis sundheden hos de 16-20-årige skal styrkes, mener SF og Enhedslisten.

Det skal være slut med fed flæskesteg, pommefrites og andre usunde vaner på de tekniske skoler og gymnasier. Der skal sund mad i kantinerne og motion på skemaet, mener bl.a. SF og Enhedslisten.

Sygeplejersken fortalte i nr. 5/2008, at der i dag ikke findes formaliserede tilbud om sundhedsfremme til de 200.000 elever på landets gymnasier og tekniske skoler.

Det er især et problem på de tekniske skoler, hvor en tredjedel af eleverne er storrygere, og der ikke indgår motion i undervisningen.

Flere af Folketingets sundhedsordførere kræver nu en oprustning af sundheden på ungdomsuddannelserne.

Blandt dem SF's sundhedsordfører, **Karl Bornhøft**:

"Det er da mærkeligt, vi slipper folk, når de er over 18 år, og så lader vi dem være i et vakuum, indtil vi igen begynder at interessere os for dem," siger han og fortsætter:

"Forebyggelse er ikke noget, der kan foregå uden penge. Det kræver ganske enkelt investeringer, og SF vil de næste 10 år bruge 500 mio. kr. mere på folkesundheden, og 400 mio. kr. af de penge skal målrettes kommunerne til forebyggelse."

I dag har kommunerne kun 37 kr. om året til forebyggelse pr. indbygger, og Karl Bornhøft understreger, at de derfor har brug for langt flere midler, så de kan målrette indsatsen til de mest usunde unge.

Per Clausen fra Enhedslisten understreger også behovet for flere tilbud på især de tekniske skoler:

"Det er jo paradoksalt, at der, hvor det største behov er, er der, hvor man gør mindst, nemlig på de tekniske skoler. Man burde prioritere det højt, siger han og fortsætter: "Vi skal etablere nogle integrerede madordninger, som begynder



FOTO: SOREN SVENSDEN

200.000 elever på landets gymnasier og tekniske skoler har alt for dårlige tilbud om sund kost og motion. SF og Enhedslisten vil nu afsætte flere penge til at fremme unges sundhed.

allerede i folkeskolen og fortsætter på ungdomsuddannelserne. Så har man taget et skridt i retning af at bryde de dårlige madvaner."

Sundhedsminister **Jakob Axel Nielsen** (K) udtalte til *Sygeplejersken* nr. 5/2007, at han vil afvente forebyggelseskommissionens udspil i 2009, før han sætter initiativer i værk. Ifølge formanden for kommissionen, **Mette Wier**, bliver især de udsatte unges sundhed et væsentligt indsatsområde.

"Vi har meget fokus på de udsatte grupper i Danmark. Det er dem, som har færrest resurser, er sværest at nå og kommunikere sundhedsbudskaber til. Der er brug for nogle meget mere målrettede tiltag, f.eks. at møde dem på deres uddannelsessted," siger Mette Wier.

Astmabørn får for dårlig hjælp

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

Åndeligt svigt. Kun 3 pct. af de børn, der lider af astma, får den anbefalede opfølgning og udredning hos deres praktiserende læge. Det kan betyde, at flere børn må indlægges på hospital, viser en ny undersøgelse.

Hvert 10. danske barn lider af astma og dør med symptomer som hoste, åndenød og hvæsende vejrtrækning. For en del af børnene er lidelsen så alvorlig, at de må afholde sig fra motion. En ny ph.d.-afhandling viser, at kun 3 pct. af de astmabørn, der følges af de praktiserende læger, får en opfølgning, som følger de internationale retningslinjer på området. Blandt børn, der følges af hospitalernes ambulatorier, ser billedet lidt bedre ud. Her får 28 pct. eller godt en fjerdedel af børnene den opfølgning, der anbefales.

"Det er bekymrende, at så få børn får den rette opfølgning. Konsekvensen kan være, at børnene hyppigere bliver indlagt på hospital, og i de svære tilfælde kan det påvirke børnenes hverdagsliv, så de f.eks. holder op med at bevæge sig. Det er velkendt, at de praktiserende læger halter bag efter speciallægerne. Men jeg havde regnet med, at flere special-

læger fulgte retningslinjerne," siger sygeplejerske og seniorforsker Grete Moth, der netop har forsvaret den ny ph.d.-afhandling om astmabørns patientforløb. Via Landspatientregisteret har hun fulgt astmabehandlingen af 36.940 børn mellem seks og 14 år fra 1998 til 2004.

Øget risiko for indlæggelse

Retningslinjerne for behandling af børn med astma anbefaler, at børnene skal have en lungefunktionsundersøgelse og en opfølgende samtale en gang hvert halve år. Grete Moth kan på baggrund af tal fra Landspatientregisteret fastslå, at en korrekt udredning og opfølgning ned sætter risikoen for indlæggelse med 40 pct.

"Hvis børn bare bliver spist af med en recept og en undersøgelse, så betyder det, at de går glip af en masse informationer om, hvordan de kan håndtere sygdommen, så den ikke bliver et handicap i hverdagen. De skal f.eks. være klar over, at astma kan dukke op, når de er forkoledede, og at de godt kan dyrke idræt. Den slags informationer kan de ikke rumme ved et enkelt besøg hos lægen," siger Grete Moth.

Formanden for De Praktiserende Lægers

Organisation, Michael Dupont, afviser, at de praktiserende læger svigter børn med astma.

"Resultatet af undersøgelsen kan være udtryk for, at de kliniske guidelines er langt fra virkelighedens verden og tager udgangspunkt i syge børn på hospitalet. Det lyder f.eks. overdrevent, at alle astmabørn skal have en lungefunktionsundersøgelse hvert halve år," siger Michael Dupont.

En af landets førende astmaforskere, professor og overlæge Hans Bisgaard fra Gentofte Hospital, er til gengæld overrasket over undersøgelsens resultat og efterlyser et tættere samarbejde mellem de praktiserende læger og hospitalernes specialafdelinger.

"Astma er den hyppigste kroniske lidelse hos børn, og behandlingen kan ikke varetages af de praktiserende læger alene. Det ideelle ville være, at børn med kroniske symptomer kunne behandles med f.eks. et årligt besøg hos en speciallæge og jævnlige kontroller hos den praktiserende læge," siger Hans Bisgaard.

Direktør for Astma-Allergiforbundet, Thorkild Kjær, ser undersøgelsens resultat som et udtryk for, at behandlingen af astma og allergi har alt for lav samfundsmæssig prioritet.

"Resultatet svarer meget fint til de oplevelser, vi har fra marken, og det vi ved fra andre undersøgelser. Konsekvensen er, at mange astmapatienter er udstyret med en halv eller en kvart diagnose. De får ikke i tilstrækkelig grad afhjulpet deres symptomer, og de mangler viden, så de kan mestre deres sygdom. Den dårlige behandling er dyr for samfundet, for det betyder tab af livskvalitet, mange sygedage og hospitalsindlæggelser," siger Thorkild Kjær. Han vil dog ikke klandre den enkelte læge for udviklingen:

"Der er brug for en opprioritering af astma- og allergiområdet fra politisk hold. Politikerne må bevilge flere penge, for vi ved, at antallet af astma- og allergipatienter vokser eksplosivt," siger Thorkild Kjær og henviser til en ny undersøgelse fra Statens Institut for Folkesundhed. Den viser, at antallet af astmaramte danskere vil vokse med 56 pct. frem til 2020.



ARKIVFOTO: SCANPIX

Hver 10. danske barn lider af astma, men kun 3. pct. af børnene får en ordentlig opfølgning hos den praktiserende læge. Hvis barnet følges på hospitalernes ambulatorier, ser billedet lidt bedre ud, fremgår det af en ny ph.d.-afhandling. Bekymrende, at vi ikke følger retningslinjerne, mener forfatteren til den nye afhandling.

Vidste du at ...

... kvinder, der arbejder i sundhedsvæsenet, har mindre risiko for at ende på førtidspension end andre kvinder på arbejdsmarkedet? Hvis man sætter alle erhvervsaktive kvinders risiko for at komme på førtidspension til 100, er risikoen for kvinder på sygehuse og i det øvrige sundhedsvæsen 76 og 77. Størst risiko har kvinder ansat på vaskeri, renseri og i rengøring – den ligger på 198.

Kilde: www.arbejdsmiljoforskning.dk

Vidste du at ...

... medarbejdere i ældreplejen er mere tilfredse med deres nærmeste ledelse end danske erhvervsaktive som helhed? Der er imidlertid store forskelle fra kommune til kommune. Høj tilfredshed hænger sammen med indflydelse og udviklingsmuligheder, mens lav tilfredshed ikke overraskende hænger sammen med lav personalenormering og højt arbejdstempo.

Kilde: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Sosu-rapport nr. 8.

”Jeg ved, at jobbet er til låns”

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR • FOTO: SIMON KNUDSEN

Jordforbindelse. Connie Kruckow er genvalgt uden modkandidater til sin tredje valgperiode som Dansk Sygeplejeråds formand. Hun lægger stor vægt på den direkte kontakt til medlemmerne.

”Jeg er meget glad for at blive genvalgt. Som politiker er det farligst at tage ting for givet, så det gør jeg aldrig,” siger Connie Kruckow som en kommentar til det faktum, at hun ved udløbet af fristen for opstilling til posten som Dansk Sygeplejeråds formand var eneste kandidat. Hun er dermed genvalgt uden valghandling til formandsposten de næste fire år.

Connie Kruckow:

”Det er et usædvanligt job, og jeg ved, at jeg har jobbet til låns. Derfor har jeg også tilrettelagt mit liv, så den dag, hvor jeg selv eller medlemmerne synes, at nu skal en anden til, så er jeg klar til at håndtere den situation. Man skal passe på, at man ikke bliver så forlovet med sit arbejde, at det bliver hele ens identitet.”

Hvad vil du prioritere i dit arbejde som formand de næste fire år?

”For det første en markant bedre løn til sygeplejerskerne. Vi er nødt til at fastholde, at vi ikke kan rekruttere unge til vores fag, hvis ikke løn og arbejdsvilkår er i orden. Derfor hænger lønkampen utrolig meget sammen med vores professions position i samfundet, som er det andet, jeg prioriterer i de kommende år.

Vi kan prale med, at vi har et fantastisk fag, men vi kan ikke prale med gode løn- og arbejdsvilkår. Derfor må vi sige til beslutningstagerne, at hvis patienterne i fremtiden skal have høj kvalitet og sikkerhed i sygepleje og behandling, så skal vi også sørge for, at der er flere sygeplejersker. Og det kan man kun sørge for ved at give os bedre løn- og arbejdsvilkår,” siger Connie Kruckow og fortsætter:

”Vi skal også have ændret vores autorisationslov, så vi får et beskyttet virksomhedsområde. Sygeplejersker har ikke monopol på at udføre sygepleje. Det skal vi heller ikke have. Men hvis patienterne skal have høj kvalitet og patientsikkerhed, skal sygeplejerskerne have eneret på at udføre den avancerede og specialiserede del af sygeplejen. Det er også vigtigt, at det danske sundhedsvæsen indfører kliniske ekspertsygeplejersker, som bl.a. har begrænset ordinationsret. Både af hensyn til de kronisk syge og for at sikre, at sygeplejerskerne får nye karriereveje tæt på patienterne.”

Og så vil den genvalgte formand arbejde for et sundhedsvæsen



Valgt for 3. gang. Connie Kruckow er genvalgt som formand for Dansk Sygeplejeråd uden modkandidater. ”Det betyder meget for mig at have fast jordforbindelse til mit bagland,” siger hun.

med gode forhold både for patienter og for sygeplejersker. Hun noterer, at vi har fået en minister for forebyggelse – det har vi ikke haft før – og der er også nedsat en forebyggelseskommission.

”Så noget har man da lyttet til os,” siger Connie Kruckow, som konstaterer, at der stadig er meget arbejde at gøre: ”Gør man ikke mere for sundhedsfremme og forebyggelse, så bliver dette sundhedsvæsen lagt ned af kronisk sygdom. Vi løber politikerne på dørene hele tiden for at få dem til at se de langsigtede perspektiver,” siger hun.

”Skal man have disse ting til at lykkes, så kræver det en stærk organisation, og den er jo ikke stærkere, end hvad medlemmerne gør den til. Der skal være en klar sammenhæng mellem de enkelte dele af organisationen. Hvis medlemmerne ikke kan identificere sig med det, som jeg og hovedbestyrelsen siger og gør, så har vi alvorlige problemer. Derfor lægger jeg så stor vægt på at mødes med tillidsrepræsentanter og medlemmer ved møder og ved arbejdspladsbesøg. Det betyder meget for mig at have fast jordforbindelse til mit bagland. Jeg lægger også stor vægt på, at hele hovedbestyrelsen har valgt at pege på mig som formand. Det er et stærkt udgangspunkt for, at vi i fællesskab kan skabe resultater til medlemmerne.”

))) BLÅ BOG

Connie Kruckow, f. 23.10.1953 på Falster.

Uddannet sygeplejerske (Frederiksborg Amts Sygeplejeskole) 1976; 1.-assistent og afdelingssygeplejerske på Hillerød Sygehus 1976-87; førstedelsuddannelsen til ledende sygeplejerske 1985; faglig sekretær i Dansk Sygeplejeråd, Frederiksborg amtskreds 1987-93, amtskredsformand smst. 1993-2000, medl. af hovedbestyrelsen fra 1993, formand for Dansk Sygeplejeråd fra 2000. Formand for Sundhedskartellet fra 2000.

Af tillidsposter kan nævnes: næstformand for bestyrelsen for Pensionskassen for Sygeplejersker fra 2000, PKA A/S fra 2000, Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse (DSA) fra 2000, BAUTA Forsikring A/S fra 2000, Hotel Koldingfjord A/S fra 2000, Kommunale Tjenestemænd og Overenskomstansattes (KTO) forhandlingsudvalg 2000-03, Personalepolitisk Forum 2000-03; næstformand for Sygeplejerskers Samarbejde i Norden (SSN) fra 2000. Medl. af forretningsudvalget i FTF fra 2000, medl. af bestyrelsen for Lån & Spar Bank A/S fra 2000, Dansk Selskab for Patientsikkerhed fra 2000; medl. af repræsentantskabet for Forbrugsforeningen af 1886 fra 2000, Statstjenestemændenes Centralorganisation II fra 2000, International Council of Nurses (ICN) fra 2000; medl. af Regeringens Kvalitetsgruppe 2007.

STILLERLISTE

Stillere for Connie Kruckow, medlem af Dansk Sygeplejeråd nr. 52234: 48892 Birte Baktoft, 63321 Grete Christensen, 77850 John Christensen, 69278 Tina Dannerfeldt, 120389 Mads Dippel Rasmussen, 81758 Helle Dirksen, 59668 Berit Henriksen, 88941 Irene Hesselberg, 104019 Nils Håkansson, 73546 Helle Laursen, 50529 Else Kayser, 104251 Anja Laursen, 62976 Anette Pedersen, 80260 Gert Petersen, 67378 Anni Pilgaard, 70855 Bente Alkærsig Rasmussen, 102380 Lonnie Rasmussen, 79315 Linda Rise, 122649 Kirsten Salling Rasmussen, 65899 Vibeke Schaltz, 43927 Jytte Schmidt, 80402 Dorte Steenberg, 65149 Jytte Wester, 76235 Vibeke Westh, 56018 Elisabeth Wichmann.

Kræftforløb forlænges i snegleposten

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST

««« TILBAGEBLIK

EPJ efterlyses. Ventetid koster, når man er kræftpatient. Hvad sker der med den elektroniske patientjournal?

Mens medierne har travlt med overenskomstforhandlinger og lønkrav, har avisen B.T. taget sig tid til at kigge kritisk på den elektroniske patientjournal, også kaldet EPJ.

Avisen beskrev i marts 2008 patienternes langsommelige vej gennem systemet og konkluderede, at gammeldags og ineffektiv kommunikation fører til urimelige forsinkelser.

I et forløb på 11 dage fra scanning til patienten bliver sat på operationsprogrammet, går måske tre til fire dage med renskrivning og postforsendelse.

"Processer, som private virksomheder er i stand til at klare inden for én dag, kan løbe op i uger, når en læge først skal indtale et resultat af en undersøgelse på sin

diktafon, en sekretær skal renskrive lægens kommentarer og derefter sende et brev til en ny instans, der igen skal sende svar tilbage," skriver B.T. i en leder under overskriften "Brevduevæsen".

Problemet er ikke mindst, at de forskellige it-systemer i sundhedsvæsenet ikke taler sammen, fastslår B.T.

"Den højt besungne elektroniske patientjournal har spillet fallit."

Kræftoverlæge *Ditte Nielsen* fra Bornholm kan f.eks. godt læse røntgenbilleder fra Rigshospitalet, men ikke fra Glostrup Hospital, og det samme gælder den anden vej:

"Hvis vi skal sende et røntgenbillede til Glostrup Hospital, så skal det brændes ned på en cd-rom og så af sted med almindelig post," fortæller hun til B.T.

Dagen efter de første artikler kan B.T. fortælle, hvordan problemerne bliver forværret af, at afdelingerne mangler lægesekretærer. I alt mangler der 500-700.

"For nogle år siden fandt man ud af, at man kunne fyre halvdelen af lægesekre-



ARKIVFOTO: SCANNPIX

Er der forbindelse? En landsdækkende elektronisk patientjournal lader vente på sig. Det kan betyde lange patientforløb, når oplysninger om patienter stadig skal sendes med posten.

tærerne, når EPJ kom. Det blev bare meldt ud for tidligt, og så tog sekretærerne deres gode tøj og gik. Men det kom jo aldrig op og køre," siger sekretariatschef *Ole Gregersen*, sekretariatsleder i Dansk Lægeseekretærforening.

Det sidste kapitel i den lange fortælling om EPJ i sundhedsvæsenet er efter alt at dømme ikke skrevet endnu.

**AARHUS
UNIVERSITET**
www.psy.au.dk/msi

MASTER I SOCIAL INTEGRATION

Masteruddannelse i Social Integration kombinerer deltagernes praktiske erfaring med forskningsbaseret viden

Masteruddannelsen giver praktikere mulighed for at dokumentere det sociale arbejde og planlægge og gennemføre konkrete integrationsmetoder på det sociale felt

STED: Psykologisk Institut, Aarhus Universitet

VARIGHED: Toårig deltidsuddannelse

START: September (modul 1)

ANSØGNINGSFRIST: 1. juni for modul 1.

Læs mere på www.psy.au.dk/msi



VIA UNIVERSITY COLLEGE





Kongres med ekstra medieinteresse

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR • ILLUSTRATION: BOB KATZENELSON

I brændpunktet. Pressen er som regel interesseret i at følge Dansk Sygeplejeråds ordinære kongresser. Men ved åbningen af årets ordinære kongres mandag den 19. maj er interessen efter alt at domme særlig stor.

Som tegneren og humoristen *Robert Storm Petersen* engang så rigtigt konstaterede, så er det svært at spå – især om fremtiden. Alligevel er det meget sandsynligt, at pressens damer og herrer er mere end almindeligt interesserede, når Dansk Sygeplejeråds formand går på talerstolen i Falkoner Centret for at byde de 181 medlemmer af Kongressen og kongressens gæster og tilhørere velkommen.

Det er en af sundhedsvæsenets magtfulde aktører, der holder kongres, og det sker i kølvandet på overenskomstforhandlinger, der på mange måder har været usædvanlige. Sjældent har politikere og økonomiske eksperter blandet sig så meget i overenskomstforhandlinger både før, under og efter.

Kongressens særlige tema er denne gang "Sygeplejen i et krydsfelt". Det brede tema dækker et bredt spektrum af aktuelle emner. Dels Dansk Sygeplejeråd som fagorganisation, dels aktuelle udfordringer til sygeplejersker og deres position i sundhedsvæsenet. Desuden omfatter temaet dagens og morgendagens sundhedsvæsen, der er under pres. Mangel på sygeplejersker, et belastet arbejdsmiljø og stigende produktionskrav er faktorer, der presser det offentlige sundhedsvæsen, mens private forsikringer og politisk prioritering af behandling giver vind i sejlene til private sundhedsvirksomheder.

Kongressen i dagene 19.-22. maj finder sted på et tidspunkt, hvor der kan tænkes flere forskellige scenarier oven på overenskomstforhandlingerne. Måske er det lykkedes at finde ekstra midler til Sundhedskartellet. Måske er der givet tilsagn om nedsættelse af en ligelønskommission, der skal kulegrave ligelønsproblemerne mellem offentligt ansatte og privatansatte med sammenlignelige uddannelser og mellem faggrupper, der overvejende er kvinder, og faggrupper, der overvejende er mænd. Eller vi har oplevet et langt mere dramatisk scenarium med konflikt i kortere eller længere tid og måske lovinddragelse for at bringe konflikten til ophør. Uanset hvad, vil der sikkert være stor interesse for sygeplejerskernes kongres.

Kongressen i maj 2008 er den første ordinære kongres, som Dansk Sygeplejeråd holder efter indførelsen af den nye organisationsstruktur med fem kredse. Der er med den ny struktur lagt en linje for en ny arbejdsform i kongressen. Det samme gælder de lokale kredsbestyrelser. Er arbejdsformen ny, så er mange af de sundhedspolitiske udfordringer, som kongressen skal forholde sig til, derimod velkendte. Både fra sygeplejerskernes dagligdag og fra de senere års kongresser.

Hård kritik af autoris

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST

Uenighed. Et aktuelt lovforslag om autorisation af social- og sundhedsassistenter møder kritik fra bl.a. Dansk Sygeplejeråd og KL. Social- og sundhedsassistenternes største offentlige arbejdsgiver, Danske Regioner, anser forslaget for så principielt, at de først er klar med et høringssvar den 11. april. FOA er begejstret.

Står det til sundhedsminister *Jakob Axel Nielsen* (K) skal social- og sundhedsassistenter fra oktober 2008 autoriseres på samme måde som f.eks. sygeplejersker og fysioterapeuter. Ministerens begrundelse er bl.a., at en autorisation vil styrke patientsikkerheden.

Men det er Dansk Sygeplejeråd lodret uenig i, fortæller formand *Connie Kruckow*.

"Med lovforslaget skaber ministeren usikkerhed om, hvilke opgaver social- og sundhedsassistenterne kan varetage selvstændigt. Normalt bliver en faggruppe kun autoriseret, hvis grunduddannelsen sigter mod, at man selvstændigt varetager opgaver, der kan indebære fare for patienterne. Social- og sundhedsassistenterne er uddannet til en delmængde af sygeplejen, nemlig grundlæggende sundheds- og plejeopgaver, mens det kun er sygeplejersker, der er uddannet til den komplekse sygepleje. Alligevel har sygeplejerskerne i modsætning til f.eks. jordemødre ikke et forbeholdt virksomhedsområde. Det betyder, at patienterne ikke kan være sikre på, at de, der udfører den komplekse sygepleje, er uddannet til det," siger *Connie Kruckow*.

Skal social- og sundhedsassistenter autoriseres, mener Dansk Sygeplejeråd, at autorisationsloven skal ændres, så sygeplejerskerne får et forbeholdt virksomhedsområde som beskrevet i bl.a. *Sygeple-*

Undren over lovforslag og kovending

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST

Mystik. Forslaget om autorisation af social- og sundhedsassistenter er ifølge lovforslaget et resultat af arbejdet i en såkaldt taskforce nedsat i kølvandet på trepartsaftalen. Sagen er bare den, at taskeforcen endnu ikke har holdt sit første møde.

I fire ud af 12 høringssvar til lovforslaget om autorisation af social- og sundhedsassistenter under afsenderne sig alle over én ting: At lovforslaget ifølge bemærkningerne skulle være resultat af et arbejde i en taskforce nedsat i kølvandet på trepartsaftalen af 17. juni 2007.

Taskeforcen er nemlig slet ikke gået i gang endnu, påpeger bl.a. KL, Danske Regioner og Dansk Sygeplejeråd.

Fagbladet *Sygeplejersken* ville gerne have haft en forklaring fra sundhedsministeriet, men det lykkedes ikke før redaktionens deadline.

I FOA, som repræsenterer social- og sundhedsassistenterne, mener sektorformand *Karen Stæhr* ikke, at taskeforcen har noget at gøre med sagen.

"I forbindelse med trepartsaftalen lovede den daværende sundhedsminister og finansminister FOA en autorisation af social- og sundhedsassistenter. Det har ikke noget at gøre med taskeforcens arbejde," siger *Karen Stæhr*.

Den udmelding giver måske en række høringssparter – heriblandt Dansk Sygeplejeråd – lidt af svaret på et andet spørgsmål i forbindelse med det aktuelle lov-

ation til social- og sundhedsassistenter

gersken nr. 3 og 4/2008. "Derved markerer autorisationsloven, at det kun er sygeplejersker, der selvstændigt kan varetage den del af sygeplejen, der ligger ud over det grundlæggende niveau," siger Connie Kruckow og understreger, at social- og sundhedsassistenterne stadig vil kunne løse opgaver ud over det grundlæggende niveau.

"Men der skal en sygeplejerske eller læge ind over først, akkurat som det er tilfældet i dag, hvor assistenterne ikke har en autorisation. Et forbeholdt virksomhedsområde vil ikke hindre en løbende opgaveglidning mellem f.eks. sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Men det vil sikre, at opgaveglidningen sker med udgangspunkt i medarbejdernes uddannelse og kompetencer," siger Connie Kruckow.

Også i KL kritiseres lovforslaget, som chefkonsulent *Lars Lennart Jensen* kalder direkte overflødig.

"Social- og sundhedsassistentuddannelsen kan efter KL's mening rent fagligt ikke bære en sidestilling med professionsbachelorer som sygeplejersker, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Der står i lovforslaget, at der er tale om en autorisation på lige fod med andre sundhedspersoner, og det skaber især uklarhed om, hvordan der fremover skal delegeres fra sygeplejersker til assistenter. Det er i dag fint reguleret ved lov og fungerer også ganske godt i praksis," siger han.

FOA ser positivt på lovforslaget, som de har kæmpet for i mange år. Sektorformand *Karen Stæhr*:

"Vi har længe ment, at en autorisation vil give social- og sundhedsassistenter større selvtillid og anerkendelse. Det bliver mere gennem-

skueligt for bl.a. patienter, samarbejdspartnere og arbejdsgivere, hvilke kompetencer social- og sundhedsassistenter har qua uddannelsen, og patientsikkerheden øges også, da man kan få frataget sin autorisation, hvis man laver fejl," siger Karen Stæhr.

FOA roser desuden lovforslaget for netop at være en titelbeskyttelse uden forbeholdt virksomhedsområde.

"Det kan være med til at optimere en mere fleksibel opgavevaretagelse og arbejdstilrettelæggelse. Efter vores mening er forbeholdte virksomhedsområder med til at skabe skarpere faggrænser mellem f.eks. social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker. Vi er ikke uddannet til præcis de samme arbejdsopgaver, men vi ser flere steder, at social- og sundhedsassistenter får at vide, at de ikke må varetage en bestemt opgave med henvisning til, at de ikke er autoriseret, selv om de faktisk er uddannede til det. Det problem vil autorisationen kunne afhjælpe, hvilket i sidste ende vil komme patienterne til gode," siger Karen Stæhr.

Social- og sundhedsassistenternes største arbejdsgiver, Danske Regioner, har indtil videre ingen officiel holdning til forslaget, som var i høring fra den 5. til den 12. marts 2008. De anser lovforslaget for så principielt, at alle fem regioner skal høres, og det kan tidligst nås pr. 11. april 2008, hvor de vil sende deres høringssvar til sundhedsministeren.

Lovforslaget og alle høringssvar kan hentes på: www.borger.dk

forslag; nemlig hvorfor Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse fremsætter lovforslaget nu, mindre end et år efter, at daværende indenrigs- og sundhedsminister *Lars Løkke Rasmussen* (V) i april 2007 afviste at indføre en autorisationsordning for social- og sundhedsassistenter.

Chefkonsulent i KL, *Lars Lennart Jensen*, supplerer:

"Forslaget blev også rejst af FOA for halvandet år siden, og her blev det kaldt unødvendigt og uhensigtsmæssigt af den daværende sundhedsminister. Vi vil gerne vide, hvad der siden har gjort autorisationen nødvendig og hensigtsmæssig, i vores optik har intet ændret sig," siger Lars Lennart Jensen.



Psykiatrimøde. Tirsdag den 25. marts 2008, Nyborg. 300 sygeplejersker var mødt op på Hotel Nyborg Strand for at deltage i oplæg og workshopper om bl.a. ledelse, tværfaglighed og de marginaliserede patienter i psykiatrien. 2.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd *Dorte Steenberg* konstaterede, at presset på psykiatrien vokser i disse år:

"I 1996 var der 6.000 børn og unge i psykiatrien. I dag er der 16.000. I samme periode er der kun sket en moderat stigning i antallet af ansatte sygeplejersker," sagde *Dorte Steenberg* på konferencen. (bso)

Sygeplejersken omtalte i nr. 4/2008 en dom fra højesteret, som afviste en førtidspensioneret sygeplejerskes krav om erstatning. Her følger en uddybende artikel om forløbet, fra sygeplejersken blev tillidsrepræsentant og sygemeldt pga. stress, til hun 10 år senere fik rettens ord for, at det var hendes eget ansvar.

“Jeg havde ikke regnet med at vinde sagen, men jeg havde håbet, at arbejdsgiveren fik bare lidt af ansvaret,” siger den nu førtidspensionerede Margrethe Christensen.



”Højesteretsdom gjorde ondt”

AF LOTTE HAVEMANN, JOURNALIST • FOTO: CLAUD THORSTED

Splitelse. Margrethe Christensen kom psykisk i klemme, fordi hun både skulle være tillidsrepræsentant og hårdtarbejdende sygeplejerske. Hendes afdeling var præget af stress, og det betalte den pligtopfyldende sygeplejerske dyrt for. En højesteretsdom blev et ekstra slag i ansigtet.

10 år er gået, siden Margrethe Christensen gik ned med stress efter en periode på to år med uafklarede tidsrammer som sygeplejerske og tillidsrepræsentant på Sønderborg Sygehus. Men selv så lang tid efter kan et uventet brev eller tanken om at pudse vinduer med ryggen til nabolaget stadig hyle hende ud af den.

“Alt skal planlægges, og jeg skal føle mig ovenpå, før jeg gør noget. Jeg føler mig udsat, når jeg står dér på stigen. Noget kan komme bag på mig,” fortæller den 51-årige Margrethe Christensen til *Sygeplejersken*.

I 1998 måtte hun sygemeldes, og efter et

forsøg på at komme tilbage til Sønderborg Sygehus og en periode i hjemmeplejen måtte hun opgive helt. I 2006 afviste landsretten hendes erstatningskrav mod sygehusledelsen. Ifølge landsretten kunne arbejdsforholdene ikke begrunde hendes psykiske lidelser. Retten fastslog også, at hun burde have været bekendt med reglerne for tidsforbruget til tillidsrepræsentantarbejde. Dansk Sygeplejeråd og Margrethe Christensen ankede sagen, men i februar 2008 stadfæstede Højesteret landsrettens dom. Som salt i såret fødte Højesteret til, at Margrethe Christensen selv skulle have været ”forberedt på, at det kunne medføre en ekstra belastning for hende, at hun påtog sig hvervet som tillidsrepræsentant.”

Bange for at skræmme andre

Dommen gjorde ondt på flere niveauer:

“Personligt var det et slag i ansigtet, at jeg fik hele skylden. Jeg havde ikke regnet med at vinde, men jeg havde håbet, at arbejdsgiveren fik bare lidt af ansvaret,” fortæller Margrethe Christensen og tilføjer:

“Jeg havde dog ikke anlagt sagen for min egen skyld, men for at give sygeplejersker bedre arbejdsvilkår og for, at noget lignende ikke skulle overgå andre. Og nu fortrød jeg, for tænk, hvis sagen afskrækker andre fra at blive tillidsrepræsentant.”

Den nu førtidspensionerede sygeplejerske har ellers en vellykket karriere bag sig. Hun nåede bl.a. at arbejde 20 år på to forskellige akutafdelinger. Tingene begyndte først at gå skævt, da hun accepterede at blive tillidsrepræsentant for sygeplejerskerne på det medicinske område, som omfattede omkring 10 afsnit på Sønderborg Sygehus. Hun var dengang ansat på medicinsk hjerteafdeling, M41, der ligesom de øvrige medicinske afdelinger var præget af omstruktureringer, overbelægning, ubesatte afdelingssygeplejerskestillinger og stor frustration og håbløshed blandt plejepersonalet.

De særlige problemer på de medicinske afdelinger skulle imidlertid vise sig at få fatale konsekvenser for Margrethe Christensen.

Når hun blev indkaldt til f.eks. faglige møder, skete det ofte med meget kort varsel, og hun skulle selv sørge for en afløser til det arbejde, hun i al hast måtte forlade. Hendes kolleger var også under pres, så det var ikke altid, hun kunne finde en afløser. Det betød, at hun måtte gøre sit arbejde færdigt efter almindelig arbejdstid, når møderne var ovre.

Ifølge domsudskriften fra landsretten påtog Margrethe Christensen sig flere ekstravagter end gennemsnittet af kollegerne.

“Jeg følte, at jeg stod i gæld til dem, fordi de skulle arbejde for mig, når jeg skulle til møder og kurser,” husker Margrethe Christensen, der også brugte meget af sin fritid på tillidsmandsrelaterede opgaver.

Hos ledelsen efterlyste hun flere gange en klar aftale om, hvor meget tid, hun måtte bruge på arbejdet som tillidsrepræsentant, men hun fik kun det svar, at der kunne gives fornøden tid i det omfang, det kunne passes ind i afdelingens daglige drift. Det var ikke nærmere defineret, hvad der var passende tid.

“Jeg skulle tigge og bede om at få fri. Både til kurser og til møder.”

Tilbud om tid kom for sent

Kollegerne begyndte efterhånden at se skævt til Margrethe Christensen, når hun måtte gå f.eks. midt i en stuegang. “Skal du nu op og drikke kaffe igen,” kunne det lyde.

“Men de var jo også pressede og havde ikke overskud til at bakke mig op,” siger Margrethe Christensen.

I dag fortryder hun, at hendes arbejde som tillidsrepræsentant blev en sag mellem hende og kollegerne.

“Jeg skulle have krævet, at ledelsen tog sig af at finde en afløser for mig, og at jeg selvfølgelig skulle have tid til at være tillidsmand. Men jeg må indrømme, at jeg var alt for god til at holde facaden.”

>>> GODE RÅD TIL ANDRE, DER VIL VÆRE TILLIDSREPRÆSENTANTER

Margrethe Christensen har følgende råd til andre sygeplejersker, der overvejer at blive tillidsrepræsentanter:

- Forhandl tid og vilkår for arbejdet, inden du siger ja til at blive tillidsrepræsentant.
- Aftal med ledelsen, at den skal sørge for en afløser, hvis du pludseligt kaldes til møde og må forlade dit almindelige sygeplejerskearbejde.
- Kend dine stress-symptomer og drøft dem åbent med kolleger og ledelse.
- Lyt til din krop i tide og til dine nærmeste.
- Skift afdeling, hvis du mangler opbakning, og arbejdsmiljøet er dårligt.
- Opgiv dit hverv som tillidsrepræsentant, hvis du kommer psykisk i klemme.

Hun var splittet mellem det ansvar, hun følte for afdelingen, og ansvaret som tillidsrepræsentant. "Og den splittelse kunne jeg ikke tackle."

Til sidst blev presset for meget for Margrethe Christensen, der beskrives som ansvarsfuld og pligttopfyldende. En dag, hvor hun igen blev kaldt ind til en arbejdsnedlæggelse med kort frist, sagde hendes krop fra. Hun brød sammen og kunne ikke forlade afdelingen.

Efter sin sygdomsmelding fik hun tilbudt to dage om ugen til hvervet som tillidsmand. Men da var det for sent.

Men hvorfor sagde hun ikke fra noget før?

"Stress er som et spindelvæv, man bliver spunnet ind i. Symptomerne kommer gradvist. På et tidspunkt er det for sent at slippe væk."

Margrethe Christensen blev også fastholdt, fordi der trods alt skete små forbedringer, som gav håb om, at afdelingen ville blive bedre.

"Desuden var der mange folk, som sagde op, og derfor var det vigtigt, at der var overskud til at tage imod de nye, der kom til."

I alle de 10 år har Margrethe Christensen haft mareridt om patienter, der ligger alle steder, f.eks. nogle der står på højkant ude på trappen. Hendes stresstærskel er ekstremt lav.

"De sidste ni år ud af 10 har været hårde," siger hendes mand *Mogens*. Det sidste år er det dog lysnet lidt, bl.a. fordi Margrethe Christensen er begyndt at gå til psykoterapi.

Tillidsrepræsentanter skal have klare vilkår

AF LOTTE HAVEMANN, JOURNALIST

Utvetydigt. Alle tillidsrepræsentanter skal have en klar aftale om arbejdsvilkår. Det siger 1.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, efter en højesteretsdom, der afviste, at arbejdsgiveren havde svigtet en tidspresset tillidsrepræsentant.

Det må ikke gå så galt, som det gjorde for *Margrethe Christensen*, der forgæves efterlyste, hvor meget tid hun måtte bruge som tillidsrepræsentant ved siden af sit arbejde som sygeplejerske. Hun gik ned med stress og kom på førtidspension.

Derfor skal alle tillidsrepræsentanter i fremtiden have en klar aftale om deres arbejdsvilkår. Om nødvendigt med hjælp fra Dansk Sygeplejeråds lokale kreds.

Kravet kommer fra Dansk Sygeplejeråds 1.-næstformand *Grete Christensen*.

"Nogle arbejdsgivere er gode til at lave klare aftaler med tillidsrepræsentanterne, men andre steder formår de det ikke, som f.eks. i Margrethe Christensens tilfælde," siger Grete Christensen og tilføjer:

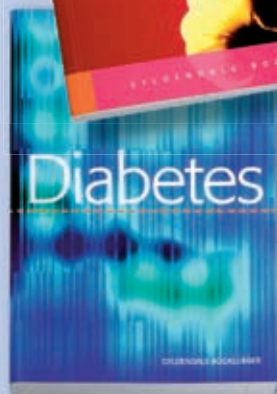
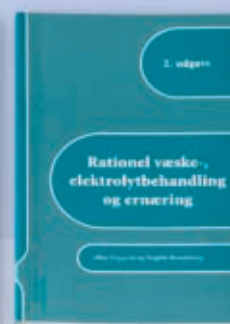
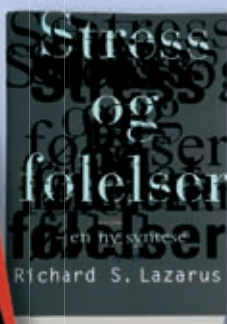
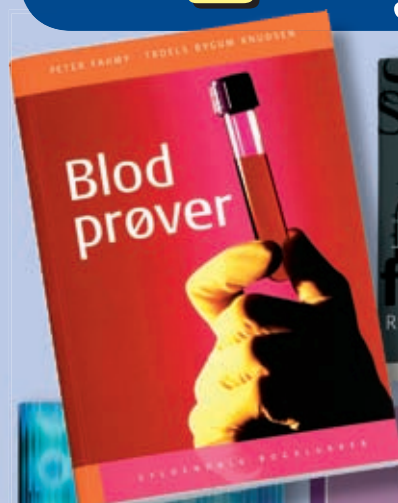
"Måske har vi været for bløde og tænkt, at det finder de nok ud af på arbejdspladsen. Men det nytter ikke, at der ikke ligger en aftale, for så bliver problemet gjort individuelt for den enkelte tillidsrepræsentant. Hvis en tillidsrepræsentant ikke kan komme igennem med en aftale, skal kredsen involveres."

Grete Christensen mener, at arbejdsgiveren nogle gange glemmer, at det er i deres egen interesse, at tillidsrepræsentanter får tid til at arbejde for bedre arbejdsvilkår.

"Det at være tillidsrepræsentant i en afdeling er ikke kun et spørgsmål om at stille krav. Tillidsrepræsentanter er også ledelsens samarbejdspartner, og derfor er det en god investering at give dem noget mere tid."

Få 2 bøger for kun 29 kr. pr. stk.

+ 39 kr. i porto og eksp.



Få ny inspiration til dit arbejde og bogklubbøger som ofte er 45% billigere end du kan købe dem til andre steder.

Vind en rejse til Paris!

sundhedsprof.dk



AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST • FOTO: ANNE-LI ENGSTRÖM

Giftig hoste. Tørre slimhinder, vejrtrækningsproblemer og sår i munden var hverdag for sygeplejerske Tine Woldby, når hun gik på arbejde på onkologisk afdeling. Hun endte som sygemeldt med allergi over for kemo. Det er første gang i Danmark, at en sygeplejerske er blevet testet og fundet allergisk.

SYGEPLEJERSKE FIK ALLERGI AF AT

Den 45-årige sygeplejerske *Tine Woldby* sidder på café Klaptræet i hjertet af København. Rygeforbuddet er netop trådt i kraft, men et par af gæsterne tænder alligevel en cigaret i den anden ende af den store beværtning.

Efter blot 20 minutter begynder Tines stemme at forsvinde. Fra at begynde som normal bliver den hæs og ru, og kort efter har Tine Woldby næsten mistet evnen til at tale. Sådan havde hun det ikke for bare et par år siden, men efter at hun har arbejdet på Onkologisk afdeling på Hille-rød Hospital, er hendes luftveje beskadigede, og reaktionen kommer prompte.

”Jeg hoster, lukker til i halsen og kan næsten ikke sige noget. Min stemme forsvinder helt. Da jeg arbejdede, var en enkelt aftenvagt nok til at udløse det,” siger Tine Woldby.

Hun blev uddannet som sygeplejerske for godt 10 år siden og fik i 2003 arbejde i det onkologiske ambulatorium på Herlev Sygehus. Her arbejdede hun i to år og fik langsomt flere og flere symptomer på vejrtrækningsproblemer. Både hun selv og hendes daværende kollegaer slog symptomerne hen.

”Vi tænkte, at de tørre slimhinder, hoste, vejrtrækningsproblemer og sår i munden sikkert skyldes, at der var dårligt indeklima, og der ikke kunne luftes ud. Mine kolleger sagde, at sådan havde de altid haft det,” fortæller Tine Woldby.

Efter kort tid måtte Tine tage 180 mg antihistamin for at gå på arbejde og for at kunne sove om natten.



GIVE KEMO

"Vi tænkte, at de tørre slimhinder, hoste, vejrtrækningsproblemer og sår i munden sikkert skyldtes dårligt indeklima. Mine kolleger sagde, at sådan havde de altid haft det."

Sygeplejerske *Tine Woldby.*



De eksperter, Sygeplejersken har talt med, har aldrig hørt om tilfælde af allergi over for kemoterapi blandt sygeplejersker. Men Tine Woldby, der har været ansat på Hillerød Hospitals onkologiske afdeling, er formodentlig ikke alene i verden. En polsk videnskabelig artikel fra 2002 omtaler en 41-årig sygeplejerske med samme symptomer.

”Bare det at være i rum med patienter, der får kemoterapi, er nok til at udløse hoste og problemer med at få vejret. Selvom man giver kemobehandlingen i lukkede systemer, der skulle være sikre, så frigives der giftige partikler gennem plastikposerne, gennem sveden på patienterne og urinen i bækkenerne,” siger Tine Woldby.

Kolleger kender symptomerne

Efter to år på Herlev Sygehus fik Tine en stilling hos en praktiserende læge. Her arbejdede hun i to år, og i hele denne periode oplevede hun ingen problemer med sin vejrtrækning eller symptomer på allergi.

Men den 1. maj 2007 starter Tine Woldby i et drømmejob på onkologisk ambulatorium på Hillerød Hospital, og allerede efter 14 dage er symptomerne tilbage. Tine bliver sygemeldt pga. allergi. Hun melder det hurtigt som en arbejdsskade til sin arbejdsgiver, og hun flyttes fra ambulatoriet til et sengeafsnit for at afhjælpe allergien.

Men også her giver Tine Woldby kemoterapi til patienterne – faktisk næsten i større omfang end i ambulatoriet, idet hun er blandt de få sygeplejersker på sengeafsnittet, der har gennemført det obligatoriske kursus, det kræver for at kunne give kemobehandling til patienterne. Allerede efter en måned på sengeafsnittet bryder Tines allergi atter ud i lys lue.

Og hun er ikke den eneste på afdelingen, der oplever gener ved arbejdet. Flere kollegaer overvejer nu, om deres allergiske symptomer kan hænge sammen med kemoterapien.

”Nogle gange kan jeg ikke få luft og kan ikke trække vejret. Jeg bliver meget forpustet. Men når jeg ikke har været på afdelingen i en uge, så har jeg det fint. Jeg bliver ikke dårlig som sådan, men det er, som om jeg kan trække mindre luft ned i lungerne. Det er blevet værre de sidste par år, jeg har arbejdet på afdelingen,” fortæller en kollega, der ønsker at være anonym.

Hun understreger dog, at problemerne med

vejrtrækningen for hendes vedkommende kan skyldes alt muligt andet, da hun ikke er blevet testet for, hvorvidt det er kemo, der udløser generne.

Arbejdsmedicinere overrasket

I august mødes Tine Woldby med afdelingslæge på Arbejdsmedicinsk Klinik, Hillerød Hospital, *Harald Meyer*, der fortæller, at det er meget svært at bevise, at det er kemoterapien, som Tine er overfølsom over for. Det er nemlig meget vanskeligt at teste. Men efter lidt diskussion om, hvordan det kan gennemføres, ender Tine med at få tilladelse til at tage ni ampuller med forskellige kemoformer med ind til Referencelaboratoriet (RAF) på Rigshospitalet.

RAF testede her de forskellige kemoformer direkte på Tines blod for at se, om hun havde udviklet en allergi over for én eller flere af stofferne. Og til manges overraskelse viste det sig, at én af testene var positiv. Stoffet Etoposid, der bruges til at behandle cancer, gav Tine allergi.

”Det er meget usædvanligt, at en sygeplejerske bliver allergisk over for kemoterapistoffer. Jeg har aldrig oplevet det før. Men nu er det konstateret, og så kan selv meget små doser udløse symptomerne,” siger afdelingslæge Harald Meyer, Arbejdsmedicinsk Klinik.

Ikke alene i verden

Men Tine Woldby er ikke alene. En polsk videnskabelig artikel fra 2002 beskriver en case: en 41-årig sygeplejerske, der havde arbejdet 13 år på en onkologisk afdeling. Blot et par timer efter at sygeplejersken indledte sin arbejdsdag, fik hun luftvejsproblemer og hosteanfald. Efter en række kliniske undersøgelser fandt lægen frem til, at sygeplejersken havde erhvervsastma, måske som følge af allergi over for kemo.

Kort efter at Tine Woldby havde fået konstateret allergien, blev hun sygemeldt igen i et par måneder, for endelig at sige op i vint-

ren 2007. I dag er Tine Woldby ansat som sælger for en lille virksomhed med to ansatte, der bl.a. sælger hospitalsudstyr.

”Mit hjerte ligger hos cancerpatienterne. De er dejlige mennesker, der aldrig brokker sig over bagateller. Men allergien har fået mig til at lægge faget på hylden,” siger Tine Woldby, der stadig døjer med gener som følge af allergien.

”I dag må jeg stadig tage medicin for at kunne holde det ud. Jeg har fået ekstremt følsomme luftveje og reagerer voldsomt på røg og smog i byen,” fortæller Tine Woldby, der også er meget ked af, at hun ikke kan tage på hospitalet og besøge sin veninde, der har fået brystkræft.

Hvis hun en dag selv skulle være så uheldig at blive ramt af kræft, så kan hun heller ikke tåle at modtage behandling med præparatet Etoposid.

I dag kæmper Tine Woldby for at få allergien anerkendt som en arbejdsskade. Men da det er første gang i Danmark, at det er påvist, at kemoterapi kan give allergi, er der ingen forudgående tilfælde, så hun skal sammen med Dansk Sygeplejeråd og Hillerød arbejdsmedicinere løfte sagen alene.

I slutningen af januar 2008 afviste Arbejdsskadestyrelsen at anerkende allergien som en arbejdsskade, men Tine Woldby har anket.

Artiklen bygger på interviews med Tine Woldby, flere anonyme kolleger (hvis navne er redaktionen bekendt) og afdelingslæge Harald Meyer samt adgang til Tine Woldbys patientjournal og arbejdsskadesag, aktindsigt hos Arbejdstilsynet, dokumenter fra Det Europæiske Arbejdsmiljøagentur samt internationale videnskabelige artikler.

kbc@dsr.dk

”Mit hjerte ligger hos cancerpatienterne. De er dejlige mennesker, der aldrig brokker sig over bagateller. Men allergien har fået mig til at lægge faget på hylden.”

Sygeplejerske *Tine Woldby*.

”SÅ LÆR DOG AF DET”

Reaktion. Allergiramt sygeplejerske efterlyser opfølgning fra ledelsen for Hillerød Hospitals onkologiske afdeling.

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST

Da sygeplejerske *Tine Woldby* sidste sommer fik konstateret allergi over for kemostoffet Etoposid, forventede hun en reaktion fra ledelsens side.

Ledelsen meldte hendes sag til hospitalets arbejdsmedicinske afdeling, men *Tine Woldby* håbede, at den også ville se hendes allergi som en anledning til at gennemgå og måske ændre sikkerhedsinstruktionerne eller arbejdsgangene.

”Det forbavser mig, at der ingen handling er. Jeg er virkelig dybt rystet,” siger *Tine Woldby* i dag og tilføjer:

”Jeg er bitter over, at de ikke reagerede på det. Lær dog af det, så andre sygeplejersker kan undgå at ende med samme allergi som jeg.”

Efter at *Tine Woldby* fik konstateret allergi over for Etoposid, oplevede hun og flere kollegaer, at der opstod bekymring på afdelingen.

Vi taler ikke om det

”Jeg bliver bekymret for mit helbred, og det bekymrer mig, at jeg ikke ved, hvad der sker. Man burde tjekke alle de ansatte, der har symptomer på allergi. Men det er ikke no-

get, vi taler om på afdelingen. Folk bryder sig ikke om at tale om det,” siger en af de forhenværende kollegaer, som *Sygeplejersken* har talt med.

Ledende overlæge *Niels Henrik Hollander* og ledende oversygeplejerske *Ulla Nielsen* fra onkologisk afdeling på Hillerød Hospital vil ikke kommentere den konkrete sag eller afdelingens håndtering af sagen, som de opfatter som en personalesag.

Dog tilføjer *Ulla Nielsen* og *Niels Henrik Hollander* i en e-mail til *Sygeplejersken*, at ”afdelingen er ikke bekendt med andre, der har klaget over mulig allergi over for cytostatika. Opstår der mistanke om allergi hos en medarbejder, henvises personalet til arbejdsmedicinsk vurdering. Afdelingen og apoteket vil være behjælpelig med, at der foretages allergitest med de mulige cytostatika.”

Onkologisk afsnit på Hillerød Hospital består af både et ambulatorium og et sengeafsnit med samlet ca. 40 sygeplejersker ansat.

Tillidsmanden på afdelingen ønskede ikke at udtale sig til Sygeplejersken.

kbc@dsr.dk

”UTROLIG LILLE RISIKO”

Ingen panik. Det er godt at sætte fokus på personalets sikkerhed, mener afdelingslæge på Arbejdsmedicinsk Klinik, *Harald Meyer*. Kemo er et giftigt stof, men risikoen for en allergisk reaktion som bivirkning er minimal, siger han.

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST

”Allergi blandt sygeplejersker, der arbejder med cytostatika, kan ikke betragtes som et generelt problem,” siger afdelingslæge *Harald Meyer*, Arbejdsmedicinsk Klinik, Hillerød Hospital.

”*Tine Woldby* er, så vidt jeg ved, den første i Danmark og måske blandt de første på verdensplan.”

Hvordan får man allergi over for kemo?

”Hvis man udsættes for et stof gentagne gange, er der en risiko for, at kroppen danner antistoffer, og det udløser en overreaktion. Det er ligesom med allergi over for husdyr. Man kan have haft hund eller kat i årevis, og pludselig en dag udløser den konstante påvirkning en allergisk reaktion.”

Hvad er kemoallergi?

”Det er en type 1-allergi. Det betyder, at man får meget hurtige symptomer. Efter få minutters påvirkning fra stoffet, man er allergisk over for, får patienten kløe og reaktion i øjne og næse. Det kan også udløse åndenød og udvikle sig til astma.”

Hvordan kan man undgå at få allergi?

”Personalet burde ikke blive udsat for kemo, men patienterne udskiller det i små doser via sved, blod, urin og afføring, og derfor skal man beskytte sig grundigt. Personalet kan optage det via huden og luften. Derfor er det vigtigt at undgå spild og hudkontakt og vigtigt at have et godt rengøringsniveau, hvor støv fjernes effektivt. Rutiner og systematik i arbejdsgangene er også med til at minimere uheld. Hvis man i øvrigt følger vejledningen fra Arbejdstilsynet, så burde det være nok.”

Kan allergi over for kemo ramme flere sygeplejersker?

”Risikoen må siges at være meget minimal. Allergi er altså en utrolig lille risiko ved at arbejde med cytostatika. Men det er godt at sætte fokus på sikkerheden for personalet. Det er jo et giftigt stof, de arbejder med.”

kbc@dsr.dk

))) KEMO ER CELLEGIFT

Cytostatika er lægemidler, der har en celleødelæggende og/eller cellevæksthæmmende virkning på både syge og raske celler. De egenskaber kan forårsage bivirkninger, der ikke bare kan ramme patienten, der behandles med lægemidlet, men også kan udgøre en risiko for de ansatte, der arbejder med cytostatika, hvis lægemidlet optages i kroppen.

Præparatet Etoposid er en cellegift, som gives til patienter via vener i væskeform. Det er en kur, der gives dagligt i serier med ugers mellemrum.

Patienten optager cytostatika i kroppen og udskiller rester af lægemidlet i urin, afføring, spyt, opkast, blod og sved. Cytostatika kan optages gennem huden, ved indånding og ved indtagelse.

Kilde: Arbejdstilsynets vejledning om arbejde med cytostatika fra december 2004 og arbejdsmedicinsk afdelingslæge *Harald Meyer*, Hillerød Hospital.

MEGET MERE KEMO PÅ AFDELINGERNE

Usikre perspektiver. Omfanget af kemobehandlinger stiger på de danske sygehuse, og dermed står sygeplejersker oftere og oftere med den giftige medicin mellem hænderne. Men forskerne ved stort set intet om de langsigtede bivirkninger for personalet.

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST • FOTO: JOHAN GUNSEUS

I takt med at antallet af kræftpatienter stiger, vokser omfanget af cytostatika, der dagligt passerer sygeplejerskernes hænder, også støt. Faktisk gives der 20 pct. mere kemoterapi end for bare fem år siden. Alligevel er den viden, der findes om bivirkninger for personalet, meget begrænset, fortæller professor Olle Nygren fra Umeå Universitet i Sverige.

”Vi ved, at der ved test er fundet rester af kemo i arbejdsmiljøet på sygehusafdelinger. Men om det stammer fra spild, håndteringen af medicinen eller fra patienternes ekskretorer som blod, sved og afføring, ved vi ikke. Vi er stadig ved at udvikle metoder til at undersøge det,” siger *Olle Nygren*, der har forsket i emnet i mere end 10 år.

Der findes mere end 100 forskellige cytostatikapræparater i brug på sygehuse i Skandinavien. Tal fra henholdsvis Region Hovedstadens Apotek og en arbejdstilsynsrapport fra Herlev Sygehus peger på, at antallet af kemobehandlinger, der gives årligt, er steget med mere end 20 pct. på bare de seneste fem år.

Så vidt det er den tidligere sygehusapoteker i HS, *Vagn Neerup Handlos*, bekendt, eksisterer der ingen standarder for, hvor meget cytostatika sundhedspersonalet bør håndtere dagligt.

Vi ved ikke særlig meget

”Vi ved ikke, hvor meget personalet bliver eksponeret ved at arbejde med cytostatika. Men vi ved, at risikoen er så lille, at man ikke kan sætte tal på den i dag,” siger *Vagn Neerup Handlos*, der har foretaget mere end 600 målinger af cytostatika i arbejdsmiljøet på sygehusapotekerne i Danmark.

Selvom eksperternes viden om risici er rimelig lille, opridser en af de førende eksperter på arbejdsmiljø og cytostatika, svenskeren *Olle Nygren*, et par af de effekter, som man dog har kendskab til i dag.

”Personalet klager over bivirkninger som



”Vi ved ikke, om der er kemo i luften på de onkologiske afdelinger. Men generelt er det mest sandsynligt, at en luftvejsallergi opstår efter påvirkning af noget i den luft, som man indånder,” siger professor *Olle Nygren* fra Umeå Universitet.

kløe på huden og hårtab, men vi ved ikke, om kemoterapien er udløsende faktor. En hollandsk undersøgelse har vist, at sygeplejersker, der arbejdede på onkologiske afdelinger, fødte børn, der havde en signifikant lavere fødselsvægt end den gennemsnitlige,” fortæller *Olle Nygren*.

De langsigtede negative konsekvenser ved at arbejde med cytostatika ved man stort set intet om.

”Problemet er, at når en sygeplejerske på en onkologisk afdeling oplever gener som eksem eller allergi på arbejdspladsen, vil hun hurtigt flytte til en anden afdeling. Hvis problemerne stopper der, vil hun måske aldrig rapportere det som en arbejdsskade, og derfor er der ikke nogen dokumentation på området,” forklarer *Olle Nygren*.

En anden grund til, at man ikke har dokumentation, kan også være, at mange effekter først ses længe efter, at man har været udsat for påvirkning. Cytostatika er blevet brugt på de vestlige sygehuse siden midten af 1970'erne,

”Hvis man skal beskytte personalet fra alle de risici, som vi ikke kender til, så skulle sygeplejerskerne være iført fuld beskyttelsesdragt og åndedrætsværn. Men man kan jo ikke arbejde i den mundering, og derfor må man finde et kompromis.”

Olle Nygren, svensk professor.





En sygeplejerske på arbejde på en onkologisk afdeling i Sverige? Nej, dog ikke. Eva Olofsson er farmaceut på Umeå Hospitalsapotek, og er her ved at iføre sig beskyttelsesklæder inden hun skal blande kemomedicin.

man intet om, hvorvidt cancer er en risiko ved arbejdet med cytostatika.

Tag sikkerheden alvorligt

Hverken de langsigtede konsekvenser eller metoderne til at undersøge dem er særlig veludbyggede. Derfor mener Olle Nygren, at det er vigtigt, at man tager sikkerhedsinstruktionerne alvorligt for personalets skyld.

”Kemo er giftigt, så man skal undgå risici for spild og uheld så meget som overhovedet muligt,” siger han.

Hvad hjælper et par handsker eller en kittel, hvis man også indånder kemo på afdelingerne?

”Hvis der opstår spild af kemostoffet i form af spray eller damp, så kan det indåndes. Og i den forbindelse er papirmundbind en falsk sikkerhed for personalet. Hvis man vil undgå,

at sygeplejersker indånder damp og spraypartikler, så skal man bruge ægte åndedrætsværn med filter og det hele. Men så skræmmer man patienterne,” siger Olle Nygren.

Men burde sygeplejerskerne bruge åndedrætsværn på de onkologiske afdelinger?

”Hvis man skal beskytte personalet mod alle de risici, som vi ikke kender til, så skulle sygeplejerskerne være iført fuld beskyttelsesdragt og åndedrætsværn. Men man kan jo ikke arbejde i den mundering, og derfor må man finde et kompromis.

Det vigtigste er at forsøge at identificere de arbejdsopgaver, hvor risikoen for at sprede kemo til luften er størst, og derefter forsøge at minimere den risiko,” siger Olle Nygren.

kbc@dsr.dk

Vidste du at ...

... antallet af patienter, der behandles for kræft, er steget med ca. 17 pct. for mænd over perioden 1991-2003 og 16 pct. for kvinder?

Kilde: Sundhedsstyrelsen 2005.

Vidste du at ...

... der er sket en ca. 23 pct.s øgning i kemoterapibehandlinger på bare ét år på Herlev Sygehus? Det betyder, at hver sygeplejerske på afdeling R udfører mindst fire-fem behandlinger om dagen.

Kilde: Arbejdstilsynet. Tilsynsrapport, december 2004.

Rasmus Modsat stiller i *Sygeplejersken* skarpt på en aktuel sag og spørger en af hovedpersonerne, hvad meningen egentlig er.

Selværd. Ældreplejen har alt for lav prestige, og problemet forstærkes, fordi fagforeningerne har en kronisk interesse i at holde fokus på mangler og problemer. Hold op med at tale omsorgsfagene ned i en sort kælder. Sådan lyder opfordringen til Dansk Sygeplejeråd fra sundheds- og omsorgsdirektør i Århus Kommune, Hosea Dutschke.



PÅ BARRIKADERNE FOR ET BEDRE IMAGE

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: SØREN HOLM

ILLUSTRATION: BOB KATZENELSON



Sygeplejersker fortæller om stigende problemer med stress, udbrændthed og dårlige normeringer. Er det ikke naturligt, at fagforeningerne fortæller om fagets problemer og ikke forsøger at stikke de unge blå i øjnene?

”Jo da, men det gør fagforeningerne så også hele tiden. Det, jeg fremhæver, er, at fagforeninger ikke hele tiden skal snakke omsorgsområdet ned i en sort kælder. De skal også være med til at skabe stolthed og selvværd omkring faget. Jeg tror faktisk, at stolthed og selvværd giver mindre stress, mindre sygefravær og dermed bedre normering i vagterne og i sidste ende mere i løn.

Grundlæggende er der jo tale om et kanon-job med frihed, faglighed og farverige borgere. Senest var jeg på tur med en hjemmesygeplejerske i sidste uge. Det var en både spændende og lærerig tur ud i virkeligheden. Sår i forråd-

nelse, misbrugere, kræftramte, demente, nøgne mænd, kateter og posedialyse. Der er psykisk, social og fysisk fattigdom, og velfærdssamfundet brænder ikke ligefrem igennem på en sådan tur. Men for fanden, hvor gør hjemmesygeplejen en forskel, og hvor er der mange smil bag ved dørene!”

Du taler om, at de ansatte skal have øget indflydelse på eget arbejde, men samtidig fortæller sygeplejersker i ældreplejen, at de oplever en stigende centralisering og kontrol af den enkelte medarbejder. Er det ikke en modsætning?

”Jo. Regeringen, byrådet og vi ledende embedsmænd har et stort ansvar for, at der opleves en stigende centralisering og merkontrol. Jeg skal også som direktør sluge en række kontrol-kameler og ikke forlange instrukser og opfølgning på alt muligt. Vi har brug for dokumentation, men vi har ikke brug for meningsløs kontrol. Derfor har vi igangsat ”kontrolfri” zone i Århus, hvor vi melder ind med forslag til at afskaffe unødvendig dokumentation og kon-

trol. Vores mål er at skabe større arbejdsglæde, mindre sygefravær, færre vikarer, mere tid til faglighed og som rosinen i pølseenden mere tid til at være sammen med de ældre.”

Løn og anseelse hænger sammen. Hvordan vil du højne sygeplejerskers anseelse, når offentligt ansatte sygeplejersker tjener op mod 10.000 kr. mindre om måneden end privatan-satte med samme uddannelse?

”Nu er det jo ikke kun løn, det handler om. De fleste undersøgelser viser, at løn rent faktisk først kommer ind på en 6.-plads, når det kommer til stykket. Jeg vil højne sygeplejerskernes anseelse ved at skabe klare karriereveje, videreuddannelse, specialiseringsmuligheder, og i det omfang, jeg kan, vil jeg gerne give mere løn til de elementer – så løn og kompetence hænger godt sammen.

Grundlæggende handler anseelsen for mig om, at hjemmesygeplejerskerne får et job, hvor de hver dag kommer hjem og siger. ”Yes, jeg gjorde en forskel. Hvor har jeg gode kollegaer og chefer, og så får jeg udviklet min faglighed hver dag.” Fortæller de den historie til deres venner ved middagsbordet, så højner vi sygeplejerskernes anseelse. Det her handler om image. Og får området et godt image, så får sygeplejersker i sidste ende også mere løn.”

))) HVEM SKAL PASSE DE GAMLE?

Om 10 år vil der mangle 10.000 ansatte i ældreplejen.

En rundspørge foretaget af ugebrevet A4 viser, at kommunale topembedsmænd betragter manglen på hænder i ældreplejen som fremtidens absolut største velfærdsproblem. Kommunalcheferne fremhæver også, at det er helt nødvendigt med et prestigeløft af ældreplejen, hvis det skal lykkes at rekruttere flere unge.

Opringning. Sygeplejerske Britta Hørdam har i mange år undret sig over, at alt for mange hoftepatienter fungerer lige så dårligt efter operationen som før. Hun har netop forsvaret en ph.d.-afhandling, som viser, at to telefonopringninger fra en sygeplejerske kan gøre patienterne langt mere selvhjulpne. Et enkelt greb, som kan få stor betydning for tusindvis af danskere.

OPRINGNING FÅR HOFTER

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • ILLUSTRATION: NATHALIE NYSTAD



Grete Faurholdt fik indopereret sin første nye hofte for tre år siden. Hun oplevede en del komplikationer, og derfor var det en stor hjælp at blive ringet op af en sygeplejerske to og 10 uger efter operationen.

På sofabordet mellem Wegner-møblerne i det gule 70'er-parcelhus syd for København ligger et plastikhjælpemiddel til at tage strømper på, en badebørste med ekstra langt skaft og en tang af den slags, gårdmænd bruger til at fjerne affald. Alt sammen remedier, som den 71-årige pensionist *Grete Faurholdt* skal bruge, når hun ugen efter får indopereret sin anden ny hofte.

Det er tre år siden, at Grete Faurholdt fik indopereret sin første nye hofte, og ikke alt gik dengang efter bogen. Hun måtte ligge 10 dage på hospitalet mod normalt fire dage, hun fik et mindre liggesår, kunne ikke tåle morfin og fik problemer med maven, fordi to sygeplejestuderende glemte at tage afføringsmidlet fra hende. Flere måneder efter operationen humpede hun stadig rundt på krykker.

Derfor var det en stor hjælp, at hun to og

10 uger efter operationen blev ringet op af sygeplejerske *Britta Hørdam*.

"Det var skønt at snakke med én, der havde forstand på hofteoperationer. Hun kunne f.eks. give mig råd om, hvordan jeg kunne sove med en pude mellem benene, og hvordan jeg kunne træne. Jeg fik også afstemt mine forventninger til noget realistisk. Jeg har nu en funktionsevne, der er 80-90 pct. af den, jeg havde, før jeg fik slidigt i hoften," fortæller Grete Faurholdt, som i dag går timelange ture i skoven.

Hun er en af de i alt 320 hoftepatienter, som indgår i den ph.d.-afhandling, sygeplejerske Britta Hørdam netop har offentliggjort.

Den viser, at hoftepatienter, som ringes op af en sygeplejerske to uger og 10 uger efter operationen, bliver langt hurtigere raske og rørlige end patienter, der blot tilbydes et obligatorisk besøg i ambulatoriet.

Og projektet stopper ikke her. I efteråret 2007 modtog Britta Hørdam 900.000 kr. af TrykFonden til et postdoktorat, der skal gå videre med at undersøge den samfundsmæssige gevinst ved at tilbyde opfølgende samtaler til hoftepatienter.

Blev i sygerollen

Hvert år får 7.000 danskere indopereret en ny hofte. Men manglende opfølgning og genoptræning betyder, at hovedparten af patienterne ikke får det fulde udbytte af operationen. Mange fortsætter med at bruge røllator, og de bevæger sig lige så lidt som før operationen.





PÅ GLED

Allerede i 1971, da Britta Hørdam var sygeplejeelev på en operationsafdeling, studerede hun over, at mange patienter blev i sygerollen længe efter, at de havde fået ny hofte. Senere blev hun oversygeplejerske på en ortopædkirurgisk afdeling.

”Dengang lå patienterne i sengen i tre uger. Efter operationen fortsatte mange med at tage samme smertestillende medicin, som før de kom på hospitalet. Andre gik med stokke og rollator længe efter operationen, og jeg stødte på eksempler fra hjemmeplejen, hvor ældre patienter fortsatte med at bruge støttestrømper lang tid efter indgrebet,” siger Britta Hørdam, der ofte har undret sig over, at hospitalet fokuserer så meget på operationsteknikker og så lidt på, hvordan det går patienterne efter operationen.

Aflaster lægen

En af landets førende ortopædkirurger, professor *Kjeld Søballe* fra Århus Sygehus, vurderer, at Britta Hørdams forskningsresultater kan give mange ældre hoftepatienter et bedre liv.

”Vi har ikke tidligere undersøgt, hvordan det gik med patienternes daglige funktioner efter operationen. Hvis det er så enkelt, som det fremgår af projektet, kan sundhedsvæsenet spare mange ressourcer, og især de ældre patienter kan få en bedre funktionsevne,” siger Kjeld Søballe. Han fortæller, at patienter på Ortopædkirurgisk Afdeling på Århus Sygehus i dag bliver ringet op af en sygeplejerske efter operationen, og det aflaster lægerne.

Flere af landets ortopædkirurgiske afdelinger overvejer nu at indføre samme procedure som i Århus.

Også chefsygeplejerske *Kirsten Bruun* fra Århus Sygehus ser store perspektiver i projektet.

”Det vigtige er, at vi nu får en forskningsbaseret viden, der kan bruges i opfølgningen på behandlingen,” siger hun.

Lektor *Preben Ulrich Pedersen* fra Afdeling for Sygeplejevidenskab ved Aarhus Universitet, finder det tankevækkende, at en så relativt beskedne sygeplejefaglig indsats kan give stor menneskelig og samfundsmæssig gevinst.

”Det giver tilsyneladende patienterne en tryghed at vide, at de ikke er overladt til sig selv. I Danmark har man ikke haft tradition for at følge op på, hvordan det går hoftepatienter. Der har især været fokus på at forbedre de kirurgiske teknikker,” fortæller Preben Ulrich Pedersen, som mener, at principperne kan overføres til andre forløb, f.eks. inden for hjerteområdet.

Selv håber Britta Hørdam, at hendes resultater kan bruges af de kommunale sundhedscentre, der har ansvaret for rehabilitering af bl.a. hoftepatienter.

”Patienterne ligger kortere og kortere tid på hospitalet, og alle undersøgelser viser, at de har godt af at komme hjem så hurtigt som muligt. Det er oplagt at bruge sygeplejersken som en nøgleperson, der følger patienterne.”

bso@dsr.dk

))) TELEFONOPKALD HJÆLPER

En ph.d.-afhandling, som blev forsvaret den 4. april viser, at to gange 10 minutters telefonkonsultation med en sygeplejerske kan give hofteopererede en markant bedre livskvalitet og øget fysisk aktivitet.

I undersøgelsen indgår 320 patienter. Halvdelen fik ingen opfølgning ud over det obligatoriske besøg i ambulatoriet, mens den anden halvdel blev ringet op af en specialsygeplejerske hhv. to og 10 uger efter operationen. I løbet af to 10-minutters interview blev patienterne spurgt om smerter, svimmelhed, og om de fulgte et træningsprogram. De patienter, der blev ringet op, fik det psykisk bedre og genoptog hurtigere deres daglige gøremål end patienterne i kontrolgruppen.

Ph.d.-afhandlingen følges op af et postdoktorat, der skal undersøge den samfundsmæssige gevinst ved at tilbyde opfølgende samtaler til hoftepatienter.

))) BLÅ BOG

Britta Hørdam er uddannet sygeplejerske i 1974 og cand.cur. i 1996. Hun har været sygeplejerske i 17 år. Herefter sygeplejelærer og forsker.

Hun har bl.a. været ansat som afdelingssygeplejerske/oversygeplejerske ved en ortopædkirurgisk afdeling i København og siden oversygeplejerske på et ældrecenter. Fra 1996 projektleder ved Roskilde Amts Sygeplejerskole/videnscenterkonsulent i CVU.

Fra 2004-2007 ph.d.-studerende ved Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet.

Sygeplejerske Britta Hørdam har i mange år undret sig over, at så mange hoftepatienter bliver i sygerollen længe efter operationen. Derfor begyndte hun at forske i hoftepatienters patientforløb.



FOTO: SOREN SVENDSEN



Kirkelig lobbyisme. Den katolske kirkes mål er at forhindre abort, undgå skilsmisser og fjerne prævention fra butikshylderne. Men præsterne nøjes ikke med at prædike i kirken. Vatikanet lægger også betydeligt pres på EU for at indføre konservative restriktioner.

Vatikanet prædiker imod prævention



AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST
FOTO: SIMON KNUDSEN

Når man bevæger sig gennem gangene i EU's bygninger i Bruxelles, møder man magtens mænd i jakkesæt. Politikere og embedsmænd – og så alle dem, der prøver at få indflydelse på magtens mænd: lobbyisterne. Og blandt de nålestribede suits kan man i stigende omfang møde mænd fra den katolske kirke, der ønsker at sikre kirken interesser på de bonede gulve. Og kirkens repræsentanter er effektive lobbyister, fortæller *Lene Sjørup*, teolog og forsker ved Københavns Universitet, der har forsket i den katolske kirkes lobbyisme i EU.

”De konservative kræfter er i det hele taget godt mobiliseret, og siden udvidelsen af EU i 2004 er påvirkningen fra de katolske kræfter blevet meget større. De østeuropæiske lande har traditionelt været ateistiske, men efter deres nyvundne selvstændighed er de blevet ny-katolikker i den konservative retning, stærkt inspireret af den forhenværende pave, som stammede fra Polen,” siger Lene Sjørup.

Med de mange katolske medlemslande i EU udgør katolikkerne i dag et flertal af befolkningen i Europa. Hvorvidt et land tillader abort eller ej, hører ikke under lovgivningen i EU, men til gengæld har EU's medlemslande fælles politikker om seksualundervisning og prævention.

”Vatikanet forsøger bl.a. at påvirke seksualundervisning. Den katolske kirke mener, at den eneste legitime form for prævention er naturmetoden – altså at et par, som vil undgå graviditet, kun har samleje, når kvinden ikke har ægløsning. Men den metode har fatale konsekvenser i forhold til

hiv/aids og smitte af seksuelt overførte sygdomme,” siger Lene Sjørup.

Paven som præsident

Og EU påvirkes på mange forskellige måder af de katolske lobbyister.

”Det er hele pointen, at det foregår på mange forskellige niveauer. Men det er problematisk, at det ikke er gennemskueligt. Vatikanet opfatter sig selv som en stat, og de har diplomatisk status over for både EU og de enkelte medlemslande – også Danmark. Men Vatikanet er ingen stat, og lederen er ikke demokratisk valgt,” siger Lene Sjørup.

Alligevel har den katolske kirke stor betydning – særligt i Østeuropa. Mens kvinder under Sovjetstyret havde adgang til fri abort, strammer de konservative kræfter i de nye selvstændige nationer nu grebet om seksuelle og reproduktive rettigheder, fortæller polske *Wanda Nowicka*, som er koordinator af netværket ASTRA, der repræsenterer 28 lande fra Central- og Østeuropa. ASTRA arbejder for at forbedre og sikre seksuelle rettigheder og reproduktiv sundhed i Europa.

”I Polen har abort hidtil ikke været kontroversielt. Men efter demokratiseringen af landet fik den katolske kirke en større rolle i samfundet, og derefter blev abort en del af den politiske debat. En gang var abortmodstandere outrerede, men i dag er de mainstream – og de er meget proaktive. Abort er stadig tilladt i Polen, men i midten af 90'erne ind-

i EU



"Der er skoler, hvor man underviser de unge i, at kondomer skaber skilsmisse og andet religiøst inspireret sludder."

Wanda Nowicka, koordinator for ASTRA.

”De ansatte, i den del af sundhedssektoren, der er ejet af den katolske kirke, i hele Europa skal underskrive troskabsløfter. Læger og sygeplejersker skal bl.a. fraråde kvinderne abort – også i de lande, hvor kvinderne har ret til abort.”

Lene Sjørup, forsker og teolog ved Københavns Universitet.

» førte regeringen – med støtte fra konservative religiøse kræfter – en del restriktioner,” siger Wanda Nowicka beklagende.

Kondomer skaber skilsmisser

Den konservative, religiøse bølge går gennem store dele af Østeuropa. Læger i Litauen nægter at udføre aborter på kvinder, mens Kroatien har indført en seksualundervisning, der bygger på læren i den katolske skole. Letland har for nylig forbudt homoseksuelle vielser i sin grundlov, mens Slovakiet efter aftale med Vatikanet har givet katolske læger og sygeplejersker ret til at nægte at udføre aborter eller

er Vatikanets strategi mangedeget og foregår på flere forskellige niveauer.

”Vatikanet øver indflydelse på mange måder. Et eksempel var, da Vatikanet spredte misinformationen om, at hiv-virus sagtens kan gennemtrænge kondomer. Det førte til, at WHO og EU måtte bruge kræfter på at demontere oplysningen, der skabte tvivl om præventionens sikkerhed,” fortæller Lene Sjørup.

I EU har medlemslandene hidtil været enige om, at abort ikke må bruges som præventionsmiddel, og at lovgivningen om abort hører under de enkelte landes kompetencer. Desuden har der været enighed om, at europæiske borgere skal have oplysning og ud-

dannelse om seksuelle rettigheder, og EU har anbefalet brug af prævention.

Denne enighed ønsker den katolske kirke at bryde. Især stærkt katolske lande som Irland, Malta og Polen går forrest i kampen om at skabe splid i enigheden om seksuelle og reproduktive rettigheder på europæisk plan.

”På EU-plan forsøger Vatikanet hele tiden at sætte spørgsmålstejn ved de fælles politikker, og i de enkelte lande forsøger den katolske kirke at få aftaler med landene om sundhedspolitik. F.eks. skal de ansatte i den del af sundhedssektoren, der er ejet af den katolske kirke i hele Europa, underskrive troskabsløfter. Læger og sygeplejersker skal bl.a. fraråde kvinderne abort – også i de lande, hvor kvinderne har ret til abort. Troskabseden gælder også universitetsansatte på katolske universiteter. Det rammer især feministiske teologer, der går ind for, at kvinder bestemmer over egen krop,” fortæller Lene Sjørup.

Paven er en rig lobbyist

Også folketingsmedlem Lone Dybkjær fra Det Radikale Venstre, der var medlem af Europa-Parlamentet fra 1994 til 2004, mener, at den katolske kirke driver effektiv lobbyisme i EU.

”Paven var meget aktiv for at få religion ind i EU-traktaten. Heldigvis lykkedes det ikke. Men den katolske kirke er en effektiv lobbyist – ligesom mange andre store lobbyister, som f.eks. medicinalindustrien. Det er et stort problem, at de er virkelig, virkelig rige og kan få indflydelse på Europa-Parlamentet, men kirken er hverken mere eller mindre end en lobbyist,” siger Lone Dybkjær, som i øvrigt mener, at kvinders ligestilling og rettigheder vil blive dårligere, hvis religion skal diktere forholdene.

Teolog Lene Sjørup forsvarer katolikernes ret til at drive lobbyvirksomhed, men er betænkelig ved, at den katolske kirke har lettere adgang til magtens centrum end andre.

”Det er et problem, at den katolske kirke har aftaler med EU om, at kirkelige organisationer skal høres. De er ret velbeslåede, og der er også mange katolske politikere i EU, og de sætter sig bevidst på kontroversielle områder – f.eks. kvindekommisionen, hvor de advokerer mod abort og følger hele den vaticane linje,” siger Lene Sjørup.

Informationschef Iben Tranholm fra den katolske kirke mener, det er helt forkert at se de konservative politikere i Europa-Parlamentet som Vatikanets forlængede arm:

”De baserer deres valg og holdninger på en religiøs overbevisning, og det er demokratisk. Jeg forstår, hvis andre ikke er enige i argumenterne, men jeg synes, det er sørgeligt og udemokratisk, hvis borgere ikke må basere deres holdninger på religion – uanset om den religion i øvrigt er islam, katolicisme eller noget helt tredje.”

kbc@dsr.dk



fertilitetsbehandling af ”samvittighedsgrunde”, selv om der er fri abort i Slovakiet.

”Den katolske kirke har en meget stor indflydelse på seksualundervisning i eksempelvis Polen. Der er skoler, hvor man underviser de unge i, at kondomer skaber skilsmisse, og andet religiøst inspireret sludder,” siger Wanda Nowicka.

Kirken: Vi kan ikke ændre love

Den katolske kirke mener, at beskrivelsen af Vatikanet som en magtfuld politisk agent er helt forkert.

”Vi har slet ikke den indflydelse. Jeg ville da ønske, vi havde, men det har vi altså ikke. Kirken kan tale til folk, som derefter selv kan træffe valg, men kirken har ikke magt til at ændre en eneste lov i de europæiske lande,” siger *Iben Tranholm*, som er teolog og informationschef for Den Katolske Kirke i Danmark.

Men ifølge forsker og teolog Lene Sjørup

”Kirken kan tale til folk, der derefter selv kan træffe valg, men kirken har ikke magt til at ændre en eneste lov i de europæiske lande.”

Iben Tranholm, informationschef for Den Katolske Kirke.



FOTO: SIMON KNUDSEN

Koncentration. Den 26. marts om aftenen var Sundhedskartellet igen til møde i Forligsinstitutionen i København. Formand Connie Kruckow kunne efter mødet konstatere, at Forligsinstitutionen har udskudt en eventuel konflikt med 14 dage. Parterne skal mødes igen den 11. april.

Konflikt på standby

Udsættelse. Sundhedskartellet og arbejdsgiverne mødes igen i Forligsinstitutionen den 11. april. En strejke kan tidligst begynde den 16. april.

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR

Den varslede konflikt, der som udgangspunkt omfatter alle sygeplejersker, er udsat af Forligsmandskollegiet i 14 dage. Sundhedskartellet og de regionale og kommunale arbejdsgivere fik denne besked efter det seneste møde med forligsmanden. Parterne er tilsagt til nyt møde kl. 18 den 11. april 2008.

Udsættelsen af den varslede strejke indebærer, at arbejdsstandsninger herefter tidligst kan iværksættes på femtedagen efter udløbet af de to uger, det vil sige den 19. april fra døgnet begyndelse. Hvis forligsmanden efter

mødet den 11. april finder, at videre forhandlinger er udsigtsløse, kan hun dog erklære forhandlingerne for afsluttede. Sker det, kan den varslede strejke begynde på femtedagen derefter. I givet fald den 16. april.

Sundhedskartellet har efter påske forhandlet med både Danske Regioner og KL for at af søge mulighederne for at nå til enighed om de udestående, der fortsat er ved OK 08. Forhandlingerne fortsatte i Forligsinstitutionen den 26. marts, men der blev ikke opnået enighed om de udestående overenskomstkrav.

Sundhedskartellet fastholder kravet om en økonomisk ramme på 15 pct. samt kravet om, at der skal nedsættes en ligelønskommission.

Udsættelsen af den varslede konflikt for Sundhedskartellets medlemsgrupper kom ikke som den store overraskelse. Forligsmanden havde kort forinden valgt at udsætte pædagogernes varslede strejke, ligeledes til den 19. april. Det er en lørdag, hvilket betyder, at en strejke på pædagogernes område først bliver effektiv fra den 21. april.

Der ligger uden tvivl flere hensyn bag for-

Vidste du at ...

... Dansk Sygeplejeråd under sygeplejerskernes konflikt i 1995 var formel arbejdsgiver for ca. 7.000 sygeplejersker med udbetaling af konfliktunderstøttelse? Konflikten varede i fire uger og standsede ved lovindgreb. I den aktuelt varslede konflikt kan ca. 35.000 sygeplejersker blive omfattet af strejke.

Kilde: Sygeplejersken.

”Dansk Folkeparti startede balladen med at love mere i løn. Det bliver interessant at se, om de vil være med til regeringens indgreb, der ikke giver nogen forbedringer af betydning.”

Professor i arbejdsmarkeds- og organisationsstudier ved Københavns Universitet, *Jørgen Steen Madsen*, FAOS, i information den 10. marts 2008 om udsigten til et regeringsindgreb, efter at en eventuel konflikt er brudt ud.

ligsmandens beslutning om udskydelse af de truende konflikter. Bl.a. afventes resultaterne af urafstemninger om indgåede overenskomster for andre store grupper af offentligt ansatte. Hvis sygeplejerskernes strejke gik i gang, inden disse urafstemninger er afsluttet, kunne det muligvis påvirke afstemningsresultatet.

sp@dssr.dk

Konflikten er udsat

Forligsmandskollegiet besluttede onsdag i sidste uge at udsætte vores konflikt med to uger. Det betyder konkret, at der nu er tre scenarier:

Konflikten kan tidligst iværksættes på femtedagen efter udløbet af de to uger. Eller Forligsinstitutionen kan inden de to uger erklære forhandlingerne for afsluttet uden resultat, og derefter kan konflikten gå i gang efter fem dage. Eller Forligsinstitutionen kan udsætte konflikten i endnu to uger.

Inden konflikten blev udsat, havde Forligsinstitutionen sendt os tilbage til forhandlingsbordet med arbejdsgiverne i Danske Regioner og KL.

Vores krav stod fast: Vi kræver en ramme på 15 pct. over de næste tre år. Vi vil også have en ligelønskommission, der kan bane vejen for en egentlig ligelønsreform. Begge dele er nødvendige for, at vi kan tage de nødvendige skridt i retning af ligeløn.

Desværre har arbejdsgiverne ikke selv de penge, der skal til for at honorere vores krav. Pengene kan kun hentes ét sted: I Finansministeriet. Så i virkeligheden er der ikke så meget mere at forhandle med arbejdsgiverne om, når det gælder rammen. Til gengæld fortsætter vi det politiske arbejde med at få både arbejdsgiverne og Folketinget til at forstå, at der er behov for en ligelønskommission.

Vi fortsætter også med at forberede en effektiv konflikt, der kommer til at gøre ondt de rigtige steder:

Ikke hos patienterne. Men i stedet på arbejdsgivernes pengepung, fordi patienterne søger over på privathospitalerne. Og hos politikerne på Christiansborg, som i lang tid efter en konflikt godt kan skyde en hvid pind efter deres løfter om behandlingsgarantier osv.

Vi mener kravet om ligeløn helt alvorligt. Både af hensyn til den enkelte sygeplejerske. Men også fordi det er en forudsætning for, at vi i fremtiden kan opretholde et velfungerende offentligt sundhedsvæsen.

Jeg kan ikke andet end tro, at det brede flertal i Folketinget går ind for det samme. Derfor er mit budskab klart: Ligeløn – det handler om vilje!



Connie Kruckow

Connie Kruckow, formand for Dansk Sygeplejeråd

Connie Kruckow afviser masse

Nej til finsk. De gjorde det med succes i Finland sidste år – varslede masseopsigelser og fik en lønstigning på over 20 pct. Nu tænker sygeplejersker i Sverige samme tanker, men det vil ikke ske i Danmark, siger Dansk Sygeplejeråd – her varsles der konflikt.

Danske sygeplejersker kan ikke finde på at true med at sige deres job op i kampen for en bedre løn. Det siger formand for Dansk Sygeplejeråd *Connie Kruckow* til Politiken den 24. marts 2008. Og det er hun ret sikker på, selv om de finske sygeplejersker sidste år kæmpede sig til en lønstigning på over 20 pct. netop ved at sætte trumf på og varsle kollektive masseopsigelser.

Nu er det samme ved at ske i Sverige. Her har to sygeplejersker startet "Lønoprøret 2008 – nu er det nok!" uden om deres fagforening midt under de svenske overenskomstforhandlinger, der også er i gang i disse uger. Sygeple-

jerskerne føler sig ifølge det svenske magasin ECT svigtet af både arbejdsgivere og deres fagforbund Vårdförbundet. Indtil videre har de støtte fra over 4.000 studerende og 7.000 sygeplejersker, der truer med at sige op den sidste dag i april, hvis ikke de får 5.000 SEK mere i løn om måneden.

Men i Danmark er et lignende oprør ikke på vej, mener *Connie Kruckow*.

"Det har jeg slet ikke hørt om. På de møder, jeg har haft i hele landet, virker det, som om vores tillidsrepræsentanter har en rigtig god kontakt til sygeplejerskerne på arbejdspladserne. De kender reglerne: I Danmark varsler vi

konflikt," siger hun og pointerer, at Dansk Sygeplejeråd denne gang har udtaget hele styrken til konflikt, hvor det før kun har været 10 pct.:

"Jeg kan sagtens forstå, at en opsigelse kan være en overvejelse for den enkelte. Men der må vi bare sige: Det er ikke sådan, vi slås. Vi gør det på en anden måde."

I Danmark er det ulovligt at true med at sige op, hvis det er et led i en kamphandling, og *Connie Kruckow* savner da heller ikke masseopsigelser som et kampvåben.

"Vi synes, det er ret effektivt at varsle en konflikt, fordi det rammer arbejdsgiverne der, hvor det gør allermost ondt, nemlig på

Er du klar til konflikt?

Fællestillidsrepræsentant *Annette Askjær Dam*, Medicinsk Center, Medicinsk og Reumatologisk Afdeling, Holstebro:



"Kampgejsten er høj på de forskellige afdelinger, og sygeplejerskerne er klar til at gå i konflikt. Men mange havde selvfølgelig ventet, at konflikten ville gå i gang den 1. april.

De er ikke skuffede, men det er klart, at det øger spændingen. Mange har ikke tidligere prøvet at være i konflikt, fordi det tidligere var specialafdelinger som anæstesi og røntgen, der var omfattet. Derfor er vi også ret usikre på, hvad det betyder for sengeafdelingerne, og om vi bliver fuldstændig oversvømmet af patienter fra hjemmeplejen."

Tillidsrepræsentant *Marianne Halkjær*, koordinerende sygeplejerske, Visitationsenheden Glostrup Kommune:



"Det har nok mest været mig selv, der var frustreret, da konflikten blev udsat. Men efter at vi har forhandlet nødberedskaber færdig, tror jeg, at det er meget godt med lidt længere frist. Vi mangler f.eks. lige at finde ud af,

hvilke kolleger, der skal pålægges de fem af 14 nattevagter, som hidtil har været dækket med vikarer. Det siger også noget om, at det er svært at få tilstrækkeligt med personale. Kampgejsten er uændret. Både medarbejdere og ledende sygeplejersker har forberedt sig grundigt på en konflikt."

Kredsnæstformand *Nils Håkansson*, Dansk Sygeplejeråds Kreds Sjælland:



"Kampgejsten er absolut til stede, men det er klart, at udsættelsen af konflikten medfører en kortvarig "øv-stemning": Nu var sygeplejerskerne bare så klar. Omvendt kommer udsættelsen måske ikke som den største overras-

skelse, i hvert fald ikke hos os i kredsen. Vi vidste, at det var en mulighed. Så det kan godt være, at der er lidt øv-stemning nu ude omkring på arbejdspladserne, men jeg er ikke i tvivl om, at gejsten er helt oppe igen om 14 dage. Derimod kommer udsættelsen af konflikten nok til at betyde færre deltagere i planlagte arrangementer i de nærmeste dage."

opsigelser



ARKIVFOTO: SCANPIX

”Statsministerens kone er ikke medlem hos os. Det er ikke noget, vi render og tjekker i tide og utide, men i forbindelse med en konflikt gennemgår vi naturligvis medlemslisterne.”

Lars Christensen, formand for BUPL i Nordsjælland, i Jyllands-Posten den 7. marts 2008 om udsigten til, at statsminister Anders Fogh Rasmussens (V) kone, Anne Mette Rasmussen, skal i konflikt. Anne Mette Rasmussen arbejder som pædagog i Rudersdal Kommune, der er udtaget til konflikt af pædagogernes fagforening, BUPL.

deres tegnebog,” siger Connie Kruckow, der dog heller ikke håber, at de danske sygeplejersker vil vende vreden mod Dansk Sygeplejeråd, hvis overenskomstkravene om en lønstigning på 15 pct. og en ligelønskommission ikke kommer igennem.

”Så håber jeg, at vreden bliver vendt mod regeringen og ikke mod Dansk Sygeplejeråd. Det vil jo være regeringen, der forhindrer, at tingene lykkes, for det er kun dem, der kan finde pengene,” siger hun til Politiken.

(cso)

”Det er faktisk nonsens at sige, at sygeplejerskerne ikke fik noget ud af at strejke i 1995: De fik brudt lønloftet og opnåede at få 1 pct. mere end alle andre.”

Henning Jørgensen, professor ved Aalborg Universitet, til Information den 26. marts 2008 i en kommentar til de to arbejdsmarkedseksperter Jesper Due og Jørgen Steen Madsens kronik ”Strejkende vil spise deres egen hale”, som bl.a. handlede om, at strejke kun yderst sjældent betaler sig.

OECD: Ingen grund til klage

Sygeplejerskers løn. Ifølge den seneste OECD-rapport om dansk økonomi er danske sygeplejersker bedre lønnet end udenlandske kolleger og andre lønmodtagere. Dansk Sygeplejeråd skyder rapporten ned.

Der er ingen grund til klage. Danske sygeplejersker har en pæn løn sammenlignet med kolleger i andre lande og med den gennemsnitlige løn på det danske arbejdsmarked.

Det er resultatet, som organisationen for økonomisk samarbejde og udvikling, OECD, når frem til i den seneste rapport om dansk økonomi, herunder den danske sundhedssektor. Rapporten, der udkom den 19. februar, fik udførlig omtale i de danske medier i dagene op til påske. Og det var selvfølgelig ikke tilfældigt, at OECD's betragtninger om danske sygeplejerskers og lægers lønniveau var særlig interessant for medierne i en situation, hvor sygeplejerskerne og Sundhedskartellets øvrige 10 fagorganisationer har varslet strejke for at opnå markante lønforbedringer.

”Lønnen for de danske sygeplejersker er ikke så ringe endda. De, som er ansat på hospital, ligger 15 pct. over gennemsnitslønnen i Danmark, og dermed er de mærkbart bedre lønnet end sygeplejersker i både England og

Norge,” var kommentaren fra Jens Lundsgaard, chef for OECD's afdeling for Danmark og Sverige, til Morgenavisen Jyllands-Posten den 18. marts.

OECD-chefen tilføjer, at sygeplejerskerne og andre offentligt ansatte udfører vigtige funktioner og dermed ikke skal sakke agterud i forhold til privatansatte. Den tilbudte lønstigning på 12,8 pct. over tre år vil efter OECD's skøn ret præcist svare til de lønstigninger, som ventes i den private sektor. Jens Lundsgaard frygter nationaløkonomiske konsekvenser ved større lønloft.

Dansk Sygeplejeråd har set nærmere på OECD-rapporten og kritiserer rapportens internationale sammenligninger for at være fuldstændigt tilfældige. De samme lande indgår ikke i sammenligningen for sygeplejersker og læger, ligesom rapporten ikke præciserer den anvendte beregningsmetode eller begrundet valg af sammenligningsgrundlag. Endelig er rapportens talgrundlag fra 2005.

Dansk Sygeplejeråds formand, Connie Kruckow, er ikke slet så nationaløkonomisk bekymret som OECD. ”Uddannelse skal kunne betale sig, og hvis vi ikke giver sygeplejerskerne en ordentlig løn, får vi ingen til at tage uddannelsen. Vores ambition er også en bedre rekruttering, for ellers kan vi ikke holde et godt sundhedsvæsen kørende. Det er også at vise samfundssind,” siger formanden.

(sp)

OECD udgav rapporten Economic survey of Denmark 2008 den 19. februar. Kapitel 5 i denne publikation er helliget det danske sundhedsvæsen under titlen ”Health: A major fiscal challenge”. Læs mere om Dansk Sygeplejeråds analyse af rapporten på www.dsr.dk



FOTO: MORTEN NILSSON

Sundhedskartelletts forhandlere har undervejs i forhandlingsforløbet medbragt store mængder papir til møderne i regionernes og kommunernes hovedkvarterer i København. Til formålet er anskaffet et antal røde kufferter, hvoraf den ene er forsynet med et lille boldhorn. Hver gang, et delforlig var i hus, fik hornet et tryk. Det forekommer nærmest symbolsk, at hornet mistede sin bold i de sidste faser af forhandlingerne. (sp)

Vidste du at ...

... danske sygeplejersker for første gang nogen sinde var i strejke i vinteren 1973-74? Konflikten varede i syv uger og sluttede uden lovindgreb.

Dansk Sygeplejeråd opnåede at få fjernet de to laveste løntrin for sygeplejersker, hvilket betød en forhøjelse af lønnen for nyuddannede sygeplejersker på 14,3 pct. plus bedre ulempebetaling. "Der er kommet en fagforening ud af Dansk Sygeplejeråd," bemærkede daværende formand *Kirsten Stallknecht*.

Kilde: Sygeplejersken.

Færre unge vil være sygeplejersker

Frafald. Antallet af unge, der har søgt ind på lærer- og pædagogseminarierne samt sygeplejerskolerne i 2008, er faldet med 25-50 pct. Dansk Sygeplejeråd peger på sygeplejerskernes dårlige løn- og arbejdsforhold som en del af forklaringen.

Den 15. marts 2008 var sidste frist for landets unge at søge om optagelse på en uddannelse efter kvote 2.

Og tallene er nedslående for landets lærer- og pædagogseminarier, der har haft hhv. 33 og 35 pct. færre ansøgere, skriver Morgenavisen Jyllands-Posten.

Men heller ikke på sygeplejerskolerne ser det godt ud. Landstallet er endnu ikke gjort op, men ifølge *Aase Holdgaard*, der er formand for Rektorforsamlingen for sygeplejerskeuddannelsen, melder sygeplejerskolerne om fald på mellem 25 og 50 pct. Det huer hverken *Aase Holdgaard* eller formanden for Danske Regioner, *Bent Hansen* (S).

"Det ser ikke særlig godt ud og vil øge den mangel, der allerede er på sygeplejersker," siger han.

Årsagerne til det store fald af ansøgere er mange, men kan ifølge *Bent Hansen* delvist findes i, at overenskomstkampen for at hæve sygeplejerskernes løn kan have været med til at tegne et negativt billede af sygeplejerskejobbet.

Det er 2.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd *Dorte Steenberg* meget uenig i.

"Det gør mig vred, for vi har lige netop ikke slået på den dårlige løn og arbejdsfor-

holdene. Vi har sagt, at lønnen skal afspejle det ansvar og den uddannelse, sygeplejersker har. Så er det rigtigt, at vi ved andre lejligheder har påpeget dårlige arbejdsforhold, men her er *Bent Hansen* ledelsesansvarlig," siger *Dorte Steenberg* til Jyllands-Posten.

Over for Radioavisen understregede *Dorte Steenberg*, at sygeplejerskernes løn og arbejdsforhold er en af forklaringerne på, at langt færre unge i år har søgt optagelse via kvote 2 til de traditionelle hjertefag. Hun advarer samtidig om, at der skal gøres noget ved problemerne så hurtigt som muligt, ellers vil danskerne snart kunne mærke det for alvor i form af dårligere kvalitet i det danske sundhedsvæsen.

"Det er inden for i år eller næste år, hvis ikke det skal have nogle alvorlige konsekvenser."

(cso)



ARNDT PHOTO SCANDIX

Som at sammenligne æbler og pærer

Danske sygeplejersker kræver en markant bedre løn og er klar til at strejke for at opnå det. Og så synes medierne selvfølgelig, at det er en god historie, at de samme sygeplejersker angiveligt tjener 15 pct. mere end gennemsnitslønningerne på det danske arbejdsmarked.

Det er i hvert fald, hvad OECD i sin visdom er kommet frem til i en økonomisk rapport om Danmark. Rapporten er sendt på gaden for nylig – belejligt nok for regeringen og arbejdsgiverne.

OECD's tal holder ikke til en nærmere gennemgang. F.eks. forekommer sammenligningsgrundlaget fuldstændig vilkårligt. Derfor er rapportens indhold kun bemærkelsesværdigt, fordi arbejdet er bemærkelsesværdigt unuanceret.

Man kan selvfølgelig godt sammenligne æbler og pærer. Men det er og bliver to forskellige ting. Jeg synes, det ville have været meget mere reelt, hvis OECD havde sat fokus på, at det i Danmark ikke kan betale sig økonomisk at tage en mellemlang videregående uddannelse, der retter sig mod den offentlige sektor.

Det rammer den enkelte sygeplejerske hårdt på pengepungen. Hver gang en privatansat med en mellemlang videregående uddannelse tjener 100 kr., tjener en tilsvarende offentligt ansat – f.eks. en sygeplejerske – kun 73 kr. Det er helt urimeligt, og derfor kræver vi ligeløn.

Men det rammer også sundhedsvæsenet hårdt. Det allerstørste problem i sundhedsvæsenet er, at der mangler kvalificerede sundhedsprofessionelle. Kvaliteten og sikkerheden i sygeplejen er direkte afhængig af, hvor mange sygeplejersker der er.

Derfor handler overenskomstforhandlingerne i høj grad om, hvordan sundhedsvæsenet i fremtiden skal kunne rekruttere og fastholde sygeplejersker. Her trænger både arbejdsgiverne og Folketinget til at se realiteterne i øjnene: Der mangler i dag mere end 1.500 sygeplejersker, og medmindre der gøres noget drastisk, vil mangelen stige til ca. 7.000 i 2015.

Perspektiverne for patienterne og for vores arbejdsmiljø er uhyggelige.

Det er naivt at tro, at sygeplejerskemangelen ikke hænger sammen med sygeplejerskernes løn. For selvfølgelig er der en sammenhæng. Vi har et fantastisk fag. Men sygeplejerskernes løn og arbejdsvilkår er ikke i orden. Konkurrencen om arbejdskraften er benhård med tidens små ungdomsårgange, og vi taber kampen til andre fag, der tilbyder bedre vilkår.

Hvis OECD virkelig interesserede sig for det danske sundhedsvæsen, er der masser at kaste sig over her.

"Man kan selvfølgelig godt sammenligne æbler og pærer. Men det er og bliver to forskellige ting. Jeg synes, det ville have været meget mere reelt, hvis OECD havde sat fokus på, at det i Danmark ikke kan betale sig økonomisk at tage en mellemlang videregående uddannelse, der retter sig mod den offentlige sektor."



Connie Kruckow, formand

Planlægning af kommunale forebyggelsesindsatser

Af Ingeborg Byskov,
forebyggelseskonsulent

H Hvordan får borgerne mulighed for at blive aktør i den borgerrettede forebyggelse?

Siden starten af 2007 har kommunerne haft ansvaret for den borgerrettede forebyggelse.

Sundhedsstyrelsen har lige udgivet en guide til planlægning af kommunale forebyggelsesindsatser og projekter, og her fremhæves vigtigheden af at inddrage interessenterne med henvisning til, at jo større lokalt ejerskab der er til et projekt, desto større chance er der for succes, og som sygeplejerske, der arbejder ud fra en sundhedsfremmende tankegang, er jeg helt enig.

Kommunerne har en stor opgave i at danne rammer for den udvikling, og her skal sygeplejerskerne være lydhøre over for, hvad borgerne ønsker, og viderebringe dette til det politiske system.

Når den enkelte borger har et ejerskab til et projekt, vil borgeren involvere sig og udvikle handlekompetencer for dermed at blive en aktiv aktør i sin egen forebyggelsesindsats og opnå en sundhedsfremmende effekt.

Vi kommunerne undgå, at størstedelen af hospitalsindlæggelser skyldes livsstilssygdomme, skal de komme i gang med nye og anderledes tilbud, end vi tidligere har set.

Kommunerne må bruge penge på forebyggelse, de må tænke langsigtet og tænke på, hvad den sundhedsfremmende effekt er hos den enkelte og ikke kun på økonomien her og nu.

Sundhedsstyrelsen har annonceret en kampagne for styrketræning til ældre, og her kan de udendørs træningspladser, som er begyndt at dukke op, være et godt tilbud som alternativ til indendørs fitnessstræning.

Motions- og Mødestedet, som de også kaldes, inddrager de frivillige og brugerne, som i samarbejde med professionelle fagfolk skaber engagement, ejerskab og vedvarende aktiviteter.

Disse udendørs træningssteder kan gøre det nemt for ikke så motionsvante at få gratis og lettilgængelig motion, som kan forebygge mange livsstilssygdomme.

Vi skal som sygeplejersker være med til at påvirke kommunerne til, at alle i samfundet får mulighed for forebyggende tilbud, for at ulighed i sundheden ikke bliver større og større.

Ingeborg Byskov er ansat på Pensions- og Omsorgskontoret Vanløse/Brønshøj/Husum, Københavns Kommune.

Protest mod billeder

Af Inge Margrethe Bavgård-Larsson,
sygeplejerske

Kommentar til illustrationerne til temaet "Plejehjemsbeboere og prostitution" i Sygeplejersken nr. 3/2008.

H Faglige og saglige artikler behøver ikke pornografiske illustrationer. Men jeg har boet i udlandet siden 1955 og har måske for svag kontakt med dansk kultur og åndsliv.

Én gang tidligere har jeg protesteret mod tidsskriftets billedmateriale. Af svaret fremgik det, at tidsskriftets journalistik var næsten uafhængig af Dansk Sygeplejeråd som sådan.

Dengang drejede det sig om et fotografi af vort emblem som tatovering. Jeg anså det for krænkende. Som ung elev havde jeg på Sønderborg Statshospital i 1944-45 taget imod fanger fra koncentrationslejrene i Neuengamme og Buchenwald med fangenumrene tatoverede på håndleddene. Men nu er kropsindgraveringer jo "inde". Højeste mode!

Inge Margrethe Bavgård-Larsson er pensioneret sygeplejerske.

UDDANNELSER I UDVIKLING

Tag en et-årig uddannelse som senioridrætskonsulent



Du kan:

- udvikle nye projekter inden for fysisk aktivitet og bevægelse for ældre
- lære om aldring, fysisk aktivitet, træningsformer og effekter
- fremme seniorers aktivitetsmuligheder
- tage uddannelsen på deltid

Målrettet foreningsinstruktører, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sygeplejersker, SOSU-assistentpædagoger fitness- og sundhedsmedarbejdere

**Info-møde d. 2. april kl. 16.30
på Blangstedgårdsvej 4
5220 Odense SØ**



Rygestoptilbud nu

Af Steffen Hogg Christensen, sygeplejerske

Alle patienter, som ønsker det, skal have mulighed for hjælp til rygestop på hospitalet. Men sådan fungerer det ikke i dag.

Spørgsmålet er, om vi svigter rygerne, og om vi lever op til sundhedslovens bestemmelser om at lave såkaldt patientrettet forebyggelse, når der ikke er systematiske og gennemprøvede tilbud om rygestop på hospitalerne.

Der findes ingen officielle data på, hvor mange patienter som er rygere, men spørger man hjertesygplejerskerne, siger de, at 70 pct. af patienterne gør det. Spørger man plejepersonalet på en apopleksiafdeling, gør 70-80 pct. af patienterne det. I lungeambulatoriet er næsten alle patienter rygere.

Der er tilbud på hospitalerne om hjælp til rygestop, men tilbuddene er meget forskellige fra hospital til hospital. Det samme er kvaliteten af rygestoprådgivningen.

Det er ikke godt nok.

Som på alle andre hospitaler er det vores mål på Frederiksberg Hospital at spørge alle patienter til deres rygning, men vi fokuserer måske mere på, at rygerne skal kende og bruge hospitalets muligheder for rygestop.

Vi har derfor det mål, at der på alle afde-

linger uddannes minimum to rygestoprådgivere, således at alle patienter let kan komme i kontakt med en rygestoprådgiver under deres indlæggelse, uanset hvor på hospitalet de er indlagt. Med det seneste netop uddannede hold på 17 rygestoprådgivere har vi næsten nået målet med to rådgivere på hver afdeling.

Hospitalet har desuden ansat en rygestopkoordinator, hvis formål er at koordinere, undervise, motivere og fastholde fokus på rygestopindsatsen over for patienterne.

Ledelsen og organiseringen af rygestop på hospitalerne er (endnu) en oplagt opgave for sygeplejersker. Lad os som faggruppe prøve at løfte denne store opgave og øge livskvaliteten markant for mange patienter.

Steffen Hogg Christensen er rygestopkoordinator og rygestoprådgiver på Frederiksberg Hospital.

Svar

Af Connie Kruckow, formand

Kære Steffen Hogg Christensen!

Det er nogle meget relevante tiltag, I har iværksat på din arbejdsplads. Dansk Sygeplejeråds forslag til en "National Handleplan for Sundhedsfremme og Forebyggelse" læg-

ger også op til, at flere sundhedspersoner på sygehuse og i kommuner skal uddannes til at rådgive patienterne om rygestop.

For nylig var jeg inviteret til at præsentere Dansk Sygeplejeråds synspunkter for regeringens nye forebyggelseskommission. Et af mine budskaber var netop, at sygeplejerskerne på sygehuse og kommuner har et stort potentiale, som kan udnyttes mere målrettet i forebyggelsesindsatsen. Målet er, at de positive erfaringer fra bl.a. din arbejdsplads bliver spredt mere systematisk.

Du skriver, at det ikke er godt nok, at forebyggelsesindsatsen varierer så meget, som den gør. Det er jeg fuldstændig enig i. Årsagen er bl.a., at sundhedsvæsenet mangler konkrete mål for, hvor meget risikofaktorerne skal nedbringes.

Konsekvensen er, at folkesundheden i Danmark halter et godt stykke efter de lande, vi normalt sammenligner os med. Middellevetiden er for kort, og danskerne har for få leveår med godt helbred.

Derfor understregede jeg over for forebyggelseskommissionen, at sundhedsvæsenet har brug for nationale, konkrete og målbare mål for både den borger- og patientrettede forebyggelse. Kommuner og regioner skal forpligtes til at leve op til målene. Det kræver naturligvis en økonomisk saltvandsindsprøjtning til forebyggelsen.

SYGEPLEJERSKER

- HJEMMEPLEJE
- SYGEHUSE
- PSYKIATRI


... i hele Region Sjælland

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

SOS  **VIKAR**

NÆSTVED: Frejasvej 8 · 4700 Næstved · Telefon 5577 8208 · Telefax 5577 8209 · www.sosvikar.dk · sos@sosvikar.dk
MARIBO: Østergade 49 · 4930 Maribo

Henriette Fallows Høgdal

 *Henriette Fallows Høgdal* sov stille ind den 13. december 2007 efter seks måneders sygdom. Hun blev kun 44 år.

Vi lærte Henriette at kende på Sygeplejerskolen i Århus marts 1987.

Vi kom i læsegruppe sammen, og efter endt uddannelse blev vi ved med at mødes. Vi har haft mange gode timer sammen med sygeplejefaglige diskussioner, hyggesnak om alt mellem himmel og jord og har fulgt med i hinandens liv – glæder og sorger.

Henriette var et livstykke, et positivt og optimistisk menneske. Hun havde en stor omgangskreds og holdt af fest og farver.

Henriette arbejdede i hjemmeplejen i mange år og var vellidt af klienter og kollegaer.

Henriettes to børn *Nick* og *Laura* var hendes store glæde. Hun var en meget omsorgsfuld og kærlig mor, der gjorde alt for at give sine børn tryghed i hverdagen.

Henriette, vi savner dig rigtig meget, og vores tanker går til dine børn, din mand og din familie.

*Inge Nissen, Tina Ravn Skaarup og
Yvonne Hølmer-Hansen.*

”Arbejdsmarkedets sundhedsforsikringer, som nu omfatter en halv million lønmodtagere, er stort set penge ud ad vinduet. Det kommer af, at køen til behandling i sundhedsvæsenet, som forsikringerne giver mulighed for at springe over, er afskaffet.”

Socialrådgiver *Gunvor Auken*, Information den 26. marts 2008.

>>> HVAD MENER DU

www.sygeplejersken.dk

Nyt spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:

Er du nogensinde bekymret for, om der er skadelige stoffer i dit arbejdsmiljø?

Læs artiklerne om kemoallergi i dette nummer, side 16-21.

Svar på spørgsmål stillet i Sygeplejersken nr. 5/2008:

Skal Danmark ligesom Norge have sundhedsplejersker for de 16-20-årige?

Svar	antal	pct.
Ja	164	68
Nej	53	22
Ved ikke	24	10
I alt	241	100

>>> SKRIV KORT

Skriv kort, når du vil deltage i debatten i *Sygeplejersken*.

Et debatindlæg må maksimalt være på 1.800 tegn uden mellemrum. Længere indlæg forkortes af redaktionen.

Der henvises generelt til regler for debat i *Sygeplejersken* på www.sygeplejersken.dk under "Manuskriptvejledning."

Debatindlæg sendes til:

Sygeplejersken, Sankt Annæ Plads 30,
Postboks 1084, 1008 København K,
eller via e-mail til: redaktionen@dsr.dk

ANSØGNINGSFRISTEN ER 15. MAJ

MASTER I SUNDHEDSIT

IT-Universitetet udbyder nu en mastergrad i sundhedsIT. Deltidsuddannelsen er skabt i tæt samarbejde med sundhedssektorens parter, og henvender sig til dig der, som sygeplejerske, læge, jordemoder eller fysio/ergoterapeut, har IT tæt inde på kroppen i hverdagen. Studiet udstyrer dig med analytiske redskaber, der gør dig i stand til at fungere som forandringsagent på din arbejdsplads. Fokus ligger på samspillet mellem teknologi og organisation.

Læs mere og find ansøgningsskema på www.itu.dk/sundhedsit



IT-Universitetet
i København

IT-Universitetet er Danmarks yngste universitet. Vi ihelliger os 100% den digitale verden – fra kommunikation og gaming, over business til design af software.

IT-Universitetet · Rued Langgaards Vej 7 · DK-2300 København S · www.itu.dk

ER DU ALLEREDE SYGEPLEJERSKE MEN
ØNSKER EN EFTERUDDANNELSE
INDENFOR ERNÆRING OG SUNDHED?

SÅ TAG EN DIPLOMUDDANNELSE PÅ SUHR'S.

Har du en relevant videregående uddannelse,
fx som sygeplejerske, pædagog eller økonom, samt mindst to års erhvervs erfaring?

Så kan du blive optaget på en af vores
diplomuuddannelser. Kom til informationsmøde
torsdag den 24. april kl. 19-20.30

LÆS MERE PÅ WWW.SUHR.S.DK



SUHR'S
i hjertet af København

DEN FLERFAGLIGE PROFESSIONSHØJSKOLE
I REGION HØVEDSTADEN



KONFERENCE

Social ulighed i sundhed

Den 30. april 2008 afholder Dansk Sygeplejeråd konference om social ulighed i sundhed:

Hvordan reducerer vi den sociale ulighed i sundhed – hvilken rolle kan sygeplejerskerne spille? Hvad vil politikerne gøre?

Konferencen sætter bl.a. fokus på, hvad vi ved og hvordan vi kan forebygge social ulighed i sundhed og hvordan sygeplejersker kan medvirke til at reducere den sociale ulighed i sundhed.

Konferencen afholdes på Christiansborg. Tilmeldingsfrist: 16. april 2008. Pris 500 kr. Tilmelding kan ske på

www.dsr.dk under kurser og uddannelse.



Når arbejdet gør ondt



Smør Ibutop® (ibuprofen) creme direkte på de ømme muskler eller led. Ibutop® giver målrettet smertelindring, hvorved du undgår mavegener. Med lavendelolie.

Fås på apoteket.

Actavis Lægemiddelform: Creme. Lægemidlets styrke: 1g IBUTOP® creme indeholder 50 mg ibuprofen (50 mg/g). **Registreringsindehaver:** Dolorgiet Arzneimittel, Otto-von-Guericke strasse 1, D-53754 St. Augustin, Bonn, Tyskland. **Dansk repræsentant:** Actavis Nordic A/S, Ørnegårdsvej 16, DK-2820 Gentofte, tlf. 72 22 31 31. Her fås fuldt produktresumé. **Indikationer:** Anvendes mod lokale inflammatoriske lidelser. **Kontraindikationer:** IBUTOP® creme må ikke anvendes af patienter med astma uløst af acetylsalicylsyre eller lignende stoffer. **Særlige advarsler:** Bør ikke anvendes på meget uren hud, åbne sår eller komme i kontakt med slimhinder og øjne. Bør ikke kombineres med andre lægemidler til anvendelse på huden, eller ved allergi overfor ibuprofen og andre indholdsstoffer i cremen. Bør ikke anvendes til børn under 15 år uden lægens anvisning. **Graviditet og amning:** Bør ikke benyttes af gravide de sidste tre måneder inden forventet fødsel. Kan anvendes under amning. **Dosering:** 4-10 cm IBUTOP® creme masseres ind i huden på det angrebne område 3-4 gange i døgnet eller som foreskrevet af læge. Det anbefales at vaske hænder efter brug. **Bivirkninger:** Topikal anvendelse medfører overfølsomhedsreaktioner hos ca. 2% af patienterne i form af udslæt på huden, kløe eller andre eksemilignende irriteringer. **Opbevaring:** Ved almindelig temperatur. **Pakningsstørrelser:** IBUTOP® creme leveres i 50 g samt 100 g tuber. Læs desuden indlægsedlen i pakningen omhyggeligt. **Udlevering:** HF.



School of Education
University of Aarhus

Danmarks
Pædagogiske
Universitetsskole

MASTER-
UDDANNELSE
EFTERÅR 2008

- Generel pædagogik
- IT-didaktisk design
- Pædagogisk antropologi
- Pædagogisk filosofi
- Pædagogisk psykologi
- Pædagogisk sociologi
- Didaktik inden for dansk, matematik, materiel kultur og musikpædagogik.

Der er informationsmøder i Århus den 15. april og i København den 22. april.

Læs mere på www.dpu.dk/kandidat

ER DU GLAD FOR SYGEPLEJEN men længes efter at arbejde under andre rammer?

- Ønsker du større viden om muskel, nerve og knoglevæv?
- Søger du en helhedsorienteret tilgang til bevægeapparatet?
- Har du behov for mere fleksible arbejdstider?
- Trives du med gymnastik og bevægelse?
- Betyder tid til det enkelte menneske noget for dig?
- Er du visions- & idérig, men mangler et frirum til at føre det ud i praksis?

Vækker ovenstående interesse er vores 1-årige suppleringsuddannelse måske noget for dig!

Læs mere på www.eilbygaard.dk hvor du også kan rekvirere vores uddannelsespejce.

E i l b y g a a r d
SUNDHEDSFREMME & FOREBYGGELSE

EILBYGAARD · BRØNSTED MØLLEVEJ 102 · 7080 BØRKOP · TLF 2624 8139
WWW.EILBYGAARD.DK · EMAIL: INFO@EILBYGAARD.DK

SYGEPLEJERSKEN

>>> FAG

Fagtanker >> 42

Faglig information >> 42

Resuméer >> 43

Agenda >> 55

Testen >> 56

Anmeldelser >> 70

5 faglige minutter >> 76

Fra kontrol til frihed >> 44

Videnskab & Sygepleje

Udviklingen af den palliative indsats i Danmark i perioden 1985-2001 og forestillinger om den gode død >> 58

Professionel tilgang til palliation >> 50

FOTO: SØREN SVENDSEN

>>> FAGTANKER

Godt, at sygeplejersker undrer sig

"Frihed er det bedste guld". Sådan hedder en sang fra 1439. Frihed er også guld værd for diabetesbørn og deres familier. Det fortæller forfatteren i artiklen "Fra kontrol til frihed" side 44.

I 2005 startede diabetesteamet i Randers et projekt med insulinpumper til to børn. Erfaringerne var ualmindeligt positive og førte til ændrede behandlingsprincipper hos alle diabetesbørn tilknyttet børneafdelingen. Familierne er yderst tilfredse og beretter om børn, der i løbet af kort tid får markant bedre livskvalitet og en frihed, de ikke har haft før. Børnene i basal bolusbehandling kan sove længe og spise, når de har lyst, og deres evne til at få og beholde venner bliver bedre, fordi et svingende blodsukker ikke giver humørsvingninger og ødelægger koncentrationsevnen.

Et enkelt barn blev markant bedre i skolen og endte som en af de dygtigste i klassen efter tidligere at have fået specialundervisning.

Sygeplejerskerne i diabetesteamet undrede sig. Deres undren førte til et projekt, der førte til ændrede behandlingsprincipper og stor tilfredshed i familierne.

Det er godt for patienterne, når sygeplejersker undrer sig.



Jette Bagh

Jette Bagh,
sygeplejerske,
fagredaktør.

Ph.d.-afhandling Sundheds- professionel supervision

AF HELLE MERETE NORDENTOFT, SYGEPLEJERSKE, SUNDHESPROFESSIONEL SUPERVISOR, CAND.COMM.

Helle Merete Nordentoft, sygeplejerske, cand.comm., forsvarede fredag den 25. april 2008 kl. 13.15 afhandlingen "Doing Emotion Work, Clinical Supervision in a Palliative Outpatient Ward". Forsvaret finder sted i lokale U91 på Syddansk Universitet i Odense.

Sundhedsprofessionel supervision beskrives på den ene side som et forum, hvor deltagernes refleksivitet og professionelle modenhed kan vokse. På den anden side mener kritikere, at supervision blot er "en følelsesmæssig ventil", hvor de ansatte får aflastning for følelsesmæssige spændinger i deres arbejde. Indtil denne afhandling er det dog ikke blevet udforsket, hvordan følelser italesættes i sundhedsprofessionel supervision, og hvordan deltagerne håndterer følelser i deres praksis efter supervision. Afhandlingens fund er baseret på etnografiske observationer i en palliativ afdeling og analyser af videooptagelser af tværfaglige supervisionsseancer og konferencer før og efter introduktionen af supervision.

Afhandlingen konkluderer, at sundhedsprofessionel supervision kvalificerer faglig udvikling på arbejdspladsen gennem systematiske refleksioner over, hvorfor følelser/problemer opstår, og hvem de tilhører. Supervision synliggør, hvilke personlige og professionelle følelser der vækkes i praksis, og belyser en af de store udfordringer i omsorg og pleje: at adskille egne behov fra patienternes. Afhandlingen argumenterer for, at disse refleksioner kan være med til at frigøre ressourcer til og befordre faglig udvikling i arbejdslivet ved at forebygge stress og udbrændthed. Beskrivelsen af supervision som "en følelsesmæssig ventil" giver således et forenklet billede af supervision, som denne afhandling nuancerer.

*Helle Merete Nordentoft er ansat på
Forskningsenheden i Vejledning, DPU,
Tuborgvej 164, 2400 København NV,
telefon: 8888 9506;
hnpj@dpu.dk*

Opponenter/bedømmelsesudvalg

Professor Elisabeth Severinsson, Stavanger Universitet.
Universitetslektor Björn Nilsson, Skövde Högskola.
Lektor Gitte Rasmussen Hougaard, SDU.

Vejledere

Lektor Dennis Day.
Lektor Betina Dybbroe.

Lean gør hverdagen nemmere for patienter og personale

AF POUL HOLT PEDERSEN, CAND.SCIENT.ADM., OG MALENE HAAGEN OLSEN, SYGEPLEJERSKE

Artiklen henvender sig til sygeplejersker, som ønsker at forenkle arbejds gange efter leanmetoden. Artiklen er baseret på et konkret projekt på Psykiatrisk Center Bispebjerg, og hovedbudskabet er, at lean nytter, også når metoden praktiseres i korte, intensive forløb.

Hvordan kan en bilfabriks metoder optimere hverdagen til glæde for personale og patienter i sundhedssektoren?

Psykiatrisk Center Bispebjerg er begyndt at mærke landstendensen med personalemangel blandt speciallæger og sygeplejersker. Centrets optageområde i København Nordvest er almindeligt anerkendt som landets mest belastede optageområde. Det betyder, at patienterne er meget syge og derfor stiller store krav til personalet.

Centret har pga. disse omstændigheder et særligt behov for at minimere spild og fokusere på værdiskabende processer, så der frigives tid, som medarbejderne kan bruge på andre opgaver.

Mens andre virksomheder ofte anvender leanmodellen i meget langvarige og store projekter (1,2), kører centret primært med korte leanforløb med fokus på enkeltområder. Dvs. en meget aggressiv metode, der til gengæld giver mange her og nu-resultater.

Centrets normale leanprojektform kører over en uge ad gangen og involverer 5-8 medarbejdere fra det afsnit, der er i fokus. I løbet af ugen belyses og analyseres afsnittets arbejdsprocesser med henblik på forbedring. Resultaterne af dette arbejde og de idéer, der dukker op undervejs, afrapporteres, implementeres og evalueres efterfølgende.

Projektugen begynder med, at deltagerne mødes med en af centrets to projektledere, der starter med overordnet at forklare leanmodellen og gennemgår dens praktiske værktøjer. Derefter interviewer projektgruppen de resterende kollegaer, patienter, pårørende og samarbejdspartnere i det pågældende afsnit.

Interviewet fokuserer på hver enkelt del af arbejdsdagens processer. F.eks. interviews en praktiserende læge om overdragelse af patienter

efter endt udskrivelse, sekretæren interviews om udsendelse af epikrise, lægen interviews om diktering af epikrise osv. Processerne belyses baglæns for at bringe viden og erfaring videre til det forudgående procesled.

De informationer, der er hentet gennem de forskellige interview, behandles af projektgruppen, hvorefter der arbejdes med ændringer af de nuværende arbejdsprocesser. Som hovedregel implementeres ændringerne umiddelbart efter weekenden.

De første projekter med denne metode har allerede givet meget gode resultater. Bl.a. er det lykkedes at nedbringe den faste mødeaktivitet markant, der er udarbejdet faste skabeloner og instrukser for mange arbejds gange, og opgaver er overdraget fra læger til sygeplejersker.

Ved at springe en masse unødige led over er det endvidere lykkedes at fjerne mange oparbejdede bunker af f.eks. uskrevne journaler varigt og øge produktiviteten i form af flere ambulante besøg. På den måde er lean blevet til gavn for både patienterne og medarbejderne.

Centret evaluerer altid et leanforløb ved hjælp af spørgeskemaer. De foreløbige målinger viser, at medarbejderne har fundet leanprojekterne meget tilfredsstillende.

Centret vedligeholder et idékatalog med registrerede forhindringer og forslag til ændringsforslag. Der er p.t. over 170 emner i dette katalog, som ligger frit tilgængelig på Psykiatrisk Center Bispebjergs hjemmeside til inspiration for andre: www.psykiatri-regionh.dk > Centre > Bispebjerg > Forskning og Kvalitet > Udvikling > Lean transaktionsprocesforbedringer > Information: Databank forforhindring

Poul Holt Pedersen og Malene Haagen Olsen er ansat som projektledere på Psykiatrisk Center Bispebjerg; mho02@bbh.regionh.dk

Litteratur

1. Womack JP, Jones DT. Lean Thinking. London: Free Press; 2003.
2. Eriksen M. m.fl. God leanledelse i administration og service. København: Børsen; 2005.

Forbedring af livskvalitet hos patienter i hæmodialyse



Yueh-Ching L, Shiow-Luan T, Tsae-Jyy W. Group intervention to improve quality of life in haemodialysis patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16(11c):268-275.

Formål: At undersøge om en gruppeintervention bestående af et psykosociale undersøgningsprogram i forhold til patienter i hæmodialyse reducerede forekomsten af depression og øgede patienternes egenomsorgsevne og livskvalitet.

Metode: I denne undersøgelse fra Taiwan indgik der 48 patienter, hvoraf 47,9 pct. var mænd. Patienterne var blevet behandlet med hæmodialyse i gennemsnit 48,9 måneder, da de indgik i undersøgelsen. Ved randomisering blev de delt i to grupper. Interventionsgruppen indgik i et program, der omfattede otte gruppesessioner af to timers varighed én gang om ugen. Formålet med programmet var at fremme en positiv sundhedsadfærd for derved at forbedre helbredsstatus, fremme en positiv livsstil og reducere symptomer på sygdommen. Kontrolgruppen modtog de sædvanlige plejetilbud. Effekten af programmet blev undersøgt ved hjælp af spørgeskemaer til patienterne før forløbet og en måned efter programmets afslutning. Besvarelserne blev opgjort statistisk.

Resultater: Patienterne, som deltog i gruppeinterventionen, scorede signifikant højere inden for områderne egenomsorgsevne og livskvalitet og havde også signifikant færre tegn på depression.

Bemærkninger: Det er interessant, at denne sygeplejeintervention havde så stor effekt. Desværre er patienterne kun fulgt en måned, så man ved ikke, hvor længe effekten varer ved, og om opfølgning er nødvendig.

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

Artiklen henvender sig til børnesygeplejersker og sundhedsplejersker. Hovedbudskabet er, at diabetesbehandling hos børn efter basal-bolus-princippet med enten pen, insuflon eller pumpe medfører mere frihed hos børnene og deres familie og stabile blodsukre. Artiklen udspringer af erfaringer på børneafdelingen, Regionshospitalet Randers.

Fra kontrol til frihed

AF LISSY DOKTOR, SYGEPLEJERSKE, DIPLOM I LEDELSE, OG BENTE FOGH, SYGEPLEJERSKE, SD • FOTO: SØREN SVENDSEN

”For første gang siden *Mikkel* fik diabetes for fem år siden, har vi igen en dreng, der synes, livet er værd at leve.” Så klart udtrykte en mor sig, to måneder efter deres dreng på ni år havde fået insulinpumpe. Kommentarer som denne fra diabetesbørn og deres forældre viser klart, at diabetesbehandling ikke kun er et spørgsmål om god metabolisk kontrol, men at oplevelsen af livskvalitet er lige så vigtig.

En fastlåst hverdag ændres

I diabetesteamet på børneafdelingen, Regionshospitalet Randers (se boks 1 herunder), hørte vi tidligere familierne fortælle om en hverdag i fastlåste strukturer, hvor både barnet og resten af familien var underlagt behandlingens restriktioner. Hverdagen var præget af afsavn og ubehag af svingende blodsukkerværdier, og familierne oplevede frustrationer over ikke at have kontrol, selvom de anstrengte sig ihærdigt for at gennemskue og forstå helheden i sygdommen.

I 2005 igangsatte vi derfor et lille projekt med insulin-

pumper til diabetesbørn, da vi kunne se muligheder for en individuel tilpasset behandling med bedre metabolisk kontrol og reduktion af generne ved svingende blodsukkerværdier.

To børn blev tilbudt insulinpumpe, og allerede efter få ugers behandling kunne familierne fortælle om markante forbedringer, ikke kun på blodsukkerværdierne, men på hele familiens hverdag. Senere begyndte vi at anvende principperne fra insulinpumpebehandlingen til de øvrige diabetesbørn under brug af insulinpen, nye insulinanaloger og insuflon (1).

Det blev starten på et udviklingsforløb, vi ikke i vores vildeste fantasi havde forestillet os. Vi fik den ene positive tilbagemelding efter den anden fra familierne, hvor de beskrev et liv før og efter:

- ”Friheden til at rykke måltiderne efter familiens aktiviteter betyder utrolig meget. Nu kan vi spise sammen, selvom det er blevet lidt sent.” (Forældre til dreng på otte år).
- ”Vi har ikke oplevet hende så glad i lang tid. Mor og lillebror har fået flere knus den sidste uge, end de har fået de sidste to år tilsammen!” (Forældre til pige på otte år).
- ”Det bedste er, at jeg kan spise ligesom de andre, når jeg er til børnefødselsdag.” (Dreng, 10 år).
- ”Nu skal jeg ikke ind og spise, inden frikvarteret er slut, men kan spille fodbold sammen med de andre, til det ringer ind.” (Dreng, ni år).

I diabetesteamet og hos familierne voksede motivationen og engagementet, og i dag – to år efter – har udviklingen vendt op og ned på børnediabetesbehandlingen i Randers. Før fik næsten alle børn den traditionelle behandling, men i dag er det under 2 pct. De øvrige børn behandles efter basal-bolus-princippet, enten med pen og insuflon eller med pumpe. Alle børn med nykonstateret diabetes behandles efter disse behandlingsprincipper, da

>>> BOKS 1. BØRNEAFDELINGEN PÅ REGIONSHOSPITALET RANDERS

Afdelingen består af en børnemodtagelse/et observationsafsnit med fire senge, et børneafsnit med 18 senge, et børneambulatorium med ca. 4.200 besøg årligt samt et neonatalafsnit. Der er aktuelt tilknyttet 85 børn og unge med diabetes til afdelingen. Nogle sygeplejersker indgår i team omkring sygdomsspecialer, f.eks. astma og diabetes, og har en særlig viden inden for det pågældende område. Teamsygeplejersken sikrer kompetencen i det gode patientforløb ved at arbejde i såvel sengeafsnit som ambulatorium. De sikrer desuden uddannelse og vidensdeling i personalegruppen. Diabetessygeplejersken (sygeplejersken i diabetesteamet) har en fremtrædende rolle i undervisning og vejledning af familien. Diabetesteamet består af to overlæger, en yngre læge under uddannelse til speciallæge i pædiatri, fire sygeplejersker, en socialrådgiver, en diætist og en diabetespsykolog.



Insulinpumpen sidder fast på huden og via et kateter føres insulin ind i underhuden, hvorfra det optages i blodet. Pumpen er indstillet til at give personen et vist antal enheder insulin pr. tidsinterval døgnet rundt = basalinsulin. Ved måltiderne måles blodsukkeret, og personen aktiverer selv pumpen og tilføjer de ekstra enheder insulin, der passer til måltidets indhold af kulhydrater = bolusinsulin.

vi betragter det som uetisk at benytte den traditionelle behandling med vores nuværende erfaring (2) (se boks 2 side 47 for principperne i de forskellige behandlingstyper).

Motiverede børn og forældre

Efter vi indførte insulinpumperne, udstrålede familierne engagement og begejstring og var meget motiverede for at tage ansvar for egen behandling, og i diabetes-teamet diskuterede vi, hvad der i bund og grund drev dette overskud, der gør barnet og familien i stand til at overvinde næsten alle besværligheder, selvom de skal gøre et større arbejde i form af flere blodsukkermåln-

ger og flere injektioner med hurtigtvirkende insulin (se boks 3 side 48 for kulhydrat- og korrigeringsreglen).

I familiernes beskrivelser så vi to ord, der gik igen – frihed og livskvalitet – to ord, som sjældent forbindes med traditionel insulinbehandling til børn. Nudansk ordbog definerer bl.a. frihed som ”en tilstand, hvor man selv bestemmer, uden at være kontrolleret af andre (og) en tilstand, hvor man ikke er belastet af noget uønsket”, og livskvalitet defineres bl.a. som ”en værdi i tilværelsen, der ikke er betinget af materielle ting, (og) sygdom kan reducere folks livskvalitet betydelig”.

Familiernes beskrivelser svarede til ordenes definition. Flexibiliteten i basal-bolus-behandlingen giver friheden »

”Fleksibiliteten i basal-bolus behandlingen giver friheden til selv at bestemme uden at være kontrolleret eller belastet af den traditionelle behandlings restriktioner og krav om struktur.”

» til selv at bestemme uden at være kontrolleret eller belastet af den traditionelle behandlings restriktioner og krav om struktur. Og familierne oplever bedre livskvalitet, fordi de er befriet for det tunge åg, som konsekvenserne af den traditionelle behandling har lagt på deres skuldre. Frihed og oplevelse af livskvalitet giver således overskud i hverdagen, som forældrene demonstrerede ved at være aktive i processen, og som har resulteret i en bedre metabolisk kontrol.

Frihed til spontane indfald

Nogle af de ting, familierne værdsætter mest, er bl.a. friheden til at spise frit, dvs. kunne spise, når man er sulten, og lade være, når man ikke har lyst (selvfølgelig efter samme anbefalinger som for ikkediabetikere). Desuden friheden til at sove længe, når man har lyst til/brug for det, fordi det er muligt at rykke morgeninsulininjektionen til senere på formiddagen. Især for de større børn/teenagere er dette en vigtig ting og har vist sig at være en god indfaldsvinkel til dialog om diabetesbehandling hos denne patientgruppe. Følelsen af at kunne gennemskue

behandlingen og forudse resultat/virkning af insulin/mad giver overblik, så der kan træffes kvalificerede valg, også ved spontane indfald. Nu er det diabetikeren, der styrer sygdommen og ikke omvendt (se boks 4 side 49 for et eksempel på udregning af et barns insulinbehov).

Stikkeangst er en kendt problemstilling hos børn, og anvendelse af insuflon afhjælper både dette problem og konflikter med forældrene, der tidligere har måttet gøre overgreb på deres barn for at kunne give den nødvendige insulin, men nu føler en kæmpe lettelse. Samtidig er det lettere for det mindre barn at deltage i insulininjektionerne, og barnet med insuflon kan inddrages i de praktiske ting meget tidligere – igen noget, der øger barnets og familiens følelse af selv at have kontrollen.

God metabolisk kontrol og større velvære

Børn med en pæn HbA1c på den traditionelle behandling – og derved betragtet som velbehandlede – beskrev store ændringer i følelsen af velvære efter omstilling til basal-bolus-behandling. Deres HbA1c forblev uændret eller steg en lille smule i starten, men barnet og familien beskrev markante forbedringer for barnets almene velvære. Forældrene brugte ofte vendinger som ”de havde fået et helt andet barn”, eller ”nu kan vi kende ham/hende igen”. Barnet havde ikke længere humørsvingninger grundet svingende blodsukkerværdier, hvilket tidligere gav konflikter med søskende, forældre og kammerater, men var langt mere harmonisk i takt med opnåelse af et stabilt blodsukker. Forældrene beskrev tilbagemeldinger fra skolen om markant faglig fremgang, i et enkelt tilfælde så markant en fremgang, at barnet gik fra at have behov for ekstra undervisning til at være en af de dygtigste elever i klassen. Det gav os et billede af, hvor store konsekvenser svingende blodsukker har for evnen til at koncentrere sig og dermed for et barns indlæringssevne og udvikling.

Vi har da også set en markant forbedring i den metaboliske kontrol vurderet ud fra gennemsnitsværdien af HbA1c for vores samlede patientgruppe. Aktuelt (november 2007) har vi landets laveste HbA1c ud fra data registreret i den nationale database for børnediabetes i Danmark.

Evidens for basal-bolus-princippet

Undervejs har vi spurgt os selv, hvorfor basal-bolus-behandlingsprincippet ikke har været mere brugt, når vi erfarer så positiv effekt på familiernes livskvalitet. En literatursøgning i PubMed Medline med søgeordene ”Quality of life”, ”diabetes” og ”children” og et femårs kriterium viser en begrænset mængde artikler om diabetes og livskvalitet på dansk og generelt meget lidt litteratur i forhold til diabetesbørn og livskvalitet. I de studier, hvor livskvalitet indgår som en af de undersøgte faktorer, er det meste med udgangspunkt i voksnes oplevelse af livs-



Behandling med insulin-pumpe er i princippet enkel, men kræver tilvænning og mange blodsukker-målinger hver dag.

))) BOKS 2. BEHANDLINGSPRINCIPPER I DIABETESBEHANDLING

Traditionel behandling med Mixtardblanding x 2 daglig

Insulinens sammensætning og injektionstidspunkter sikrer kroppen insulin fordelt over hele døgnet. Mixtardblandingernes virkningsprofil gør, at kroppen hele tiden har insulin til rådighed, men på en ufysiologisk måde, hvilket fordrer, at kroppen døgnet rundt og kontinuerligt skal have kulhydrat til rådighed i passende mængder for at opnå et stabilt blodsukker. Optimal kontrol kræver regelmæssig livsførelse, dvs. faste insulininjektioner morgen og aften inden for et afgrænset tidsinterval, regelmæssige måltider fordelt over døgnet (tre større og tre mindre måltider), regelmæssig motion/aktivitet, indtagelse af langsomme kulhydrater (groft brød, grøntsager, pasta) og begrænset indtagelse af hurtige kulhydrater (slik, frugt, lyst brød, kartofler, mælk). Sodemidler anbefales. Ved høje blodsukkerværdier kan tages ekstra hurtigtvirkende insulin, men det kræver forståelse for samspil med den faste insulins virkningsprofil og aktivitetsniveauets påvirkning af kroppens insulinfølsomhed. Der skal altid spises før sengetid samt ved lave blodsukkerværdier, uanset tidspunkt på døgnet og uden hensyn til, om diabetikeren er sulten eller ej. Som udgangspunkt bør blodsukkeret måles før hvert hovedmåltid, før sengetid samt ved behov.

Når insulinen er taget, styrer det resten af dagens måltider og aktiviteter. Samlet kan siges, at insulinen styrer barnets mad og adfærd.

Behandling i basal-bolus-regime

Insulinen doseres, så det efterligner kroppens egen måde at lave insulin på. Dette sker ved at opdele insulinen i henholdsvis basisinsulin og bolusinsulin.

Basisinsulin er den insulin, kroppen har brug for, når man ikke spiser, og bolusinsulin er den insulin, kroppen har brug for til den mad, man indtager – eller mere præcist til kulhydrater. Opdelingen i basal og bolusinsulin giver et mere forudsigeligt blodsukker, hvor det er muligt at gennemskue virkningen, både i forhold til madens virkning på blodsukkeret og i forhold til insulinens virkning på blodsukkeret.

Basisinsulinen er doseret korrekt, når blodsukkeret holder sig stabilt uden for måltiderne, og når blodsukker før og 1½-2 timer efter måltidet (præ- og postprandialt blodsukker) er ens.

Pumpe, pen eller insuflon?

Basal-bolus-regimet kan gives ved hjælp af insulinpumpe med hurtigtvirkende insulin eller ved hjælp af penne med nye langsomtvirkende insulinanaloger og hurtigtvirkende insulin.

Insulinpumpen giver kontinuerligt en lille dosis insulin svarende til kroppens basale behov – det er basalinsulinen. Bolusinsulin tages ved at trykke på pumpen, så den giver den ønskede mængde insulin.

Insulinpumpen giver mulighed for at justere insulin tilførslen døgnet igennem (kan programmeres på forhånd og/eller tilpasses efter omstændighederne), så det matcher diabetikerens faktiske insulin-

behov, og kan dosere i små mængder insulin, hvilket er nødvendigt hos det lille barn.

Ved behandling med pen og insulinanaloger gives basalinsulinen i form af Levemir eller Lantus, og bolusinsulinen i form af NovoRapid (Humalog kan også anvendes).

Ved behandling med pen er der ikke mulighed for at justere basalinsulinen i løbet af døgnet, og bolusinsulinen kan kun doseres med ½ enheds nøjagtighed. Det sidste er en ulempe hos det lille barn med behov for små mængder insulin.

Insuflon er en stor fordel, når der tages mange injektioner, ikke kun af hensyn til stikkeangst, men også af hensyn til ensartet insulinoptagelse og aflastning af vævet.

Kostprincipper i basal-bolus-regime

I basal-bolus-regime kan der spises frit, dvs. der må spises, når man har lyst, eller man kan lade være – der skal ikke spises, fordi man skal. Aktivitet kræver dog, at der spises lidt før og/eller undervejs. Der må spises frit, men selvfølgelig efter de kostanbefalinger, der gælder for børn i øvrigt, dvs. almindelig sund og varieret kost som for alle andre.

Bolusinsulin doseres dels ud fra kulhydratreglen, hvilket er et udtryk for det antal g kulhydrat, der kræver en enhed NovoRapid, og dels korrigeringsreglen, som er et udtryk for, hvor meget blodsukkeret falder på en enhed NovoRapid.

Hver gang man spiser, skal man vurdere (tælle), hvor meget kulhydrat der er i maden og tage NovoRapid herefter. Den givne mængde insulin skal være tilpasset præcist det, man vil spise. Ved et højt blodsukker gives ekstra insulin for at sænke blodsukkeret.

Kort sagt: Hvad koster maden i insulin, og hvad koster blodsukkeret i insulin = den mængde NovoRapid, der skal tages.

Udregning af kulhydrat gøres ved hjælp af madens varedeklARATION og ved hjælp af en variationsliste (Diabetesforeningen udgiver en pjece, der hedder variationsliste, hvor de fleste almindelige madvarer og færdigretter er oplyst med angivelse af kulhydratindhold).

Ved denne behandling følger insulinen maden, og ikke omvendt.

Blodsukkermålinger

Blodsukkermåling er det værktøj, familien (og behandlerne) bruger til at justere insulin doseringen. Blodsukker måles minimum for hvert måltid, dvs. morgen, frokost og aften, før sengetid og evt. om natten. For at tjekke bolusreglerne måles med mellemrum blodsukker både før og 1½-2 timer efter måltiderne. Ud fra blodsukkerværdierne justeres basalinsulinen på plads, hvorefter bolusinsulinen justeres til. Når insulinen er tilpasset og blodsukkerniveauet forudsigeligt, kan antallet af målinger reduceres. Blodsukkerværdierne er og bliver rettesnor for, om man har vurderet og handlet korrekt, og den systematiske monitorering af blodsukker (dvs. målinger på de omtalte tidspunkter) kan genoptages, når som helst der er behov for vurdering og justering af insulinbehov.

”Allerede efter få ugers behandling kunne familierne fortælle om markante forbedringer, ikke kun på blodsukkerværdierne, men på hele familiens hverdag.”

» kvalitet, om end der spores en stigende interesse for, hvilken rolle livskvalitet spiller for udførelse af diabetesbehandling, også i forhold til børn.

Den amerikanske rekommandation for diabetesbehandling fremhæver, at basal-bolus-regimet udført efter anbefalingerne resulterer i et stabilt blodsukker, og anvendelse af regimet, enten vha. pumpe eller multiple injektioner, bør overvejes (3). Et studie fra januar 2007 fastslår, at basal-bolus-regime anvendt med nye insulinanaloger er en sikker og velegnet behandling til børn, især fordi det giver et mere forudsigeligt blodsukker og reducerer antallet af hypoglykæmitilfælde, især om natten (4). Enkelte studier konkluderer, at oplevelse af livskvalitet må give et større overskud til at acceptere og klare de behandlingsmæssige udfordringer, om end det kun omtales i få sætninger (5,6). Den klassiske opfattelse om, at god metabolisk kontrol giver bedre livskvalitet, fremhæves flere steder, men suppleres også med, at metabolisk kontrol ikke bør være den eneste indikator for diabetikerens samlede sundhedstilstand (7,8).

Ligeså er der forskellig opfattelse af, om intensivt insulinregime er stressende og dermed ikke egnet til børn, eller det giver øget velvære (8,9). Det nyeste studie fra september 2007 konkluderer, at der ikke er ét behandlingsregime, der er bedre end et andet, men at det handler om at udnytte mulighederne inden for det enkelte regime (10).

Samlet kan siges, at litteraturen bekræfter, at basal-bolus-regimet er velegnet og sikkert til børn, og at der er en fordel i at udnytte mulighederne inden for det enkelte behandlingsregime. I forhold til vores erfaringer, hvor familiens oplevelse af livskvalitet er en vigtig faktor, der giver overskud til at kunne mestre en krævende diabetesbehandling, findes ingen studier, der bekræfter dette di-



Insulinpumpen kan sidde forskellige steder, her sidder den fast i linningen.

rette, men der findes enkelte sætninger her og der, som understøtter vores erfaringer.

Mere harmoniske børn

Spørgsmålet er da også, om god kontrol giver livskvalitet, eller god livskvalitet giver overskud til god kontrol? Svaret er ikke entydigt, men vores erfaringer de seneste to år har styrket os i, at oplevelse af frihed og muligheder – i stedet for kontrol og begrænsninger – er en vigtig faktor for familiernes livskvalitet. En frihed, der udmøntes i, at barn og forældre får det nødvendige overskud til at håndtere diabetesbehandlingen.

Barnet og familien kan gennemskue behandlingsprincipperne, hvilket gør dem i stand til at styre sygdommen og tage ansvar for egen situation. Belønningen for deres anstrengelser er et mere harmonisk barn, fordi blodsukkerværdierne er mere stabile – et barn, der fungerer i sociale relationer og har bedre indlæring, da koncentration ikke forstyrres af udsving i blodsukker.

Dernæst må vi konkludere, at det blev familiernes

►►► BOKS 3. KULHYDRAT- OG KORRIGERINGSREGLER

Ved udregning af insulinbehov og fordeling af insulin tages udgangspunkt i følgende:

Kroppens gennemsnitsbehov for insulin er 0,7 enheder insulin pr. kg pr. døgn. 50 pct. af gennemsnitsbehovet bruges til at dække kroppens basalbehov.

Kulhydratreglen udregnes ved hjælp af 500-reglen, og korrigeringsreglen udregnes ved hjælp af 100-reglen. Når barnet vokser og tager på i vægt, ændres insulinbehovet, hvilket har afsmittende effekt på såvel kulhydrat- som korrigeringsregler.

Kulhydratreglen: $500/\text{antal enheder insulin pr. døgn} = \text{antal g kulhydrat pr. enhed NovoRapid}$.

Korrigeringsreglen: $100/\text{antal enheder insulin pr. døgn} = \text{antal g kulhydrat pr. enhed NovoRapid}$.

oplevelser og beskrivelser af hverdagen og livskvalitet, der blev styrende for udviklingen i vores diabetesteam, samtidig med at vi holdt fokus på den metaboliske kontrol.

*Lissy Doktor er ansat som udviklingssygeplejerske på Børneafdelingen, Regionshospitalet Randers; ldo@rc.aaa.dk
Bente Fogh er oversygeplejerske samme sted.*

Litteratur

1. Kjeldsen SB. Injektionsporte kan forebygge følgesygdomme til diabetes, Sygeplejersken 2006;23.
2. Regionshospitalet Randers, Børneafdelingens hjemmeside. Diabetes teamet, <http://www.sundhed.dk/wps/portal/s.155/1978?tsId=3099070321115905&agId=1055040812085359&orgId=qNU9dBEAwkNXwoQr> (www.sundhed.dk > Region Midtjylland > Hospitaler > Regionshospitalet Randers > Børneafdelingen > Diabetes Teamet)
3. Silverstein J et al. A Statement of the American Diabetes Association: Care of children and adolescents with Type 1 Diabetes. Diabetes Care 2005; 28.
4. Robertson KJ, Schoenle E, Gucevt Z, Mordhorst L, Gall MA, Ludvigsson L. Insulin determiner compared with NPH insulin in children and adolescents with Type 1 diabetes. Diabetic Medicine 2007; 24 (1) 27-34.
5. Hoey HM. Background and methods for evaluating quality of life in children and adolescents with diabetes. Acta Biomedica 2003; 74; Suppl. 1: 7-12.
6. Vanelli M, Chiarelli F, Chiari G, Tumini S. Relationship Between Metabolic Control and Quality of Life in Adolescents With Type 1 Diabetes. Acta Bio Medica 2003; 74 Suppl. 1: 13-17.
7. O'Neil KJ, Jonnalagadda SS, Hopkins BL, Kicklighter JR. Quality of life and diabetes knowledge of young persons with type 1 diabetes: Influence of treatment modalities and demographics. Journal of the American Dietetics Association 2005 Jan; p. 85 - 91.
8. Wagner VM et al. Age, metabolic control and type of insulin regime influences health-related quality of life in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus. European Journal of Pediatrics 2005; 164 (8).
9. Cameron FF. The impact of diabetes on health-related quality of life in children and adolescents. Pediatric Diabetes. 2005; 4 (3): 132-132-136.
10. de Beaufort CE et al. (The Hvidoere Study Group on Childhood Diabetes). Continuing Stability of Center Differences in Pediatric Diabetes Care: Do Advances in Diabetes Treatment Improve Outcome. Diabetes Care 2007; 30 (9).

))) BOKS 4. EKSEMPEL PÅ UDREGNING AF INSULINBEHOV

Et barn vil spise 1 skive brød og drikke 1 glas mælk. Barnet vejer 35 kg og har målt et blodsukker på 12 mmol/l før måltidet. Det ideelle blodsukkerniveau er 6 mmol/l for barnet.

1. Barnets daglige insulinbehov beregnes ud fra ovenstående, i dette eksempel med udgangspunkt i en vægt på 35 kg: $0,7 \text{ enheder} \times 35 = 24,5 \text{ enheder}$, som afrundes til 25 enheder. Tallet 25 bruges i den videre beregning ud fra 500-reglen og 100-reglen.
2. Beregning af kulhydratreglen ved hjælp af 500-reglen, dvs. $500/25 = 20$. Dvs. for hver 20 g kulhydrat skal barnet have 1 enhed NovoRapid.
3. Beregning af korrigeringsregel ved hjælp af 100-reglen, dvs. $100/25 = 4$, dvs. blodsukkeret falder med 4 mmol/l for hver enhed NovoRapid, der tages.
4. Der tælles kulhydrater (ved hjælp af variationstabel eller varedeklaration): 1 skive brød indeholder 20 g kulhydrat, og 1 glas mælk (2 dl) indeholder 10 g kulhydrat, i alt 30 g kulhydrat.
5. Beregning af måltidsinsulin: Måltidet indeholder 30 g kulhydrat, og barnet skal tage 1 enhed NovoRapid for hver 20 g, dvs. der skal tages $30/20 = 1\frac{1}{2}$ enhed NovoRapid til maden.
6. Beregning af insulin til korrigerig: Blodsukkeret er 12 mmol/l og skal sænkes til 6 mmol/l, dvs. der ønskes et fald på 6 mmol/l. 1 enhed NovoRapid sænker blodsukkeret med 4 mmol/l, dvs. for at opnå det ønskede fald skal der gives $6/4 = 1\frac{1}{2}$ enhed NovoRapid.
7. Den samlede mængde bolusinsulin er således: Maden "koster" $1\frac{1}{2}$ enhed + blodsukkeret "koster" $1\frac{1}{2}$ enhed = i alt skal gives 3 enheder NovoRapid.
8. Blodsukkeret måles igen 1½-2 timer efter måltidet, hvor blodsukkeret gerne skulle være ca. 6 mmol/l.

))) ENGLISH ABSTRACT

Doktor L, Fogh B. From control to freedom. Sygeplejersken 2008;(7):44-9.

The article is based on experiences at the Paediatric Department of Randers Regional Hospital and describes how the perception of freedom and quality of life is of great importance to diabetic children and their parents' ability to master creative treatment. New treatment methods and transparent treatment principles using insulin analogs or insulin pumps make for flexibility and freedom; now the diabetic can control the disease and not vice versa. The literature confirms that basal bolus treatment is suitable and safe for children, although no studies confirm our experience that a perception of freedom and quality of life promote the ability to master. The families' many positive experiences and descriptions of every day life and quality of life guided the development of our diabetic team. As a result, the families have had a far better understanding and take responsibility for the treatment of their diabetic child, which in turn has led to markedly improved metabolic control.

Key words: Diabetes, children, quality of life, basal bolus treatment, mastering.

”Han virker meget orienteret om sin sygdom og sine symptomer, han er helt afklaret med, at han skal dø af sygdommen, og at det nok ikke vil vare særlig længe.”



Nogle af de elementer, der indgår i uddannelsen af nøglepersoner i palliation.

Professionel tilgang til palliation

AF HELLE GAMBORG OG JETTE RIIS, SYGEPLEJERSKER

”Det, jeg lærte engang, dukkede langsomt op igen.” Citatet stammer fra én af de 18 sygeplejersker, som netop har afsluttet uddannelsen som ”Nøgleperson indenfor Palliation”, gennemført af Sankt Lukas Hospice og Hjemmehospice i Hellerup, København (se boks 1 herunder).

Angsten for at blive kvalt

”Jeg møder ham første gang, da han netop er udskrevet fra sygehuset med diagnosen lungecancer og nu installeret med ilt i hjemmet. Han får ni liter ilt på maske døgnet rundt. Han har svær taledyspnø, og han kan kun bevæge sig rundt med stort besvær. Han vil gerne have hjælp til at komme i bad, resten vil han og hustruen selv klare.

Han virker meget orienteret om sin sygdom og sine symptomer, han er helt afklaret med, at han skal dø af sygdommen, og at det nok ikke vil vare særlig længe. Familien har aftalt alt omkring død og begravelse, og hvordan hustruen skal klare sig bagefter.

Næste gang jeg møder patienten, fortæller han mig, at han er angst, og at det er forfærdeligt at have en viden om, at han skal dø. Han vil gerne have hjælp til sin angst – måske med medicin, men lægen vil ikke give ham andet end Phenergan, da alt andet vil påvirke hans sparsomme vejrtrækning og iltoptag.

Jeg taler længe med patienten om, hvad vi kan gøre ved hans angst. Hvad er det præcist, der gør ham angst?

Han fortæller, at det er angsten for at blive kvalt. Hvordan vil selve døden være? Vil han skulle kæmpe med angst og lufthunger, den dag det slutter? Vil han være angst og falde ned fra stolen, mens han bare ikke kan få luft ned i lungerne, men stadig være ved bevidsthed, mens hjertet langsomt vil holde op med at slå på grund af iltmangel?

Alle disse ting fortæller han mig, men jeg føler mig

ikke fuldstændig rustet til at fortælle ham det, han ønsker at høre.

Jeg vil jo gerne være en sød sygeplejerske og beskytte ham lidt med beroligelse. Men som jeg sidder der, noget uforberedt på hans direkte og krævende spørgsmål, bliver jeg enig med mig selv om, at denne mand virkelig kræver at få ren besked.

Jeg fortæller ham om, hvad jeg mener at kunne huske om forgiftning af egne udåndingsgasser medførende tiltagende bevidsthedssvækkelse og død.

Manden takkede mig bagefter mange gange, for endelig vidste han noget om, hvordan han skulle dø, og det virkede til at være en ”sådan nogenlunde angstfri død,” som han sagde. Han virkede derefter langt mere rolig, og jeg følte, vi havde en tæt relation i den korte tid, jeg nåede at kende ham.”

Pinefuldt at mangle viden

Ovenstående patienthistorie er en af de mange cases, der blev gennemgået på nøglepersonuddannelsen i palliation for sygeplejersker fra primær- og sekundærsektoren.

Situationen er kendt for mange, der arbejder med alvorligt syge og døende patienter, og har man som professionel ikke prøvet det før og ikke fået viden om og vejledning i, hvordan netop sådan en situation kan tackles, kan man stå meget magtesløs, famlende og alene med problemet.

Men sygeplejersken fra patienthistorien klarede jo opgaven til patientens tilfredshed, og det efterfølgende forløb var angiveligt roligt og godt. Så hvorfor egentlig bruge flere uddannelsesressourcer på hende?

Sygeplejerskens beskrivelse vidner om, hvor pinefuld situationen var for hende. På uddannelsen fortalte hun også, hvor svært det er at stå tilbage med usikkerheden »

Artiklen henvender sig til sygeplejersker, der arbejder med palliation. Den beskriver en tværsektoriel uddannelse af nøglepersoner i palliation og er skrevet med baggrund i forfatterens erfaringer med uddannelsen.

»» BOKS 1. UDDANNELSESTILBUD

I foråret 2007 tilbød Sankt Lukas Hospice og Hjemmehospice uddannelse af sygeplejersker som ”Nøglepersoner indenfor palliativ behandling, omsorg og pleje af uhelbredeligt syge og døende”. Hensigten med uddannelsen var at uddanne sygeplejersker, som sidenhen kunne benyttes som ressourcepersoner i egen afdeling med speciel viden om palliation. Nøglepersonen skulle efter endt uddannelse fungere som rollemodel for egne kolleger og indgå i et kvalificeret samarbejde med samarbejdspartnere omkring den palliative indsats i afdelingen.

I alt deltog 18 sygeplejersker fra primær- og sekundærsektoren. Uddannelsen forløb over fire måneder med i alt 16 undervisningsdage.

”Jeg vil jo gerne være en sød sygeplejerske og beskytte ham lidt med beroligelse. Men som jeg sidder der, noget uforberedt på hans direkte og krævende spørgsmål, bliver jeg enig med mig selv om, at denne mand virkelig kræver at få ren besked.”

» om, hvorvidt det nu var godt nok, det hun fik sagt. Var der en anden og bedre måde at tale med patienten på? I arbejdet med casen fortalte andre deltagere, at de tilsvarende havde oplevet usikkerhed, når de trådte ind i rummet hos en døende patient eller hos fortvivlede pårørende.

Oplevelsen af ikke at føle sig godt nok rustet kan hos nogle endda medføre, at de vælger helt at trække sig fra døende patienter og så vidt muligt undgår at tale med dem om fremtiden. Dermed svigter de deres opgave, og hverken patienter eller pårørende får den omsorg, som de har krav på.

Sygeplejersker vil gerne kunne trøste og støtte og bare sige nogle få opmuntrende og positive ord. Men hvad skal siges, og hvilke ord skal bruges, når situationen og virkeligheden er ond og barsk?

Hvordan er det muligt at give et menneske tryghed og ro for den fremtid, der venter, uden at forskrække og forstærke angsten for dødsprocessen? Kan højt kvalificerede sygeplejersker nogensinde lære at tackle sådanne situationer, og hvis ja, hvordan lærer man så det?

Langt fra alle døende har brug for at blive tilknyttet et palliativt team eller for at blive indlagt på et hospice. Men alle døende har brug for, at de professionelle kan yde en omsorgsfuld og sufficient palliativ behandling og pleje, uanset om den døende er hjemme, på plejehjem eller på hospital.

Nøglepersonuddannelsen skulle derfor give sygeplejerskerne mulighed for dels at få opdateret deres viden i palliativ behandling og pleje, dels at arbejde med emner, der behandler personlige forhold hos den professionelle i relation til mødet med mennesker i krise og sorg.

Hele den første blok var primært koncentreret om lindringen af de hyppigst forekommende og mest belastende symptomer hos patienter med dissemineret cancer (se boks 2 side 53). Viden om, hvilke gener patienterne kan få, og hvilken behandling og omsorg der kan afhjælpe dem, giver øget sikkerhed i mødet med patienten. Den lindrende behandling er i disse år under konstant udvikling, så også for de deltagere, der havde gennemgået andre kurser i palliation, var der ny viden at hente.

Godt at dele usikkerhed

Kursisternes personlige dimension blev der arbejdet med på flere måder, bl.a. i forbindelse med undervisningen i kommunikation på blok 2 og 3 samt i forbindelse med nøglepersonfunktionerne på blok 4. Desuden arbejdede deltagerne ofte i grupper om cases, primært fra deres egen praksis, for at få så mange nuancer på situationerne som muligt. På den måde blev det tydeligt, at der kunne være flere løsninger på en problemstilling. Når den enkelte deltager fik mulighed for at dele sin usikkerhed med

andre sygeplejersker samt tid til at reflektere over egne handlinger, blev der skabt plads og rum for ny indlæring og forandring. I slutevalueringen af uddannelsen kom det frem, at netop disse øvelser havde været med til at give større sikkerhed i udførelsen af det palliative arbejde.

Indsigt på tværs

På uddannelsen deltog sygeplejersker fra både primær- og sekundærsektoren, halvdelen fra hver. Det var et bevidst valg at have repræsentanter fra begge sektorer med på uddannelsen, så selve uddannelsesforløbet kunne være med til at fremme dialog og samarbejde sektorerne imellem. Mange patienter og pårørende fortæller, at de har følt sig fortabt og svigtet, når ansvar for pleje og behandling er overgået fra den ene sektor til den anden.

Det kan der være mange grunde til. Selv om der er stort fokus på at sikre sammenhængende patientforløb, sker der alligevel svigt. F.eks. at patientens medicinoversigt ikke er sendt med patienten hjem ved udskrivelsen, og hjemmesygeplejersken derfor ikke har en reel chance for at dosere den rette medicin. Eller at den stærkt svækkede patient, der efter eget ønske udskrives til hjemmet for at dø hjemme og udskrives vellindret med peroral medicin og recepter: Patienten bliver efter få timer hjemme dårligere og er ikke i stand til at tage medicinen per os.

Der er ingen ordination eller injektionsmedicin i hjemmet. Modsat kan sygehuset opleve en svært dårlig patient blive indlagt uden en klar indikation for, hvorfor vedkommende er kommet. Måske skulle patienten blot have et par portioner blod og så hjem igen, men da ingen på afdelingen ved noget, må patienten udsættes for en lang og møjsommelig gennemgang af hele sygdomsforløbet, inden der kan handles.

Respektfuldt samarbejde

Ved en af øvelserne under uddannelsen fik sygeplejerskerne mulighed for at lufte deres fordomme om hinandens arbejdsområder, først i sektoropdelte grupper og derefter åbent for hinanden i plenum. Her blev det tydeligt for alle, at der netop eksisterer mange fordomme og myter, samt at der på vigtige områder manglede kendskab til vilkår og muligheder i sektorerne – en ubalance, der uundgåeligt kommer til at præge samarbejdet, og som risikerer at gøre patienter og pårørende til tabere.

Mange hospitalssygeplejersker blev for eksempel overraskede over, hvor mange praktiske barrierer der faktisk er i primærsygeplejerskernes samarbejde med de praktiserende læger, og primærsygeplejerskerne undrede sig over, at der var så mange fra hver profession om patienten, og at ansvaret for patienten ikke kun var placeret ét sted.

Når fordomme erstattes med konkret viden, fremmes

mulighederne for respektfuldt samarbejde. Som fremtidsvision blev fremført et ønske om at tilrettelægge studiebesøg hos hinanden samt andre gode tiltag for at opretholde den forståelse, der var blevet grundlagt (se boks 3 side 54).

Hvordan forandre praksis?

Dette spørgsmål er ikke let at besvare, og vi havde mange overvejelser, inden uddannelsen kunne begynde. At være "Nøgleperson indenfor Palliation" på egen arbejdsplads ville betyde, at den enkelte sygeplejerske skulle have tilegnet en speciel viden om palliation, som patienter og personale kunne have glæde af. De 16 undervisningsdage blev tilrettelagt, så det blev en vekselvirkning mellem teori og praktik.

På den måde blev der skabt mulighed for refleksion over egen praksis. De fire emneopdelte blokke var hver af fire dages varighed med to til fire ugers interval, hvor sygeplejersken var tilbage i egen praksis. I disse mellem-liggende perioder havde deltagerne til opgave at have øje for næste bloks fokusområde samt at skrive en case fra praksis, som relaterede dertil.

Brug pårørendes ressourcer

Kommunikationen med alvorligt syge, som den indledende case giver et eksempel på, etiske dilemmaer og beslutningsprocesser, den åndelige og eksistentielle dimension samt symptomkontrol var alle emner, der blev behandlet af kompetente undervisere. Emnet pårørende valgte vi også at lade fylde rigtig meget, både de voksne pårørende samt børn og unge.

Pårørende er vigtige samarbejdspartnere i plejen af den alvorligt syge og døende patient. De er måske den vigtigste og ofte mest ubenyttede ressource. Patienten og dennes pårørende udgør en familier og social enhed, som er den døendes mest betydningsfulde netværk. Samspillet med de pårørende er derfor altafgørende, ikke alene for den døende, men også for de pårørende og deres senere sorgforløb som efterladte.

Der er ingen tvivl om, at de pårørende vil det bedste for deres nærmeste, og alligevel sker det indimellem, at deres måde at handle på giver en negativ effekt for patienten. Det kan der være mange grunde til, og det er hver gang en udfordring for de professionelle at kunne vejlede, hjælpe og støtte den pårørende, så denne føler sig set og hørt.

Den følgende case fra undervisningen er et eksempel herpå.

En vred og bitter kvinde

"Hr. Andersen har cancer pancreas og har været indlagt i afdelingen flere gange på grund af smerter og anæmi. "

))) BOKS 2. INDHOLD I UDDANNELSEN

Blok 1

Fokusområde: Symptomlindring

- Palliation regionalt, nationalt og internationalt.
- Smertebehandling til alvorligt syge og døende patienter.
- Gastrointestinale gener.
- Væske/ernæring.
- Mundtørhed.
- Dyspnø.
- Vena cava superior-syndrom.
- Hoste, stridor.
- Respiratorisk panik.
- De sidste døgn/timer før dødens indtræden.

Blok 2

Fokusområde: Psykosociale temaer

- Sociale støttemuligheder, juridiske spørgsmål.
- Kommunikation.
- Etiske dilemmaer og beslutningsprocesser i den palliative indsats.
- Sorg og angst.

Blok 3

Fokusområde: Åndelige og eksistentielle temaer samt pårørende

- Den åndelige dimension hos det døende menneske, herunder identitet, livshistorie, mening og religiøs mestring. Støtte og aflastning til pårørende.
- Kommunikation.
- Frivillige i den palliative indsats.
- Børn, unge og sorg.

Blok 4

Fokusområde: Nøglepersonfunktion og samarbejdspartnere

- Den tværfaglige indsats, hvordan ser det ud i jeres praksis?
- Tværsektorielt samarbejde.
- Personalets behov for støtte.
- Hvordan undgå udbrændthed?
- Hvad indebærer rollen som nøgleperson, og hvordan fastholde og udvikle den?
- Sygeplejefaglig vejledning.
- Den praktiserende læges rolle i kræftproblematikken, samarbejde med de palliative specialister.

”Pårørende er vigtige samarbejdspartnere i plejen af den alvorligt syge og døende patient. De er måske den vigtigste og ofte mest ubenyttede ressource.”

» Fru Andersen er stadig erhvervsaktiv, men har meget fleksible arbejdstider og mulighed for at arbejde hjemmefra. Ingen i personalegruppen har nogen god kontakt til fru Andersen til trods for, at hun er kommet i afdelingen gennem længere tid. Hun opfattes af plejepersonalet som en vred, bitter kvinde, der aldrig kan gøres tilfreds i forhold til de ting, der foregår omkring hendes mand. Hun fortæller altid som noget af det første, når hun kommer i afdelingen, hvad plejepersonalet ikke har gjort til tiden, og hvad der mangler at blive gjort inde hos hendes mand. Fru Andersen bliver desuden meget vred og skælder ud på plejepersonalet, når hr. Andersen til måltiderne får lov til at fravælge noget af maden pga. manglende appetit eller kvalme. Hun tilrettelægger derfor ofte sine besøg, så hun er til stede ved måltiderne.

Hr. Andersen er tiltagende svækket af sin sygdom, og hans behov for væske og ernæring er forsøgt diskuteret med fru Andersen; men uden nogen form for enighed.

Når hr. Andersen er alene med plejepersonalet, fortæller han, hvor plagsomt han synes, det er, at hustruen hele tiden vil have ham til at spise og drikke, og at han ønsker, at hun slet ikke kom på besøg.

”Jeg får nogle gange kvalme og opkastfølelser bare af at se hende,” siger han. Hr. Andersen har dog meget svært ved at snakke med sin hustru om disse ting, da han er bange for at såre hende.

Situationen var meget frustrerende for plejepersonalet, og det endte med, at hr. og fru Andersen fik en kontaktsygeplejerske og en fast kontaktlæge, der blev ansvarlige for den videre pleje og behandling.

Sygeplejersken valgte at bruge sin tid på at lære hustruen at kende og lod ofte andre i personalegruppen tage sig af det rent praktiske inde ved hr. Andersen. Samtidig valgte hun også at fortælle fru Andersen, hvordan hendes adfærd i afdelingen virkede på hende. Sygeplejersken spurgte meget ind til, hvordan hun havde det, og hvorledes hun tacklede mandens sygdom, og de talte om, hvordan hr. Andersens sygdomsforløb formentlig ville forløbe.

Det endte med, sygeplejersken fik god kontakt til fru Andersen, og hun fik tillid til, at vi godt kunne passe hen-

des mand. Hun tog herefter på arbejde efter at have besøgt sin mand i afdelingen om morgenen, og væske og ernæring blev ikke længere et vigtigt tema, når hun var på besøg.”

Også denne case vakte stor genkendelighed hos mange deltagere, og uddannelsens fokus på støtten til og samarbejde med de pårørende viste sig velbegrunderet.

Sikre sygeplejersker

En ekstern evaluering af nøglepersonuddannelsen foretaget af KLEO (Kompetence, Ledelse, Evaluering og Organisationsudvikling; og en afdeling under CVU København – Nordsjælland) viste bl.a., at de deltagende sygeplejersker havde fået tilført en langt større viden om palliation, end de tidligere havde haft, og at de nu følte sig bedre klædt på til at løfte opgaven som nøgleperson. Deltagerne tilkendegav, at de også havde fået kvalificeret og styrket den personlige vinkel til at behandle områderne inden for palliation. Dette var en sideeffekt ved uddannelsen, som vi faktisk ikke havde defineret mål for, men som med al tydelighed viste sig lige så vigtig for deltagerne som at få øget viden på området – at sygeplejersken havde fået sikkerhed for, at det, hun gør, er godt nok.

Man bliver aldrig færdiguddannet

Palliation er en dynamisk proces, hvor man aldrig bliver færdiguddannet. At drage omsorg for døende mennesker byder på mange forskellige opgaver. Der er ikke to situationer, der ligner hinanden, netop fordi både selve sygdomsforløbet og samspillet mellem patient og pårørende er forskelligt fra den ene situation til den anden. Det kræver meget af de professionelle, bl.a. at man har stor viden, personlig sikkerhed og en ydmyg tilgang til faget.

Samtidig er det vigtigt at være bevidst om, hvor væsentligt det er at passe på sig selv som professionel, at kunne erkende sin egen sårbarhed, sine egne behov og at respektere disse. Enhver er ansvarlig over for sig selv og den sygepleje, man udfører. Men de rammer, holdninger og værdinormer, der er givet det pågældende arbejde, er afgørende for kvaliteten heraf.

Sankt Lukas Hospice og Hjemmehospice vil fremover være det solide bagland for de uddannede nøglepersoner i palliation, som altid har mulighed for at konferere usikkerheder og tunge sager med os.

Intentionen er endvidere, at nøglepersonerne kan mødes igen én til to gange om året for at udveksle med hinanden, få justeret og tilført ny viden.

Sankt Lukas Hospice og Hjemmehospice arbejder på at skabe grundlag for fremover at kunne udbyde nøglepersonuddannelsen minimum én gang årligt. Næste kursus forventes at blive udbudt i efteråret 2008.

Se www.sanktlukas.dk

»»» BOKS 3. KERNEBUDSKABER

Fem kernebudskaber fra kurset

- Aflæg studiebesøg på tværs af sektorer.
- Lad primær- og sekundærsektor mødes til fælles undervisning.
- Husk fælles evaluering efter afslutning af et kompliceret patientforløb.
- Hav telefonisk kontakt inden overbringelse af en patient.
- Dan netværksgrupper på tværs af sektorerne.

*Af Helle Gamborg og Jette Riis sygeplejersker.
Begge er ansat på Sankt Lukas Hjemmehospice,
Hellerup, København;
hjemmehospice@sanktlukas.dk*

Burkamorgenkåber og sengeræs mod Mekka

Selvfølgelig skal kulturelle, religiøse og sproglige problemer ikke forhindre, at muslimske eller andre patienter får den bedst mulige behandling og pleje, men håbet er ikke, at de i forvejen overbelastede danske sygeplejersker pålægges at tage samme hensyn til muslimske patienter, som sygeplejerskerne på nogle engelske hospitaler er blevet pålagt. Her forventes det, skriver den engelske avis Daily Express, at sygeplejerskerne ud over at sørge for burkamorgenkåber til muslimske kvinder, som ikke vil vise deres ansigt under indlæggelsen, også skal vende senge med muslimske patienter mod Mekka op til fem gange dagligt, så muslimerne kan bede, sådan som Koranen forskriver. Sygeplejerskerne skal også sørge for rindende vand, så muslimerne kan rengøre sig inden bønner på behørig vis og køre sengene på plads. Ingen kommer til at forstå muslimske patienter bedre ved sengevendinger fem gange dagligt.

Læs artiklen i Daily Express på www.express.co.uk > skriv: "nurses told to turn muslims beds to mecca" i search-feltet.

(er)

Søg og du skal finde

I en almen praksis lå en nydelig pjece på skrivebordet: "Adgang til elektroniske tidsskrifter og databaser for sundhedspersonale", lyder det på forsiden. "Regionslicensarbejdet skal sikre, at sundhedspersonale i hele landet får lige og ens adgang til en basispakke elektroniske litteraturressourcer af høj sundhedsvidenskabelig kvalitet. Herigennem sikres bl.a. en kvalitets- og evidensbaseret information til alle dele af sundhedsvæsenet", hedder det videre. Ud over at den sproglige klædedragt ikke er voldsomt dragende, er det et prisværdigt initiativ, der her er taget. Folkeoplysning, ganske enkelt.

Artiklen "Barrierer for anvendelse af forskning blandt kliniske sygeplejersker" bragt i *Sygeplejersken* nr. 5/2008 viser netop, at tilgængeligheden er den største barriere blandt 18 danske sygeplejersker efterfulgt af uforståelige statistiske analyser. Det bliver der så rådet bod på med det nye initiativ.

Man kan læse mere på www.tidsskrifter.deff.dk/ og i pjecen fra danske regioner, hvor der er information om, hvem, hvad, hvor og hvordan man kan søge. (jb)

Svar på Testen side 56

- a. Spædbørnsdødeligheden defineret som antal levendefødte børn, der er døde i det første leveår, er let faldende. Lidt mere end fem børn døde inden for det første leveår i 1997, i 2006 var tallet 3,8.
- a. I perioden 1994-2001 begik 128 drenge og 32 piger selvmord; fire gange flere drenge end piger.
- a.
- b. I 2006 boede 90 pct. af de 0-årige sammen med deres far og mor, mens dette tal er 62 pct. blandt 15-årige og 59 pct. blandt 17-årige.
- b. 73 pct. af både piger og drenge mener selv, at de har nemt ved at tale fortroligt med deres mor. Andelen falder, når det omhandler far. Her mener 42 pct. af pigerne og 56 pct. af drengene, at de har nemt ved at tale fortroligt med deres far.

))) ENGLISH ABSTRACT

Gamborg H, Riis J. The professional approach to palliation. *Sygeplejersken* 2008;(7):50-5.

The article describes the intersectoral training of key staff in palliation, arranged by the Sankt. Lukas Hospice in the spring of 2007. By no means all terminal patients need to be attached to a palliative team or admitted to a hospice. However, all terminal patients need professionals who can provide caring and sufficient palliative treatment and care, regardless of whether the terminal patient is at home, in a nursing home or in hospital. The key staff training course ran for 16 teaching days over a period of four months. Eighteen nurses from the primary and secondary sectors had their knowledge of palliative treatment and care updated enabling them subsequently to function as key palliation staff at their respective workplaces. The training course was evaluated externally and the conclusion was that the participants had acquired a substantially greater knowledge and qualified, strengthened personal approach to the care of the terminally ill.

Key words: Key staff, palliation, training, intersectoral, hospice.

>>> TESTEN



Emnet er børns sundhed. Test dig selv eller din kollega.

- 1 *Dødelighed kan betragtes som det groveste mål for børns sundhedstilstand. Er spædbørnsdødeligheden i perioden 1997-2006 faldende eller stigende?*
 - a. Den falder.
 - b. Den stiger.
- 2 *Selv mord blandt børn og unge under 20 år er heldigvis meget sjældne, men hvori består kønsforskellen mellem piger og drenge, der fuldbyrder selvmord?*
 - a. Drenge begår selvmord fire gange så hyppigt som piger.
 - b. Piger begår selvmord dobbelt så hyppigt som drenge.
- 3 *Når børn og unge forbruger hash og andre illegale stoffer, risikerer de bl.a. forgiftning, psykoser, depressioner og afhængighed. Hvor mange unge mellem 16 og 20 år har prøvet at ryge hash i 2007?*
 - a. 39 pct. af drengene og 28 pct. af pigerne.
 - b. 28 pct. af drengene og 48 pct. af pigerne.
- 4 *Børn af enlige forsørgere og i sammenbragte familier har lidt hyppigere helbreds- og trivselsproblemer end børn, der bor sammen med begge deres forældre. Hvor mange 15-årige børn bor sammen med begge forældre?*
 - a. 39 pct.
 - b. 62 pct.
- 5 *Børn uden fortrolig voksenkontakt har en mere risikobetonet sundhedsadfærd: de ryger, drikker og har usunde kostvaner i langt højere grad end de, der har god voksenkontakt. Hvor mange 15-årige mener selv, at de har nemt ved at tale fortroligt med deres mor?*
 - a. 48 pct.
 - b. 73 pct.

Se svarene på TESTEN side 55.



Forkæl dit liv

Giv dig selv og din familie en oplevelse der varer hele livet

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 (og din familie) en oplevelse for livet - og få et liv fuldt af **oplevelser**. Vil du se fjeldet eksplodere i en kaskade af farver, når blomsterne springer ud? Vil du prøve at udvikle dig i et tempo, hvor sjælen kan følge med? Grønland byder på meget mere end størrelset natur og is og sne. F.eks. karriere, **videreuddannelse**, kompetenceudvikling og nye venskaber. Fang en fisk, pluk bær (eller en blomst) i fjeldet, gå en tur, hør elven bruse eller bækken risle. Se de majestætiske isfjelde glide langsomt forbi - eller **pukkelhvalen** der løfter halen inden et af de dybe dyk.

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

Udviklingen af den palliative 1985-2001 og forestillinger

Denne artikel er godkendt gennem dobbelt-blind peer-review. Artiklen henvender sig til sygeplejersker og sygeplejeforskere med interesse i palliation og/eller diskursanalyse. Vigtige budskaber i artiklen er, at der er brug for at dekonstruere sammenhængen mellem palliation og kræftsygdomme og at dekonstruere forestillingen om, at døden i eget hjem er det bedste.

>>> RESUMÉ

At være uheldeligt syg og døende indebærer mange vanskelige situationer for døende og pårørende. For at lette vilkårene for døende og pårørende bliver der arbejdet med at udvikle palliative tilbud. Disse er præget af bestemte idealer og ofte indforståede forestillinger om en god død, og denne artikel har til formål, på et empirisk grundlag inden for en dansk kontekst, at udlede forestillinger om den gode død.

Designet tager afsæt i en socialkonstruktionistisk tilgang og er en diskursanalyse af seks danske sundhedspolitiske rapporter om palliation fra 1985 til 2001. Resultaterne viser, at der bl.a. formidles et ideal om den gode død som en død i eget hjem. Via diskurser med afsæt i medicinen, psykologien, filosofien/religionen og i et velfærdsperspektiv formuleres nogle angivelige betingelser for den gode død. Der er ingen tvivl om, at sundhedsvæsenet står over for en del udfordringer. Disse består både i at dekonstruere sammenhængen mellem palliation og kræftsygdomme og at dekonstruere forestillingen om, at døden hjemme er det bedste. Samtidig er der brug for udvikling af viden, der i bred forstand favner hverdagslivet for uheldeligt syge døende med kræft eller ikke-kræft og deres pårørende.

Søgeord: palliation, palliativ indsats, døden, uheldeligt syge, døende, sundhedspolitiske rapporter, den gode død, død i eget hjem.

AF METTE RAUNKIÆR, SYGEPLEJERSKE, CAND.SCIENT.SOC., PH.D.

Baggrund og formål

Empiriske studier viser, at uheldelig sygdom indebærer mange vanskelige situationer og udfordringer for døende og pårørende (1-3). For at lette vilkårene for døende og pårørende arbejdes der på forskellige samfundsmæssige niveauer på at udvikle palliative tilbud. Disse præges af idealer om, hvordan tingene bør være og kan ses som samfundsmæssige forestillinger om en god død¹). Flere empiriske nationale og internationale studier om en god død sætter fokus på døendes, pårørendes eller professionelles perspektiver (4-10). Heraf fremgår det bl.a., at begrebet forbindes med en bevidst, hurtig og værdig død, hvor den døende er fri for smerte og lidelse. Ligeledes skal døden kunne forberedes, foregå til tiden og på det ønskede sted, og den døende skal have mulighed for at udøve religiøse og åndelige behov. Men hvor og hvordan forestillingerne fremstilles, og hvilken betydning dette har for udviklingen af den palliative indsats i Danmark, er der ikke forsket meget i. Formålet med denne artikel er derfor, på et empirisk grundlag og i en dansk

kontekst, at udlede samfundsmæssige forestillinger om en god død.

Udvalg og metode

Forestillinger om en god død konstrueres og formidles gennem foreninger, medier, professioner, publicering af forskningsresultater og sundhedspolitiske rapporter. Fokus i denne artikel er, hvordan forestillinger om en god død formuleres i danske sundhedspolitiske rapporter for og om den palliative indsats.

I Danmark var det først i 1980'erne, at der virkelig blev sat fokus på palliation, og især det sundhedspolitiske niveau har frem til i dag præget denne udvikling. Sundhedsstyrelsen udgav i 1985 den første rapport med fokus på betingelser, der skulle fremme den palliative indsats for uheldeligt syge døende og pårørende. Herefter er der yderligere udgivet fem rapporter frem til 2006, hvor den seneste er fra 2001 (11-16). Disse rapporter fremstår som anbefalinger til de gamle amter, kommuner og forskellige professionelle faggrupper. Rapporterne giver mulighed for at følge en samfundsmæssig retorik om pal-

indsats i Danmark i perioden om den gode død

liativ indsats og den gode død over en periode på knap 20 år.

Analysen af de sundhedspolitiske rapporter har et socialkonstruktionistisk afsæt. Det indebærer, at analyseobjektet pr. definition antages at være flydende, ustabil og et flertydigt fænomen (17). Med henblik på at anvende et følsomt analyseapparat er jeg inspireret af forskellige socialkonstruktionistiske perspektiver. Grundlæggende er fokus i en kvalitativ tekstanalyse med en konstruktionistisk orientering, hvordan tekster fremstiller bestemte repræsentationer af virkeligheden snarere end, hvorvidt tekster indeholder sande eller falske beskrivelser af verden (18). Ifølge *Gubrium* og *Holstein* bør spørgsmålene hvad og hvordan være styrende for analyseprocessen (19). Indholdet i de sundhedspolitiske rapporter kan opfattes som udtryk for, hvilke betingelser (hvad) der anses for problematiske i et uheldeligt sygdomsforløb. Ligesom problemernes løsningsmuligheder (hvordan) på forskellige niveauer også formuleres i rapporterne.

Ifølge *Loseke* er der en stærk sammenhæng mellem konstruktioner af problemer og deres løsninger. Problemkonstruktioner formulerer nemlig nogle forhold, mens andre overses, forties eller findes uvæsentlige. Dermed vil nogle løsninger være relevante, mens andre ikke er det. Et socialt problem kan defineres som betingelser, der vurderes som forkerte, udbredte, mulige at forandre, og som vi synes skal forandres. Det inkluderer at overbevise modtagerne om, at problemets betingelser eksisterer, at det er forkert, udbredt samt kan og skal forandres. Denne proces kaldes *claims-making*²⁾. Claims er enhver verbal, visuel eller adfærdsmæssig ytring, som søger at overbevise modtageren om at definere nogle betingelser som et problem. Uanset hvordan claims udtrykkes, er de produkter af claims-makers konstruktioner, der, hvis de er succesfulde, overbeviser modtagerne om at tænke og føle på en særlig måde (20-23).

Ovenstående indikerer dog ikke nødvendigvis problemkonstruktionernes forståelsesramme. Til dette anvendes diskursbegrebet. Diskurs kan defineres som en strukturel helhed af forskelle, hvor man som et resultat af en artikulatorisk praksis er blevet i stand til at konfigurere et system af præcise forskellige placeringer. Dvs. at diskurs tilhører tale eller skrift, er til stede i sociale relationer og viser sig som nodalpunkter (24).

I de sundhedspolitiske rapporter omkring den palliative indsats kan diskurser identificeres som et system af sprogliggjorte forskelle. *Laclaus'* formulering "et sy-

stem af præcise forskellige placeringer" tolkes som forskellige ord eller tegn, der tilsammen repræsenterer en særlig forståelsesramme. Nodalpunkt er et privilegeret ord (tegn), som andre ord ordnes omkring og får betydning i forhold til. Det skaber mening og samler den enkelte diskurs. Ligeledes medvirker nodalpunkter til at skabe sammenhæng mellem diskurser og forskellige argumentationstyper og positioner. Diskurs bliver en kondensering af den rationalitet forstået som den argumentationsform, der findes i diskursen (25-27). Analysens historiske dimension tydeliggøres med afsæt i Foucaults genealogiske diskursanalyse. Denne fokuserer på dét, der er sprogliggjort – intradiskursive strukturer og relationer. Men også dét, der ligger uden for diskursen – det interdiskursive, der skabes i historiske processer. Genealogisk analysestrategi søger at analysere diskursens faktiske udformning, grænser og regelbundethed og kombinerer hermeneutisk orienteret forståelse med en sprogfilosofisk strukturalisme (dvs. sprogets regelbundethed) (26,28).

De teoretiske bidrag er operationaliseret til en analysestrategi med fire niveauer: 1) På første analyseniveau identificeres forskellige temaer, samt hvordan problemer og løsninger er konstrueret inden for disse temaer. 2) Her identificeres diskurser i problemkonstruktioner samt løsningsforslag. Analysen koncentrerer om: Hvordan formuleres diskurserne? Hvilke nodalpunkter kan identificeres, og hvilke logikker repræsenterer diskurserne. 3) Diskurser præciseres, og interdiskursivitet bestemmes. Spørgsmålene er: Hvilke diskurser dominerer? Hvornår sker der brud i det diskursive terræn og i diskurserne? Hvordan og hvornår trækker diskurser på hinandens logikker? 4) Sidste niveau omhandler, hvorvidt der fremstår et mønster for diskursdannelserne.

Den gode død 1985-2001

Fra 1985 og frem til i dag er der udgivet seks sundhedspolitiske rapporter i følgende år: 1985, 1986, 1996, 1997, 1999 og 2001 (11-16). Alle rapporter indeholder problemdefinitioner og løsninger med fokus på organisatoriske betingelser for en god død. Disse forbindes især med døendes muligheder og betingelser for at vælge opholdssted. I rapporterne fra 1985, 1986 og 2001 fremstår et ideal om den gode død som mulighed for at være hjemme. Analysen viser, at konstruktioner om den gode død præges af 10 diskurser (se figur 1 side 61). Disse kan kategoriseres inden for fire perspektiver. Perspektiverne har alle forskellige forståelseshorisonter og er knyttet til medicin, psykologi og filosofi/religion og

- » socialpolitisk velfærdstænkning. I det efterfølgende belyses, hvordan det har været muligt at identificere diskurserne, og analysen præsenteres historisk i temaerne 1) Syn på den døende. 2) Krop, psyke og religiøse, eksistentielle samt åndelige forhold. 3) Socialpolitiske forhold og 4) organisering og kvalitetssikring.

Syn på den døende

Første tematisering repræsenterer billeder af, hvordan døende kategoriseres, og hvem indsatsen især rettes mod. I rapporterne fra 1985 og 1986 (13,14) anvendes begreberne patient og terminal pleje, og kræftpatienten anvendes som det konkrete eksempel på en patientkategori. Samtidig pointeres, at analoge slutninger kan drages til "patienter med andre sygdomme og i forskellige aldersgrupper" (13;p.15, 14;p.15).

Herved fremstilles et universelt billede af døende. Og betydningen af sociokulturelle faktorer som f.eks. køn, alder, uddannelse, etnicitet og andre sygdomskategorier udkonkurreres. Universelle principper udpeges som naldpunkt. Herom ordnes andre tegn, og forståelsesrammen kaldes diskursen om det universelle døende menneske.

Diskursen præger også 1996-rapporten (15), hvor patientbegrebet fortsat anvendes, og den dominante sygdomskategori stadig er kræft. Sygdommen aids nævnes i 1996 (15;p.16), men udgår i de efterfølgende rapporter, sandsynligvis pga. nye og bedre behandlingsmuligheder. Betydning af sociokulturelle faktorer inddrages ikke i 1996. Begrebet terminal pleje ændres til palliativ indsats og anvendes i rapporterne fremover. Med begrebet palliativ ønskes en markering af, at en aktiv og systematisk indsats opbygges tidligt i forløbet (15;p.18-19).

I 1997 (11) tager flere problemdefinitioner afsæt i en sociologisk forståelsesramme. Claims omhandler bl.a. det moderne samfunds individualisering og tabuisering af døden. Døden betragtes som en fjende, den fortrænges og foregår på institutioner, hvor professionelle har ansvar for og magt til at definere den bedst mulige død (11;p.8-9).

Patientbegrebet udskiftes overvejende til bruger eller uhelbredeligt syge døende, og begreberne magt og interesse modsætninger problematiseres.

"Den væsentligste forskel er naturligvis, at uhelbredelig sygdom og død for den syge drejer sig om hans/hendes eget liv, mens den samme sygdom og død for den professionelle er én af mange og ikke (sædvanligvis i særligt omfang) påvirker hans/hendes personlige liv. [...] Samtidigt befinder den uhelbredeligt syge og døende samt de pårørende sig i en ulige relation til de professionelle. Den døende og de pårørende er afhængige af de professionelle hjælp og støtte og må oftest tilpasse og underordne sig de professionelle erfaringer, viden og procedurer" (11;p.44).

I ovenstående citat betones, hvordan uhelbredelig sygdom opfattes forskelligt afhængigt af aktørperspektivet. Samtidig indebærer den døendes og de pårørendes afhængighedssituation (ofte) underordning af professionelle tolkninger. Dette kan tolkes som en udfordring af

den døendes og de pårørendes mulighed for autonomi (se afsnittet om Socialpolitiske forhold), da frie valg har vanskelige vilkår i ulige magtrelationer. Som i øvrige rapporter har diskursen om det universelle døende menneske fokus på kræft med få overvejelser om sociokulturelle faktorer betydning (11;p.33-40,54). Som noget nyt tages afsæt i WHO's definition af den palliative indsats, hvor døende fremstilles som aktive. F.eks. skal palliativ indsats tilbyde

"støttefunktioner for at hjælpe patienten til at leve så aktivt som muligt indtil døden [...]" (WHO i 12).

I 1999-rapporten (16) vender patientbegrebet tilbage med kræftpatienter i fokus, og interesse modsætninger problematiseres svagere end i 1997. Som noget nyt betones døendes subjektive oplevelser i tilknytning til alle diskurser:

"Smarter hos kræftpatienter i den palliative fase er aldrig rent psykogene, men har altid en psykologisk komponent. Der er tale om en persons subjektive oplevelse af en ubehagelig sansestimulus, personens fortolkning af denne oplevelse og personens måde at udtrykke sin lidelse på" (16;p.40).

Markeringen af det subjektive fremhæver modsætninger og dilemmaer mellem kliniske og subjektive perspektiver. Tendensen er dominant og udpeges som naldpunkt. Herom får andre tegn betydning, f.eks. beskrivelser af problemer i forhold til kroppen og psyken. Forståelseshorizonten kaldes en etisk diskurs og fremhæver inter- og intradiskursive modsætninger. Et eksempel på dette er nedenstående citat for diskursen om kontrol af kroppen:

"Derfor må diagnostisk og behandlingsmæssig aktivitet kun omfatte tiltag, der virkelig betyder noget for patientens velbefindende. Vurdering heraf kan imidlertid være forskellig hos patient, pårørende og det behandelende/plejende personale, og det kan medføre konflikter. Et eksempel er den pårørende, der insisterer på kunstig ernæring, væsketilførsel eller et kirurgisk indgreb længe efter, at det er ophørt med at være meningsfuldt" (16;p.16).

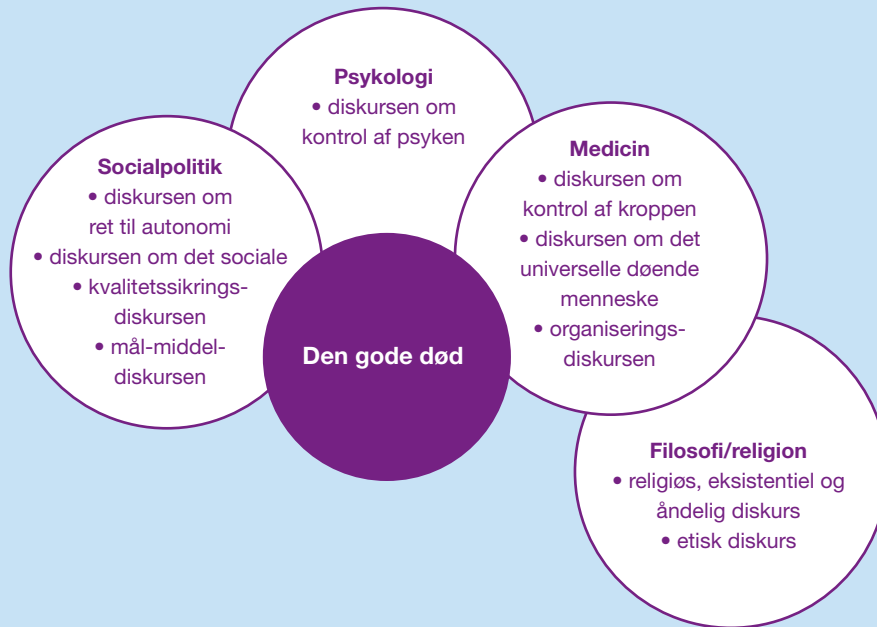
Rapporten gennemsyres af tilsvarende dilemmaer i andre sammenhænge. Således tilpasser eller forkaster den etiske diskurs rapportens øvrige diskurser for den konkrete praksis. Derved fortrænges diskursen om det universelle døende menneske, idet den gode død afhænger af den subjektive oplevelse, trods anvendelse af universelle begreber som f.eks. patient.

I rapporten fra 2001 (12) anvendes fortrinsvis patientbegrebet, og claims knyttes stærkere til kræftsygdomme:

"Det er i overvejende grad de ca. 16.000 personer, der dør af kræft hvert år, som har behov for en palliativ indsats, da denne gruppe lider af en fremadskridende og uhelbredelig sygdom" (12;p.4).

Det betones, at palliativ indsats fortsat er et udviklingsområde med behov for afprøvning af forskellige modeller for tilrettelæggelse og samarbejde. Men også syste-

FIGUR 1. OVERSIGT OVER DISKURSER PÅ DET SUNDHEDSPOLITISKE NIVEAU I PERIODEN 1985-2001



Oversigten udpeger det fælles og det, som adskiller. Men diskurserne trækker også på hinanden eller har interdiskursive berøringsflader, disse illustreres som overlap mellem ellipserne.

matisk evaluering og forskning samt vurdering af tilbud om lindrende behandling, herunder kirurgiske indgreb og strålebehandling til kræftpatienter, fremhæves (12; p.4,15). Rapportens dominante fokus på døende med kræftsygdomme indebærer, at diskursen om det universelle døende menneske igen kommer på banen.

Krop, psyke og religiøse, eksistentielle samt åndelige forhold

I samtlige rapporter formuleres claims og løsninger i forhold til den døendes krop og psyke. Først i 1996 (15) formuleres religiøse, åndelige og eksistentielle forhold svagt og kun tydeligt i 1999-rapporten (16).

I 1985 (13), men også i efterfølgende rapporter, fremhæves problemer i tilknytning til kroppen inden for en medicinsk og psyken inden for en psykologisk forståelsesramme. F.eks. skrives i 1985:

”Ud over den eksistentielle angst for døden frygter patienten i terminalfasen erfaringsmæssigt først og fremmest smerter, isolation fra menneskeligt samvær og tab af værdighed og personlig integritet [...] Anden lindrende symptombehandling bør ligeledes indgå” (13;p.19).

Det primære sigte er opnåelse af kontrol over den døendes krop, især smerter. Den medicinske forståelsesramme fremstår med interdiskursivitet til andre problemer og løsninger, f.eks. med organisatorisk karakter (se af-

snittet om organisering og kvalitetsudvikling). Kroppen udpeges som nodalpunkt. Forståelsesrammen kaldes diskursen om kontrol af kroppen, hvor smertebehandling og smertelindring på dette tidspunkt fremstår væsentlig.

I 1986-rapporten (14) italesættes diskursen om kontrol af kroppen med fokus på smertebehandling og anden symptombehandling. Det er hjemmesygeplejerskens og egen læges rolle, som betones i løsningerne (14;p.71-73). Dette medvirker til, at den gode død forbindes med hjemmedøden. Diskursen om kontrol af kroppen fremstår mere differentieret end i 1985 og italesætter betingelser for, at døende kan undgå indlæggelse:

”I det sidste døgn før dødens indtræden kan, hvis relevant støtte ikke er til stede, almindelige symptomer virke så alarmerende på de pårørende, at de bliver bange og panikslagne. Ved terminal pleje i hjemmet kan dette afstedkomme en meningsløs indlæggelse. Situationen kan forebygges ved, at den/de pårørende er informeret og forberedt på de almindeligste symptomer hos den døende” [...] (14;p.77).

I 1985 og 1986 (13,14) formuleres claims og løsninger også inden for en psykologisk forståelsesramme. Det er primærsektorens sundhedsprofessionelle og anvendelse af kriseintervention i tværfagligt samarbejde, som fremhæves (13, 14;p.73):

- » *”Lægen og hjemmesygeplejersken må være kvalificeret til og uddannet i at behandle såvel de fysiske problemer hos patienten som de psykiske problemer i familien som helhed. Et nøgleord er her kriseintervention, der skal praktiseres i et tværfagligt samarbejde” (13;p.50).*

Citatet viser kobling til en kriseteoretisk forståelsesramme med formålet at skabe kontrol over psyken via accept og erkendelse. Dette understøttes af begreber som f.eks. tab og sandhedsformidling (jf. 29,30). Psyken udpeges som nodalpunkt, og forståelsesrammen kaldes diskursen om kontrol af psyken. Kontrollen består i kriseteoriens sigte om accept og erkendelse ved kontrol af følelser, handlinger etc.

I 1996-rapporten (15) fremstår diskursen om kontrol af kroppen dominant som i 1985 og 1986:

”Problemer for patienter er: Fysiske problemer [...] ændret selvopfattelse, frygt for den forestående død og frygt for, hvordan tiden indtil døden vil forme sig, hvor man kan være, og hvem kan hjælpe. Smerten ved at skulle skilles fra de mennesker, man har kær, og fra ens jordiske gods. At skulle gøre op med sit livs værdier på godt og ondt. At finde mening og trøst [...] problemer for pårørende: [...] At skulle adskille sig fra og se sig selv i en anden rolle i forhold til den syge. At lægge planer sammen med den syge, så den sidste tid bliver levet” (15;p.20).

I citatet betones ændringer i identitet, roller, og interaktioner mellem døende og pårørende. Herved kobles diskursen om det sociale (se afsnittet om socialpolitiske forhold) og diskursen om kontrol af psyken f.eks. ved betoning af interaktionelle problemer. Diskursen om det sociale tilføres herved nyt intradiskursivt indhold. Fokus er roller og interaktioner.

Dette markeres ved at samle diskurserne til diskursen om kontrol af det psykosociale. Begrebet psykosocial nævnes i de foregående rapporter, men gives indhold i 1996. Som tidligere fremstilles diskursen om kontrol af det psykosociale inden for en kriseteoretisk ramme.

Religiøse, eksistentielle og åndelige forhold formuleres for første gang og kaldes en religiøs, åndelig og eksistential diskurs. Den fremstår svagt og formuleres nærmest som regnskabet time for den døende, der f.eks. skal gøre op med sit livs værdier.

1997-rapporten (11) italesætter næsten (13,14,15) de samme temaer og problemkonstruktioner i tilknytning til krop og psyke som tidligere:

”Lindring af disse symptomer (f.eks. smerter, kvalme, vejrtrækningsbesvær, min bemærkning) kræver mangesidet fysisk behandling, pleje og omsorg” [...] ”Psykiske aspekter af indsatsen har mange lighedspunkter med psykologisk intervention i forbindelse med krisereaktioner ved større tab” (11;p.17-18).

Men også den enkeltes integritet, selvrespekt, normer, vaner og valgfrihed fremhæves (11;p.16-18,56). Der trækkes på forståelseshorisonter fra diskurserne om

kontrol af kroppen og psyken, hvor diskursen om kontrol af psyken igen fremstår selvstændig inden for en kriseteoretisk forståelseshorison. Diskursen om det religiøse, åndelige og eksistentielle fremstår stærkere. F.eks. betones betingelser som religiøs tro, aktiv tro på Gud, eller højere væsen og oplevelser af religiøs karakter (11;p.19). Diskursen tilføres om end svagt en kulturforståelse, f.eks. nævnes, at tidligere blev den enkeltes død:

”... forstået og gennemlevet ud fra en kulturel (religiøs) ramme ved hjælp af en række kulturelle ritualer” (11;p.8).

I 1999 (16) fremstår diskursen om kroppen og diskursen om psyken stadig dominante. Disse og rapportens øvrige diskurser præges af specificeringer, sandsynligvis pga. at rapporten fremstilles som en slags faglig retningslinje. En åndelig, eksistential og religiøs diskurs formuleres nu kraftfuldt og med interdiskursivitet til diskursen om kontrol af psyken. Eksempelvis pointeres, at dimensionen rummer mere end det religiøse:

”Den omfatter menneskers basale opfattelse af kernen i tilværelsen, og oplevelsen af, hvad det i egentlig forstand betyder at være menneske, og forståelsen af livsværdier” (16;p.86).

Det betones, at eksistentielle, åndelige og religiøse forhold er aktuelle i krisesituationer, hvor døende bl.a. ønsker svar på: ”Hvorfor rammer dette mig?”; ”Hvad har jeg gjort – er dette en straf?”; ”Kan jeg få tilgivelse?” Det betones, at uhelbredelig sygdom ofte fører til ”sammenbrud af kontrol over tilværelsen”. Der er derfor behov for ”eksistential nyorientering” og ”kontrol” samt ”forsoning” med livsvilkåret at skulle dø inden for kortere tid (16;p.86-88). Diskursen trækker på en religiøs forståelseshorison, hvor der henvises til begreber som Gud, skyld, straf og tilgivelse. For løsningerne fremhæves, at eksistential og åndelig omsorg er at yde hjælp til rehabilitering. Men også dét at kunne tænke gamle tanker i en ny situation og nye tanker pointeres (16;p.90-92). Åndelige, religiøse og eksistentielle aspekter har stor kraft i 1999 med spor til diskursen om kontrol af psyken.

I 2001 (12) formuleres problemer fortrinsvis for døende med kræft, og diskursen om kontrol af kroppen italesættes med nyt og begrænset indhold. I de seneste rapporter (11,15,16) var diskursens indhold symptomlindring i bred forstand. Nu betones strålebehandling, kemoterapi og kirurgiske indgreb som nye medicinske behandlingsmetoder. I 2001 udgår diskurserne om kontrol af psyken og en religiøs, åndelig og eksistential diskurs.

Socialpolitiske forhold

Temaet omhandler sociale forhold som f.eks. økonomi, hjælpeforanstaltninger, opholdssteder og ret til autonomi. Allerede i 1985 og 1986 (13,14) formuleres døendes ret til autonomi som dominant ramme for flere problemdefinitioner og løsninger. Autonomi udpeges som nodalpunkt for forståelsesrammen. Denne kaldes dis-

kursen om ret til autonomi og omhandler følgende: Valg af opholdssted (især ret til at være og/eller dø hjemme); ret til information om overgang fra sygdomsbehandling til terminal pleje; ret til at kende sandheden; for pårørende ret til kendskab om den byrde, det kan være at medvirke aktivt i plejen og etiske forhold (13;p.50-51, 14;p.59).

"Miljøet omkring patienten må være afklaret, især hvad angår kommunikationsmønstret i forbindelse med "sandhedsformidlingen" [...] Personalet må kunne re-spektere patientens og familiens normer, værdier og livsmønstre, således at patienten sikres ret til at afslutte livet på den for patienten selv og de pårørende bedste måde" (13;p.50-51).

Om mulighed for at være hjemme betones sociale, økonomiske og faglige betingelser. Pårørende skal tilbydes aflastningsmulighed. Ligeledes skal familien orienteres om økonomiske vilkår for hjemmehjælp, sygepleje, hjælpemidler, plejeorlov samt dækning af medicinudgifter m.m. (13;p.51-55, 14;p.63-71). Forståelseshorizonten kaldes diskursen om det sociale og fremstår med interdiskursivitet til diskursen om ret til autonomi.

I 1996 (15) omhandler diskursen om det sociale stadig økonomi, hjælpeforanstaltninger. Men nu indgår også lovgivningsmæssige aspekter som plejevederlag, medicintilskud og gratis hjemmehjælp i forbindelse med ophold på plejehjem, hospice og eget hjem (15;p.51-54).

Diskursen om ret til autonomi understøtter problematisering af organisatoriske forhold. Der nævnes bl.a., at ophold på sygehus ikke skal være eneste mulighed for døende, som ikke kan være hjemme (15;p.47-50). Som tidligere omhandler det frie valg de døendes opholdssteder, men hjemmedøden fremhæves mindre end i 1985 og 1986.

I 1997 og 1999 (11,16) har diskursen om det sociale fortsat fokus på forhold som økonomi og hjælpeforanstaltninger. Diskursen fremstår med interdiskursivitet til diskursen om ret til autonomi. Bl.a. betones det, at døende og pårørendes valg ikke skal begrænses af økonomi. Som noget nyt behandles forhold som arv, skifte, begravelse, børn, plejevederlagsordninger og rådgivningsmuligheder (11;p.80, 16;p.96-99).

På trods af en italesættelse af døendes mulighed for frit at vælge opholdssted, så pointeres det i 2001-rapporten (12), at ophold hjemme er det almindelige. Det betyder, at diskursen om ret til autonomi fremstår svagt:

"De fleste døende patienter ønsker at dø i hjemlige omgivelser, hvis de rette betingelser er til stede, men mange har også ønsker om eller behov for at dø på sygehus, hospice eller plejehjem [...] det mest almindelige vil fortsat være, at patienterne og de pårørende skal hjælpes i eget hjem af praktiserende læge og hjemmeplejen og på sygehusenes kliniske afdelinger" (12;p.9).

Diskursen om det sociale understøtter hjemmedøden som ideal, f.eks. fremhæves, at døendes valg er afhængigt af

"Patientens sygdomstilstand, ressourcemæssige samt

sociale situation og familiære forhold, og det er vigtigt, at patienten får et reelt valg mellem at dø i hjemmet eller på sygehus, hospice eller institution" (12;p.9).

Samtidig understreges pårørendes mulighed for afløsning, aflastning og plejevederlagsordning som betingelser for, at døende kan være hjemme (12;p.9).

Organisering og kvalitetssikring

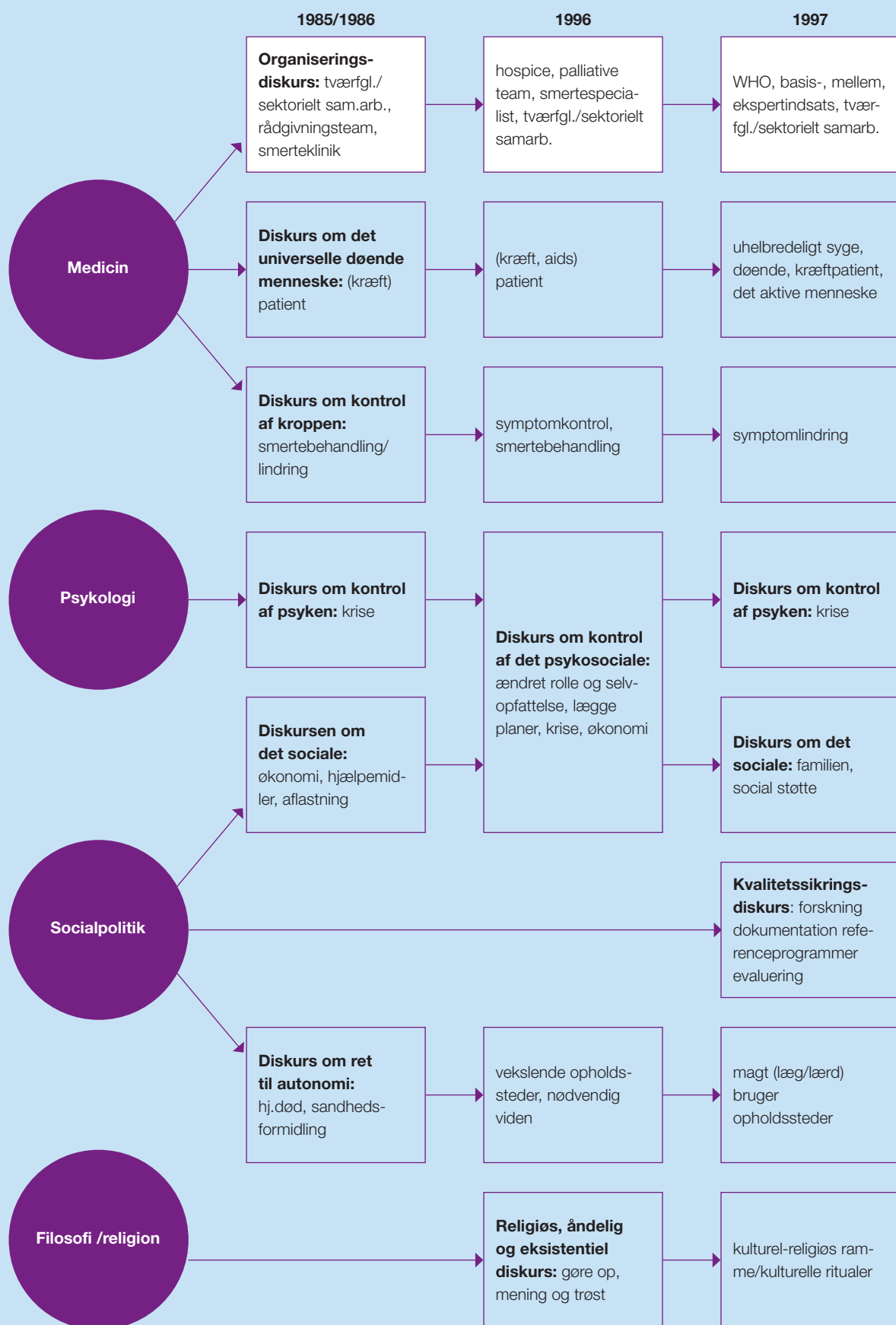
Sidste tema omhandler kvalitetssikring og organisering af den palliative indsats. I rapporterne fra 1985 og 1986 betones døendes mulighed for at vælge opholdssted og især organisatorisk mulighed for at være hjemme (13,14). Der formuleres overvejelser i forbindelse med tværfaglighed, indførelse af døgnhjemmepleje og smertebehandling på sygehuse, plejehjem, boinstitutioner samt ophold hjemme. Idéen om hospice introduceres noget tøvende. Derimod formuleres tanker om etablering af særlige afdelinger på sygehuse, rådgivningsteam eller smerteklinikker samt pleje i hjemmet stærkere. Forhold som personaleuddannelse, kvalifikationskrav samt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde samt sundhedsprofessionelle fra primærsektoren fremhæves. F.eks. anbefales der udpegning af en faglig nøgleperson (hjemmesygeplejerske, egen læge eller medarbejder fra social- og sundhedsforvaltningen), når døende er hjemme (13;p.14, 40-56, 57-60, 14;p.60-63,71). Organisatoriske forhold fremføres dominant, hvorfor organisering udpeges som naldpunkt. Forståelsesrammen kaldes organiseringsdiskursen. Diskursen fremstår med interdiskursivitet til diskursen om kontrol af kroppen. Et eksempel på dette er forslag om etablering af smerteklinikker samt betoning af praktiserende læge og hjemmesygeplejerskers opgaver i forbindelse med smertebehandling.

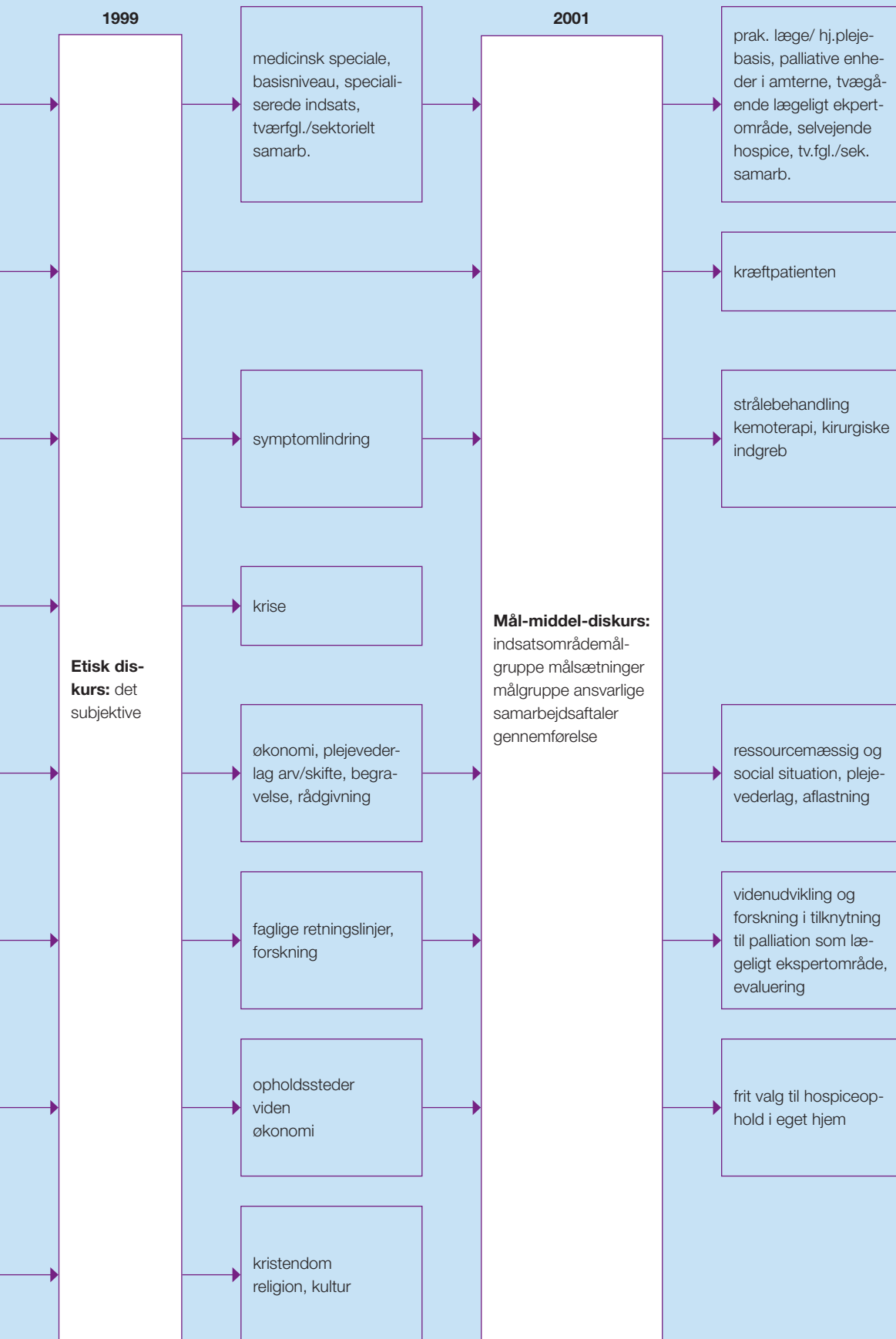
I 1996 (15) domineres problemkonstruktioner og løsninger fortsat af organiseringsdiskursen, men med intradiskursive forandringer. Claims i den sammenhæng er, at døende ikke må blive katebald imellem forskellige institutioner og systemer (15;p.19). Døden på sygehuse fremføres som et problem pga. modsætning mellem helbredende behandling og palliativ indsats:

"Det kan være vanskeligt at yde en tilstrækkelig god palliativ indsats på de almene kirurgiske og medicinske afdelinger på grund af et stort akut indtag kombineret med et stadigt øget krav om effektivitet samt fysiske forhold, der ikke altid muliggør en hensigtsmæssig ramme for indsatsen" (15;p.48).

Løsningerne præges af organiseringsdiskursen og diskursen om autonomi. F.eks. understreges det, at døende og pårørende skal have nødvendig viden om eksisterende muligheder for opholdssteder for at kunne træffe det rigtige valg. Valg må ikke begrænses af økonomi, og indsatsen skal være af høj faglig kvalitet uanset opholdssted (15;p.67). Principperne fremstår som videreførelse af diskurserne fra 1985 og 1986, hvor det frie valg stadig og fortrinsvis knytter an til valg af opholdssted. Den gode død forbindes dog ikke udelukkende med ophold hjemme. Bl.a. formuleres om end tøvende behovet for]

»»» FIGUR 2. SUNDHEDSPOLITISKE IDEALER OM "DEN GODE DØD" 1985-2001





» hospiceinstitutioner eller hospiceinitiativer i andre organisatoriske rammer (15;p.21-39). Det betones dog, at døgnhjemmepleje kombineret med kortere hospitalsophold muliggør, at flere døende kan være hjemme. Som noget nyt nævnes samarbejdsmulighed med private organisationer. Rapporten foreslår palliative teamfunktioner.

Disse skal fortrinsvis have fokus på smertebehandling med vægt på, at døende uanset opholdssted har mulighed for at trække på en smertespecialist. Yderligere formuleres krav om et uddannelsesmæssigt løft. Det kan tolkes som en konsekvens af et øget fokus på udvikling af et ekspertindsatsniveau (palliative teamfunktioner, hospice m.m.). Distinktionen mellem basis- og ekspertniveau ses mere eksplicit i forbindelse med rapportens avisning af en fremtidig organisering. F.eks. anbefales en kommunal døgnpleje og amtslige samt kommunale tværfaglige basisteam med mulighed for at trække på specialviden (15;p.40-62,68).

I 1997-rapporten (11) fremstår opdeling af den palliative indsats i det såkaldte basis-, mellem- og ekspertindsatsniveau tydeligt³). Strukturlogikken præges af en medicinsk forståelsesramme. Specialisering, uddannelse og ekspertudvikling tænkes koblet på opdeling af eksisterende medicinske institutioner og specialer. F.eks. foreslås, at områder af den palliative indsats indgår i sundhedsprofessionelle grund- og videreuddannelser, herunder en speciallægeuddannelse i palliativ medicin samt sygeplejerskespecialistuddannelsen. Forslag om uddannelse af andre faggrupper (psykologer, socialrådgivere, fysio- og ergoterapeuter) og etablering af hospice kan dog opfattes som en organisering, der bryder med den medicinske logik. Som noget nyt bliver forskning og kvalitetsudvikling tillagt større betydning (11;p.72-79):

”Dokumentation, synliggjort erfaring og kvalitetsudvikling er forudsætningen for en markant kvalitetsforbedring af den palliative indsats. Derfor må disse områder styrkes på alle niveauer i sundhedsvæsenet” (11;p.76).

Amtslig forskningsstrategi med forsknings- og kvalitetsenheder med rådgivende og koordinerende roller anbefales. Erfaringerne tænkes at indgå i referenceprogrammer/kliniske vejledninger. Videre foreslås etablering af ph.d.-studier og tilførsel af økonomiske samt personalemæssige ressourcer. Denne ressource tilførsel skal foregå til udvalgte institutioner med henblik på udvikling, forskning og undervisning (11;p.76-77⁴). Behov for forskning, dokumentation og evaluering fremføres kraftfuldt som en del af en kvalitetsudvikling. Begrebet kvalitetsudvikling fremstår som et nodalpunkt. Herom ordnes forhold som forskning, dokumentation og evaluering. Forståelsesrammen kaldes for kvalitetssikringsdiskursen.

Rapporten fra 1999 (16) kan ses som forsøg på at efterleve 1997-rapportens kvalitetssikringsdiskurs. F.eks. anbefales det, at der udarbejdes referenceprogrammer. I formålet står der:

[...] ”at udarbejde et referenceprogram eller en anden form for faglige retningslinjer, der vil kunne anvendes i

det videre arbejde med at udvikle kvaliteten af den palliative indsats” (16;p.3).

Kvalitetssikringsdiskursen foreskriver fortsat forskning med palliation som medicinsk speciale. Og forskningsindsatsen skal:

”Inddrage såvel de somatiske som de psykiske, sociale og eksistentielle problemstillinger” (16;p.14).

Ellers præges rapporten som tidligere af organiseringsdiskursen. Det betones eksempelvis, at faglige retningslinjer skal anvendes af en bred tværfaglig sammensat personalegruppe i forskellige sektorer og niveauer i sundhedsvæsenet (16;p.11). Der bygges videre på tanken om tværfaglighed og tværsektorielt samarbejde som grundsten i den palliative indsats' basis- og ekspertniveau i tråd med anbefalinger fra 1996 og 1997.

Karakteristisk for 2001-rapporten (12) er, at den gode død som i 1985 og 1986 forbindes med ophold hjemme. Organiseringsdiskursens indhold præges af løsninger, som foreskriver, at en kommunal plejeindsats i hjemmet er væsentlig. Det anbefales, at der udpeges ansvarlige instanser med hjemmeplejen og praktiserende læge som basis, ligesom det kommunale ansvar for uddannelse og efteruddannelse betones. Der peges også på, at tværgående team og tværkommunalt samarbejde bør etableres. Med henblik på forankring af samarbejdet mellem praktiserende læge, sygehus og hospice anbefales det, at kommunerne udpeger forløbsansvarlige personer og praktiserende læge som nøgleperson for døende, som ønsker at dø hjemme (12;p.10-11). Det er problemer og løsninger på et organisatorisk niveau, der formuleres, og især (manglende) ansvarsplaceringer betones:

”Med anbefalingerne ønsker arbejdsgruppen at sætte fokus på, at et samlet ansvar for ledelsen af indsatsen på området vil betyde, at indsatsen for alvor bliver en integreret del af sundhedsvæsenets tilbud til døende og pårørende” (12;p.9).

Dette sigte præger rapporten. Organiseringsdiskursen fremstår dominant med fokus på tværsektorielle samarbejdsaftaler med krav om handlinger, ansvarlige institutioner og professionsgrupper samt forslag til fremtidige organisationer: F.eks. amtslige specialiserede tilbud som ambulatoriefunktion, palliativt team, palliative senge og hospicefunktion (12;p.11-12). Der anvendes begreber som partnerskab mellem regeringen og Amtsrådsforeningen, og der kræves gennemførelse:

”Arbejdsgruppen har [...] lagt vægt på at fremlægge få, men konkrete og handlingsorienterede anbefalinger vedrørende den palliative indsats i amter og kommuner. Anbefalingerne retter sig bl.a. mod organisering og et samlet kompetenceløft af den palliative indsats samt udvikling af det palliative område” (12;p.8).

For samarbejdsaftaler fremhæves konkrete institutioner som en del af en fælles tværfaglig og tværsektoriel sundhedsplanlægning. Her skal indholdet beskrive

ansvar, pligter og samarbejdsrelationer⁵). Løsninger vedrørende videnudvikling, uddannelse og forskning præges af samme målrettethed. Det anbefales, at palliation organiseres som et tværgående lægeligt ekspertområde for flere specialer. F.eks. nævnes onkologi, anæstesiologi og almen medicin, og forskning i tilknytning til medicinen som fagområde (12;p.9-13). Forståelseshorisonten har fokus på ansvar, pligter og handlinger. Samtidig udtrykker denne en mål-middel-rationalitet med konkrete mål for indsatsområder og organisering af den palliative indsats. Denne forståelseshorisont fremstår dominant, og der udpeges en ny diskurs, som kaldes mål-middel-diskursen. Diskursens dominans præger rapportens øvrige diskurser, hvilket indebærer, at den får samme funktion som den etiske diskurs i 1999.

Konklusion

Idealet om en god død forbindes med muligheden for valg af opholdssteder og i 1985, 1986 og 2001 især med mulighed for at være hjemme og/eller dø hjemme. Gennem 10 diskurser formuleres betingelser for den gode død, der kan kategoriseres inden for fire perspektiver med tilknytning til medicin, psykologi og filosofi/religion og socialpolitik med afsæt i velfærdstænkning (se figur 2 side 64). I figuren vises en oversigt for hele perioden med illustration af diskurserne intradiskursivt.

Fra 1985 og frem til i dag dominerer diskursen om kontrol af psyken inden for en kriseteoretisk forklaringsramme og diskursen om kontrol af kroppen inden for en medicinsk logik de sundhedspolitiske forestillinger om en god død. Især sidstnævnte diskurs har stærk interdiskursivitet til flere andre diskurser. Et eksempel er, hvordan claims og løsninger inden for en medicinsk logik med kræftsygdomme i fokus medvirker til konstruktion af diskursen om det universelle døende menneske. Organiseringsdiskursen er endnu et eksempel på den medicinske logiks dominans. F.eks. anbefales det, at palliation etableres som medicinsk speciale, og ekspertfunktioner etableres inden for en medicinsk forståelse af kroppen, f.eks. smerteklinikker.

En religiøs, åndelig og eksistentiel diskurs formuleres svagt undtagen i 1999. Her fremstår den etiske diskurs dominant og fortrænger diskursen om det universelle døende menneske. Den etiske diskurs fremstår med stærk interdiskursivitet til øvrige diskurser. Dette illustreres som en tværgående bjælke i figur 2. Diskurserne om det sociale og ret til autonomi betoner døendes ret og reelle adgang til viden om tilgængelige ressourcer (viden, økonomi, hjælpeforanstaltninger, mulige opholdssteder etc.). Diskurserne fremstår med interdiskursivitet til organiseringsdiskursen, der bl.a. italesætter organisatoriske forudsætninger for ophold hjemme. Kvalitetssikringsdiskursen fremføres overbevisende første gang i 1987. Her fremhæves forhold som forskning, evaluering og dokumentation. I 2001 italesættes en mål-middel-diskurs med dominant interdiskursivitet til rapportens øvrige diskurser, hvilket illustreres som en tværgående bjælke i figur 2.

Diskussion

De sundhedspolitiske idealer om en god død forbindes med den døendes mulighed for at vælge opholdssted og især mulighed for at være og/eller dø hjemme. Ligeledes præges idealet om en god død af diskursen om kontrol af psyken inden for en kriseteoretisk ramme og diskursen om kontrol af kroppen inden for en medicinsk logik med kræftsygdomme i fokus. Først en kommentar til sidstnævnte.

Den massive sammenhæng, som konstrueres mellem kræftsygdom og døden, har sandsynligvis flere forklaringer. For det første kan det være udtryk for, at det diagnostisk er nemmere for lægeprofessionen at markere overgangen fra et kurativt til et palliativt stadie for mennesker med kræftsygdomme end for mennesker med kroniske sygdomme. For det andet er der ingen tvivl om, at foreningen Kræftens Bekæmpelse har været dygtig til at tale kræftpatienternes sag både i det offentlige rum og i faglige fora. F.eks. har foreningen medvirket ved udarbejdelsen af flere af de sundhedspolitiske rapporter.

Uanset om ovenstående er legitime forklaringer, er den palliative forskning i dag overvejende koncentreret om mennesker med kræftsygdomme. Ligeledes tilbydes de palliative specialiserede tilbud fortrinsvis døende med kræft (31). For det første er det en overvejelse værd, hvorvidt døende med forskellige sygdomme (og forskellige sociokulturelle baggrunde) har forskellige behov og problemer at slås med? Heldigvis er forskning i tilknytning til døende med ikke-kræftsygdomme så småt ved at komme i gang, men ikke i samme omfang som for døende med kræft (31). For det andet bør det overvejes, hvorvidt det ud fra et velfærdsperspektiv er rimeligt, at det fortrinsvis er døende med kræftsygdomme, som får lov til at dø på hospice og palliative medicinske afdelinger eller har mulighed for hjælp fra udgående palliative team (31).

Som jeg ser det, er der brug for både at opkvalificere basisniveauet og samtidig at udvide specialitetsniveauet til i højere grad også at omfatte hjælp til familier, hvor den døende har en ikke-kræftsygdom (31).

I et historisk perspektiv er det ikke overraskende, at netop diskursen om kontrol af psyken og diskursen om kontrol af kroppen fremstår som de mest dominerende og legitime forståelseshorisonter i forhold til døden og uhelbredeligt syge døende mennesker. Ifølge Michel Foucault (32,33,34) er medicinen og psykologien nogle af de ældste og stadig eksisterende professioner, der studerer og kategoriserer mennesket og menneskelig produktion ud fra deling mellem krop og psyke. På trods af en klar deling mellem medicinen og kroppen og psykologi og psyken viser Foucault (33) også interdiskursivitet mellem disse store diskurser.

En af hans pointer er, hvordan psykologien gennem subjektets fødsel disciplinerer menneskets bevidsthed og dets krop til produktive individer. Netop kontrol og disciplinering af den døendes krop og psyke er omdrejningspunkt for idealet om den gode død. Der er ingen tvivl om, at sådanne idealer medvirker til konstruktion af den gode død som velordnet, smertefri, fri for føle-

» sesudbrud og konflikter. Spørgsmålet er, om sådanne billeder er realistiske og ønskværdige.

Det kan overvejes, om disse konstruktioner medvirker til at skabe romantiserede billeder af en god død. Billeder, der efterstræbes af professionelle, døende og deres familier og nemt bringer nederlagsfølelser frem, hvis døden ikke forløber harmonisk. En anden pointe er, at familiers hverdagsliv med en dødelig sygdom næppe kan fattes inden for en snæver kriseteoretisk ramme.

Ønsker sundhedsvæsenet at leve op til krav om sammenhængende forløb, som bl.a. kan medvirke til, at døende kan være hjemme, så er der ingen tvivl om, at der er brug for en revurdering af den palliative indsats. Der er brug for professionelle, som på tværs af faggrænser og sektorer bredt kan hjælpe familierne med at få hverdagen hjemme til at fungere eller hjælpe familierne videre til en (god) død på institution. Som jeg ser det, står sundhedsvæsenet over for en del udfordringer.

Disse består både i at dekonstruere sammenhængen mellem palliation og kræftsygdomme og at dekonstruere forestillingen om, at døden hjemme er det bedste. Samtidig er der brug for udvikling af viden, der i bred forstand favner hverdagslivet for uhelbredeligt syge døende med kræft eller ikke-kræft og deres pårørende.

Mette Raunkiaer er lektor ved Sygeplejerskeuddannelsen København; m.raunkiaer@mail.dk

Artiklen er skrevet med udgangspunkt i Mette Raunkiaers ph.d.-afhandling: "At være døende hjemme – hverdagsliv og idealer". Afhandlingsarbejdet blev støttet af Sygeplejerskeuddannelsen København, Dansk Sygeplejeråd, Lundbeckfonden og Novo Nordisk Fonden.

Noter

¹⁾ Den gode død er et normativt begreb, der er afhængigt af den sociale kontekst. Den gode død vil variere over tid og defineres som de til enhver tid gældende forestillinger om de betingelser (institutionelle, økonomiske, relationelle, psykologiske og kropslige), der kan give gode vilkår for døende og pårørende. Disse forestillinger vil formes på forskellige samfundsniveauer af forskellige historiske, politiske og sociale kræfter samt af forskellige aktører i praksis (2;p.177-178).

²⁾ Claims kan ifølge ordbogen oversættes med fordring, krav eller påstand (35). Denne oversættelse anses dog for at være for upræcis set i forhold til Losekes (22) definition. Derfor anvendes begreberne claims, claims-making og claims-maker fremover og alle i flertalsform som hos Loseke.

³⁾ Basisniveauet omfatter de mindst specialiserede institutioner (f.eks. døgnplejen, almene kirurgiske afdelinger), mellemindsatsniveauet (f.eks. smertebehandling, stråleenheder) og ekspertindsatsniveauet (f.eks. hospice, palliative ekspertteam). I dag opdeles den palliative indsats fortrinsvis i to niveauer – basisindsatsen og ekspertindsatsen/specialindsatsen.

⁴⁾ Det drejer sig om Københavns Universitet/Hovedstadens Sygehusfællesskab, Universitetssygehusene, De videnskabelige selskaber, sygeplejerskoler, højskoler samt Universitetshospita-

lernes Center for Sygepleje- og omsorgsforskning (UCSF) (11;p.76-77).

⁵⁾ Konkret nævnes følgende institutioner: (de gamle) amter, kommuner inklusive praktiserende læge, den kommunale hjemmepleje, plejehjem, hospice, sygehus, palliative specialiserede funktioner og sociale myndigheder mv. (12;p.10-11).

Litteratur

1. Dalgaard KM. At leve med uhelbredelig sygdom – at begrænse dødens invasion og fremme livsudfoldelsen i tid og rum. Aalborg: Forskningsenheden for Klinisk Sygepleje [Ph.d.-afhandling];2007.
2. Raunkiaer M. At være døende hjemme – hverdagsliv og idealer. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet [Ph.d.-afhandling];2007.
3. Rydahl-Hansen S. Hospitalsindlagte patienters oplevede lidelse – i livet med uhelbredelig kræft. Århus: Aarhus Universitet, Institut for Sygeplejevidenskab, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet [Ph.d.-afhandling];2003.
4. Dalgaard KM. Når familien træder til. Pleje af døende i hjemmet. København: Hans Reitzels Forlag;2004;p.153-164.
5. Gelo F, O'Brien L, O'Connor B. Nursing Home Residents' Perception of the "Good Death". Journal of Religious Gerontology 1997;10 (2):19-25.
6. Mak Hing Mui J, Clinton M. Promoting a Good Death: an agenda for outcomes research – a review of the literature. Nursing Ethics 1996;6(2):97-106.
7. Payne SA, Langley-Evans A, Hillier R. Perceptions of a "good" death: a comparative study of the view of hospice staff and patients. Palliative Medicine 1996;10:307-312.
8. Weisman AD. On dying and denying. A psychiatric study of terminality. New York: Behavioral Publications, 1972.
9. Weisman AD, Kastenbaum R. The Psychological Autopsy. A study of the Terminal Phase of Life. Community Mental Health Journal Monograph 1968, No 4. New York: Behavioral Publications.
10. Weisman AD, Hackett TP. Predilection to death. Death and dying as a psychiatric problem. Psychosomatic Medicine 1961;23:232-256.
11. Busch Juul C, Cramon P, Timm H, Wagner L, editor. Palliativ indsats i Danmark. Randers: DSI, Institut for Sundhedsvæsenet;1997.
12. Socialministeriet. Hjælp til at leve til man dør. Rapport fra arbejdsgruppe om palliativ indsats i amter om kommuner. København: Socialministeriet;2001.
13. Sundhedsstyrelsen. Pleje og omsorg for alvorligt syge og døende. København: Stougaard Jensen;1985.
14. Sundhedsstyrelsen. Terminal Pleje. Pleje og omsorg for alvorligt syge og døende. Problemer og løsninger, 1. udg., 1. opl. Udgivet af Komitéen for Sundhedsoplysning for Sundhedsstyrelsen;1986.
15. Sundhedsstyrelsen. Omsorg for alvorligt syge og døende. Om hospiceprogrammer og andre initiativer inden for den palliative indsats. Redegørelse. Vojens: PJ Schmidt;1996.
16. Sundhedsstyrelsen. Faglige retningslinier for den palliative indsats. Omsorg for alvorligt syge og døende. Vojens: PJ Schmidt;1999.
17. Järvinen M, Mik-Meyer N. Indledning: Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. In: Järvinen M, Mik-Meyer

- N, editor. Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter. 1. udg., 1. opl. København: Hans Reitzels Forlag; 2005;p.9-24.
18. Silverman D. Doing Qualitative Research. A Practical Handbook. London Sage. 2005;p.160.
 19. Gubrium JF, Holstein JA. The New Language of Qualitative Method. Oxford: University Press;1997;98-115.
 20. Best J. Introduction. In: Best J, editor. Images of issues, Typifying contemporary problems. New York: Walter de Gruyter;1995.
 21. Best J. Introduction. In: Best J, editor. Images of issues, Typifying contemporary problems. New York: Aldine de Gruyter;1989.
 22. Loseke DR. Thinking about Social Problems. New York: Walter de Gruyter;2003;p.6-7, 25-27.
 23. Sahlin I. Sociala problem som verklighetskonstruktioner. In: Meeuwisse A, Swärd H, editor. Perspektiv på sociala problem. 1. udg., 2. opl. Stockholm: Natur och Kultur;2002;p.109-127.
 24. Laclau E. Hegemoni – en ny politisk logic. Interview med Ernesto Laclau. In: Andersen A, Espersen E, Jensen C, Jensen K, Jørgensen TD, editor. Politisk strategi i firserne. Interviews om marxisme og politisk teori. København: Forlaget Aurora;1986;p.105-117.
 25. Andersen Åkerstrøm N. Diskursive analysestrategier. Foucault, Koselleck, Laclau, Luhmann. København: Nyt fra Samfundsvidenskaberne;1999;p.87-106.
 26. Dahl HM. Fra kitler til eget tøj – Diskurser om professionalisme, omsorg og køn. Århus: Forlaget politica, Institut for Statskundskab [Ph.d.-afhandling];2000;p.125-132.
 27. Laclau E, Mouffe CL. Hegemony and Socialist Strategy. Towards a Radical Democratic Politics. London: Verso;1985;p.110-115.
 28. Foucault M. Diskursens ordning. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag;1993;p.43-49.
 29. Cullberg J. Krise og udvikling. En psykoanalytisk og socialpsykiatrisk studie. 2. udg. 7. opl. København: Hans Reitzels Forlag;1987.
 30. Kübler- Ross E. Døden og den døende. 2. udg. København: Gyldendals Bogklubber;1995.
 31. Sjøgren P. Palliativ medicin – et selvstændigt medicinsk speciale. Ugeskrift for Læger. Temanummer: Palliativ medicin;169/44.
 32. Foucault M. Ordene og tingene. En arkæologisk undersøgelse af videnskaberne om mennesket. 1. udg. 4. opl. København: Spektrum;2003.
 33. Foucault M. Overvågning og straff. 3. udg.: København: Gyldendal;1999.
 34. Foucault M. Galskabens historie i en oplysnings tidsalder. 3. udg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag;1992.
 35. Gyldendal, Engelsk Dansk Ordbog;2005.
 36. Jacobson T. Professionalisering. In: Denval V, Jacobson T, editor. Hverdagsbegreber i socialt arbejde. København: Hans Reitzels Forlag;1999.

))) ENGLISH ABSTRACT

Raunkiaer M. Development of palliative care in Denmark during the period 1985-2001 and notion of a "good death". *Sygeplejersken* 2008;(7):58-69.

Incurable illness and the approach of death involve many difficult situations for the person concerned and their relatives. At different levels of society people work to make the conditions easier for these families. Palliative treatment is influenced by certain ideals and notions, which are often incomprehensible to outsiders. The purpose of this article is to deduce ideals of a "good death" as they are expressed in six Danish health policy reports on the palliative field from 1985 to 2006. The approach is inspired by social constructivism and is a discourse analysis of the reports. The results show that a "good death" is associated with people living and/or dying in their own home. Conditions which must prevail for a death to be "good" are asserted through discourses rooted in medicine, psychology, philosophy/religion and political science. If the health services are to live up to their intentions for shared care, it is vital for us to develop knowledge which in the broad sense includes the everyday lives of people dying from cancer- and non-cancer-related diseases as well as their relatives.

Key words: The palliative field, incurable illness, dying, social constructivism, the "good death", social discourse, dying at home.

Styrer uden om glorificering af lægen



Kurt Jacobsen og Klaus Larsen
Ve og velfærd
 – læger, sundhed og
 samfund gennem 200 år
 Forlaget Lindhardt og Ringhof
 2007
 536 sider – 399 kr.
 ISBN 978-87-595-2851-8

Lægeforeningen har fejret sit 150-års-jubilæum ved at lade to inspirerende ikkelægelige forfattere skrive en historie, der hverken er medicinsk historie eller organisationshistorie. Det er blevet til en stor historie om respekt og grænseløs beundring, kritik og skarpe angreb, og en historie om udvikling af det danske sundhedsvæsen som en integreret del af den samfundsmæssige udvikling med særlig opmærksomhed på lægevidenskabens betydning for udformningen af den danske velfærdsstat.

September 1857 mødtes en stor håndfuld læger i Korsør. De var professorer, Dannebrogsmænd, konferensråder og på anden vis værdige. De mødtes for at stifte Den almindelige danske Lægeforening. Parallelt med deres møde på Jernbanehotellet kæmpede tre andre læger med et dramatisk udbrud af asiatisk kolera. Hver tiende indbygger i Korsør døde inden udgangen af denne september, men sygdommen spredtes ikke til resten af landet; lægerne på hotellet havde ikke været i kontakt med de syge. Med en begyndelse i 1800-tallets folkemedicin, urter, igler og grødomslag føres læseren gennem det moderne naturvidenskabelige gennembrud med udvikling af bakteriologi, antiseptik, æternarkose og genteknologi. Afviklingen af årtusinders hippokratiske medicin til fordel for et materialistisk syn på krop, sygdom, samfund og sundhed beskrives.

Historien bliver eksemplarisk gennemgået, som eksempel kan nævnes fortællingen om de mange læger, der stod en ømskindet og kræftsyg patient som *H.C. Andersen* bi i hans stadige overvejelser over bakterier og seksualitet med råd om ”sengeleje, klystre, kopsætning og åreladning, ”børnepulvere”, hostemiksturer, hoffmannsdråber, vineddike, surdej under fødderne, spansk flue på struben, igler på halsen og kloral”. Et andet eksempel er

fortællingen om syfilis, andre veneriske sygdomme, behandling, manglende behandling og prostitution samt obligatorisk lægetilsyn og straf, der optog avisforsiderne i 1870'erne med genkendelige temaer fra dagens forsider.

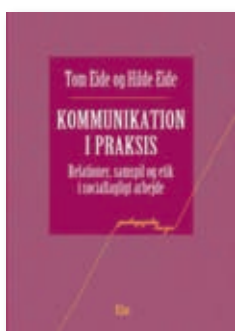
Den moderne lægehistorie er også en kvindehistorie, hvor *Nielsine Nielsen*, skipperdatteren fra Svendborg, blev anerkendt som et nødvendigt onde af lægekolleger, men oplevede sig fuldt accepteret af sygeplejerskerne. Den første sygeplejerske, der omtales, er *Ida Johnsen*, der beskrives som kompetent i sine observationer, en dygtig sygeplejerske ved Almindeligt Hospital, der selv beskriver sig som den progressive overlæges redskab.

Det er en stor, rigt illustreret fortælling med *Finsen*, *Panum* og *Krogh* som aktører, der behændigt styrer uden om glorificering af lægen som den lysende helt. De store bedrifter flankeres med beretninger om tvangssterilisering af åndssvage i mellemkrigstiden, danske lægers inspiration fra *Hitlers* Tyskland og Lægeforeningens afvisning af lægebehandling til tyske flygtninge.

Det er også en fortælling om kampen om de syge og om definitionsretten til sundhed og sygdom gennem beskrivelse af den lægelige indsats via valgte eksempler; om lægestanden i social opstigning med etablering af sundhedsdepartementer, sundhedskollegier, -kommissioner, og -vedtægter; og ikke mindst med etablering af selskaber, konferencer, tidsskrifter, specialer og djøfisering, en udvikling der ikke er ukendt i sygeplejerskernes egne rækker.

Af Marianne Mahler, cand.phil. i historie, sygeplejerske, MPH. Ansat som sygeplejefaglig konsulent på Ældrekontor Østerbro, København.

Man kan forberede sig mentalt



Tom Eide og Hilde Eide
Kommunikation i praksis
 – relationer, samspil og etik i
 socialfagligt arbejde
 Forlaget Klim 2007
 303 sider – 299 kr.
 ISBN 978-87-7955-423-8

Med denne bog i hånden spurgte jeg mig selv, om der er plads til flere bøger om kommunikation. Jeg må indrømme, den er god. Bogen er primært henvendt til socialrådgiver- og pædagoguddannelserne, og alle cases er hentet fra denne verden. Det gør imidlertid ikke noget, idet bogen er vældig struktureret i sin opbygning med øvelser og praktiske eksempler. Det letter læsningen. Alligevel hører bogen dog ikke til i den lette ende.

Det gennemgående budskab er, at når vi kommunikerer med ord og krop, gør vi altid noget ved hinanden, og det noget, vi gør, kan få konsekvenser for vores egen og den andens selvforståelse og handlemuligheder. Det lyder enkelt, men det er det ikke, for der er rigtig mange niveauer at tage hensyn til, og der er ofte mange følelser på spil. Vi sender signaler hele tiden, og vi fortolker dem. Afhængig af signaler og måden, vi fortolker dem på, kan mødet med den anden opleves på meget forskellige måder, som godt, ubehageligt, sårende, irriterende, inspirerende. Vi ved sjældent med sikkerhed, hvad signalerne udtrykker. Det gælder for begge parter i et kommunikationsforhold.


Praktiske kommunikationsfærdigheder i socialt- og sundhedsfagligt arbejde betyder færdigheder i at tackle konkrete situationer på en hensigtsmæssig måde, det vil sige hjælpende og støttende, også kaldet professionel kommunikation. Omsorg for andre er en grundlæggende værdi i den professionelle kommunikation, og ligeså er empati. Man kan øge sin evne til empati ved at indstille sig på den anden på forhånd, f.eks. ved at forberede sig praktisk og mentalt på samtalen ved at gennemtænke vanskelige udfordringer, som vil kunne opstå.

Det at indstille sig på forhånd gør det også lettere at være opmærksomt tilstede, hvilket igen er en forudsætning for empati og god, hjælpende samtale. Forudsætningen for at kunne være sig selv i situationen er, at man ikke stiller større krav til sig selv end at kommunikere godt nok og tilpasser sin kommunikation efter, hvem man snakker med. Her er der virkelig noget at lære.

De praktiske færdigheder opnås via forslag til rollespil og øvelser ud fra diverse cases.

Af Inger Jerichau, uddannelsesleder, ansat i Kvalitet og Udvikling, Region Sjælland.

Alle gør fejl, det mindste, vi kan gøre, er at lære af dem

 Bøger til skærpelse af klinisk praksis er altid spændende. Denne norske udgivelse beskæftiger sig med netop de problematikker, der hyppigst bringer medicinsk personale på kant med lovgivningen, nemlig i forbindelse med håndteringen af medicin og blodprodukter. Bogen hævder med reference til *Allan & Baker* 1990, at der i snit sker én fejl pr. patient pr. dag. Forhåbentlig er det blevet bedre, men givet er det, at det kan blive endnu bedre, og vejen frem er uddannelse og omhu samt eliminering af risikomomenter.

Bogen tager udgangspunkt i det generelle, f.eks. de syv r'er: Den rigtige medicin til den rigtige patient i den rigtige dosis og den rigtige form på den rette måde på det rigtige tidspunkt og med den rette information. De hyppigste fejl er forkert dosis, forkert præparat og forkert administration, altså håndteringsfejl, som kan forebygges. Bogen behandler norsk lovgivning og etik på området, herunder patientsikkerhed, professionsudøvelse og ansvarsforhold, som ligger tæt op ad danske forhold. Alle bogens afsnit afsluttes med opgavebokse, hvori læseren kan bearbejde det læste.

Bogen går i dybden med udvalgte kliniske problemstillinger. Afsnit af særlig interesse kunne være interaktioner mellem visse farmaka og f.eks. tobaksrøg, alkohol og cannabis, interaktioner mellem lægemidler og naturmedicin, f.eks. urter, samt om præparater anbefales indtaget til et måltid eller helst inden. Flere afsnit behandler forskellige administrationsformer og giver hensigtsmæs-

sige praktiske tip. Der er et omfattende afsnit om injektioner via venflon, veneport og centrale venekatetre. Afsnittet behandler også emnet for eller imod desinfektion af huden inden injektion, hvilket kun anbefales på sygehuse og til patienter med nedsat immunforsvar. Yderligere gives et praktisk eksempel på fordeling af insulininjektioner.

To emner, jeg ikke har set behandlet så indgående i lignende danske bøger er: Forholdsregler ved cytostatika og håndtering af blodtransfusioner inkl. forholdsregler ved komplikationer til blodtransfusioner. Bogen afslutter med fokus på hyppige fejl og risici, et afsnit, der må vække til eftertanke hos både udøvere, tilrettelæggere og producenter. Det er ikke kun færdigheder, der skal trænes, fejl kan også opstå på baggrund af systemfaktorer, virksomhedskulturer eller stor personaleomsætning. Alle gør fejl, det mindste, vi kan gøre, er at lære af dem.

Bogen henvender sig med god klinisk inspiration til studerende og medicinsk personale, der har ansvar for medicinadministration herunder sygeplejersker. Der er gode faktabokse, overskuelige tabeller og tydelige tegninger samt opgaver og et omfattende referencemateriale.

*Af Ole Bjørke, sygeplejelærer ved
Den flerfaglige Professionshøjskole i
Region Hovedstaden,
Sygeplejerskeuddannelsen i Herlev.*



Solrun Holm og

Jan Olav Notevarp

Klinisk legemiddelhåndtering

Fagbokforlaget (N) 2007

246 sider – 349 nkr.

ISBN 978-82-450-0220-1


AALBORG UNIVERSITET
Efter- og Videreuddannelse

Er du klædt på til morgendagens udfordringer?

Læs tilvalgsfag i Psykologi på deltid

Tilvalgsfaget i psykologi er tilrettelagt som en 3 årig deltiduddannelse på bachelor- & kandidatniveau.

Undervisningsformen er tilrettelagt som kursusundervisning på week-endseminarer og problemorienteret projektarbejde med netbaseret vejledning.

Ansøgningsfrist: 15. april 2008
– studiestart 1. september 2008

Læs mere og find ansøgningsskema på www.evu.aau.dk eller ring på 9940 9420

www.evu.aau.dk
9940 9420
Humaniora, samfunds-, ingeniør-,
natur- og sundhedsvidenskab

Kurophold ved Vesterhavet



Fred til omsorg og fordybelse
i dig og dit liv.

5 dages ophold med udgangspunkt
i dine behov.

**Specialtilbud til 1. maj
8000 kr.**

Tilskud fra Foreningen til støtte af
sygdomsramte erhvervsaktive borgere.



Øster Løkke 3024 7103
www.kurogvisioner.dk

Efter- og videreuddannelse ved Aarhus Universitet

- Master i klinisk sygepleje
- Master of Public Health
- Den sundhedsfaglige suppleringsuddannelse
- Master i humanistisk sundhedsvidenskab og praksisudvikling, modul 3
- Master i etik og værdier i organisationer
- Master i social integration
- Master i retorik og formidling
- Projektorienteret videnskabs-teori og forskningsmetodik

Ansøgningsfrist 2. juni 2008

Studiestart september 2008

www.au.dk/evu
eller tlf. 8942 6761



Kedsommelig og utilsigtet komisk



Else Rydahl
Kræft, krokodiller og bevidsthed
 – en læges syn på sygdom og eksistens med øvelser for krop og sind
 Forlaget Hovedland 2007
 184 sider – 129 kr.
 ISBN 978-87-7070-013-9

✦ Forfatteren *Else Rydahl*, som har beskæftiget sig en del med selvudvikling og alternativ terapi, skriver i sit forord: ”Denne bog er først og fremmest skrevet til mennesker med kræft, som har trang til at søge forståelse for disse sygdomme, der strækker sig ud over vestlig viden.”

Imidlertid er bogens første 75 sider helliget en detaljeret genfortælling af hændelsesforløbet for fortællerens egen kræftsygdom iblandet ureflekteret tankespind, som f.eks. efter en beskrivelse af biopsiudtagninger: ”Jeg følte mig frygtelig ubeskyttet og udsat, og mareridtet bølgede omkring mig. De var søde, personalet, og en sygeplejerske holdt mig i hånden imens. Jeg tror ikke, hun aner, hvor stor en støtte det var.” Fortælleren kommer aldrig senere i sin bog i tanke om, at det måske var professionel omsorg, hun der blev udsat for, og derfor snydes læseren for overvejelser om, hvor grænsefladen mellem professionel omsorg og alternativ behandling/terapi egentlig ligger. I kapitlet ”Om at danse med det etablerede” leder man forgæves efter en analyse af det etablerede sundhedssystemets mangler eller blot en erkendelse af, at de problemer, der beskrives, bunder i lægers manglende kommunikationsevner.

Resten af bogen bruges til at redegøre for lidt om alt, kort fortalt inden for mange forskellige, østligt orienterede filosofiske retninger. Meget af det er indforstået.

På den baggrund fremkommer en udokumenteret, helt privat teori for kategorisering af sygdomme, som må være det centrale budskab, hvis man skal henholde sig til indledningen. Sygdomme kan kategoriseres efter, ”hvor alvorlige de er”, siges der. Gradbøjning af ”alvor-

lig” i en sygdomsmæssig kontekst kommer der imidlertid aldrig en nærmere diskussion, endsig afklaring, af. Cancer hører, sammen med bl.a. maniodepressiv psykose, til den tredje og dermed alvorligste kategori, som kaldes ”De kollektive sygdomme”, hedder det. I modsætning til de to første sygdomskategorier ligger sygdomsårsagen her i det kollektive felt og viser noget om civilisationens problemkompleks, hvorfor den ikke (udelukkende) kan tilskrives den sygdomsramte selv, konkluderes der. Fortælleren har selv fundet trøst i denne forklaringsmodel, så fred være med det.

Værre er det, når det, igen uden kildeangivelse, påstås, at det kristne syn på sygdom er: ”... at det er en straf fra Gud, fordi man har syndet. Jo større en synd, jo alvorligere en sygdom”. Sic!

Et er det faglige indhold, noget andet formen. Med et begrænset ordforråd og manglende flair for sprogets nuancer bliver teksten kedsommelig og visse steder utilsigtet komisk.

I sidste ende er det imidlertid Forlaget Hovedland, der skal klandres for udgivelsen. Forlæggeren bør kraftigt overveje, om udgivelsespolitikken skal give plads til udgivelser, der i den grad forsimples debatten om komplementær og alternativ medicin (CAM).

Af Bodil Gyllembourg Lissau, cand.med.vet., sygeplejerske på det kommunale rehabiliteringstilbud Strandhøj i Skodsborg, bestyrelsesmedlem i Fagligt selskab til fremme og integration af komplementære terapier i sygeplejen.

Ambitiøs og vellykket



Ulla Fasting & Jørgen Hougaard
 (red.)
Fysiologi og Anatomi
 – Det levende menneske
 Munksgaard Danmark 2007
 549 sider – 748 kr.
 ISBN 978-87-628-0349-7

✦ Med ”Det levende menneske” har de studerende og underviserne på de mellemlange og videregående sundhedsuddannelser fået en helt ny type lærebog inden for disciplinerne anatomi og fysiologi. Det nytænkende er bogens opdeling i fire niveauer. Hvert kapitel indledes med en gul markering, hvor den studerende introduceres til det pågældende organsystem samt præsenteres for de vigtigste begreber og teorier. Herefter følger den blå markering, der viser, at det er grundlæggende fysiologi, hvor organsystemets fysiologi og funktionelle anatomi beskrives systematisk og forklares ved hjælp af illustrationer. Den røde farve skal illustrere, at her arbejdes der mere dybdegående med fysiologien fra det blå afsnit. Her finder den studerende mere tilbundsgående udredninger omkring de centrale begreber og teorier. Her findes desuden uddybende forklaringer i henhold til organsystemets interaktion med andre organsystemer set i forhold til forskellige tilstande og fysiologiske stresspåvirkninger. Det sorte afsnit kan oftest ikke umiddelbart kædes sammen med de blå eller røde afsnit, men heri anvises bl.a. patofysiologiske eksempler fra klinikken til at fremme forståelsen af den normale fysiologi, og ny forskning og specielle indfaldsvinkler til stoffet bliver fremlagt her.

Denne opdeling i fire niveauer synes således at give underviseren nye muligheder for at undervise på flere niveauer og herunder f.eks. benytte sig af undervisningsdifferentiering, ligesom ikke mindst den studerende her gives ny inspiration til at læse og tilegne sig stoffet på forskellige stadier.

Ud over at gennemgå de klassiske fysiologiske og anatomiske områder indeholder bogen indledningsvis et kapitel omhandlende topografisk anatomi og et kapitel om histologi. Bagerst i bogen findes et anatomisk atlas indeholdende 47 plancher, der giver den studerende gode muligheder for yderligere indlæring og indsigt i menneskets anatomiske forhold. Desuden har kapitlet omhandlende nervesystemet fået en særlig vægtning, for som redaktørerne nævner, synes dette organsystem dels at give de studerende særlige udfordringer, og dels er alle organer i løbende kontakt med nervesystemet.

Sammenfattende synes denne nye bog at være et ambitiøst, men vellykket værk, som fremtræder læsevenligt og indbydende.

Af Sonni Thelmark, cand.scient., ansat som underviser ved CVU Lillebælt, Sygeplejerskeuddannelsen i Odense.

Det er for ydmygende

Ønskekortene er et spil med 50 billedkort og tre spilleplader i rød, gul og grøn med teksterne "Det vil jeg gerne ændre", "Det kan jeg godt lide", og "Det vil jeg gerne opnå".

Kortene har forskellige motiver, flotte fotos i farver og høj kvalitet. Motiverne spænder vidt, og man associerer til oplevelser, erfaringer eller ideer ud fra billederne. Der er indbydende billeder fra skov og strand, mennesker på gåture, udflugt i kano og familiehygge omkring et middagsbord. Andre billeder virker mindre flatterende, f.eks. skoddede smøger i et askebæger, kroppen af en overvægtig mand iført sorte boksershorts, badevægt og målebånd eller en midaldrende kvinde i en seng med et trist og træt ansigtsudtryk.

Ved et objektivt eftersyn kan de fleste billeder overordnet inddeles i temaer efter KRAM-faktorerne. Ideen er, at spilleren udvælger kort fra spillet og efter eget valg placerer dem på de tre plader. Spilleren er en borger, evt. en gruppe, og spillet skal skabe dialog om sundhed mellem borger og sagsbehandler eller projektmedarbejder. Ud fra de valgte kort findes sundhedstemaer, som borger og medarbejder aftaler handleplaner og definerer mål ud fra. Herefter indgås en samarbejdsaftale. Til dette formål downloades et skema fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside med plads til at tape kort fast, beskrive handlinger, mål og til sidst underskrifter.

Mit forhold til Ønskekortene er meget ambivalent.

På plussiden er, at kortene inspirerer og danner grundlag for en god dialog om sundhed. På det sundhedscenter, hvor jeg arbejder, har vi afprøvet spillet, men udeladt handleplanerne.

Vi introducerede kortene for en gruppe borgere, som besøgte centret for at få information om centrets tilbud.

Frygt ikke tallene

Bogen handler om demografi, som betyder viden om befolkningsudviklingen. Det er en meget lærerig og vigtig metode inden for folkesundhed. Det handler om statistisk sammensætning og distribution af befolkningen samt forandringer og forskydninger over tid.

Demografiske forhold har betydning for nutidens og fremtidens Danmark. Det gælder både på det sociale, sundhedsmæssige, økonomiske og kulturelle felt.

Den aktuelle debat om pensionistårgange og indvandring er demografiske eksempler, som bogen behandler.

Denne bog er den første i en ny serie om metoder inden for social- og sundhedsvidenskaberne. Der er flere metodebøger på vej med spændende emner.

Bogen beskriver emner som demografiske mål, mortalitet, fertilitet, migration og aldersstruktur. Der forklares, hvordan de enkelte mål beregnes, og gennem en beskrivelse af den demografiske udvikling bliver det illustreret, hvilken forståelse man kan få ud af at anvende målene.

Der er gode og righoldige figurer samt tal og formler. Men der er ikke grund til at frygte tallene, for de er velbeskrevne og forklarede. Statistik er glimrende til at afsløre myter og fordomme, da det beskriver store mængder data. Vi taler om den store årgang af ældre, og kvinder der føder i en sen alder, at middelalderen i Dan-

mark var med i et kommunalt projekt og havde netop fået tilkendt fleksjob. Spillet medførte en livlig snak rundt om bordet, og mange sundhedstemaer blev diskuteret.

Sundhed og livsstil opleves som noget privat, og det kræver indføling og respekt at tale om det. Det er almindeligt kendt, at rygning er farligt, og anbefalinger om seks-om-dagen, 30 minutters motion eller skær ned på fedt og sukker kendes af de fleste. Alligevel strutter den danske befolkning ikke af sundhed, og den sociale slagside i levealder og sygdom er synlig og veldokumenteret.

Der skal ændres vaner og rutiner. Motivationen skal opstå hos det enkelte menneske, og han har behov for respekt, støtte, anerkendelse og dialog.

Spillet kan være et udmærket redskab i den proces.

Men i den sidste del af spillet er jeg stæet af. I reglerne står, at spillet skal foregå med respekt for den enkeltes personlige grænser. Hvordan sikres det, når målet er en underskrevet aftale om, hvordan borgeren ændrer livsstil? Sådan bryder jeg mig ikke om at spille. Spil er i min verden noget sjovt, en leg med frivillige deltagere og ikke en metode til at indgå forpligtende aftaler for den ene af parterne. Min 22-årige datters kommentar til spillet var også meget umiddelbar: "Det er da bare for ydmygende."

Jeg håber, at Ønskekortene får en fremtid med reviderede regler, for de er fremragende til dialog i et anerkendende miljø. Min anbefaling lyder: Afskaf samarbejdsaftaler og deltag i spillet, hvad enten du er borger eller medarbejder.

Af Mette Gølnitz, koordinerende sygeplejerske, ansat i SundhedsCentret, Hvidovre Kommune.



Sundhedsstyrelsen 2007
Sundhed og udsatte borgere
 samt
Ønskekortene
 – dialog om sundhed
www.sst.dk/lighedsundhed
 Sundhedsstyrelsen 2007

mark er alt for lav og så videre. Men prøv at læse lidt statistik. Det er lærerigt at se, hvad der gemmer sig bag begreberne og udregningerne. Ofte fortæller tallene noget andet, end det vi fremstiller i ord. Kvantitative data er et godt fundament for en analyse.

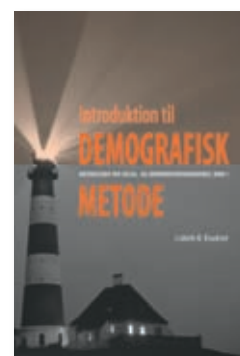
Der er et spændende historisk afsnit om indvandring til Danmark. Det kan anbefales at læse forskernes tal og ord på indvandring frem for kun at høre de politiske toner om emnet.

Den daglige debat i medierne afspejler ikke altid argumenterne i de basale principper inden for demografien. For at forstå Danmarks fremtid er det nødvendigt med viden om den konkrete udvikling og årsagerne til den.

En anbefalelsesværdig bog som er et godt supplement til metodelitteraturen. Det er en fagbog med mange informationer, som vil være nye for mange sygeplejersker. Men tøv ikke, sproget er indbydende og nemt at læse. Valg af metode i projektopgaver er andet end overvejelser om interview, spørgeskema eller tekstanalyse. Fagfolk inden for folkesundhed vil sikkert give mig ret.

Jeg glæder mig allerede til de næste bøger i serien.

Af Gitte Lindermann, cand.scient.pol. og sygeplejerske, ansat som specialkonsulent i Region Hovedstaden, og ekstern lektor på Institut for Statskundskab, Københavns Universitet.




Lisbeth B. Knudsen
Introduktion til Demografisk Metode
 – metodeserie for social- og sundhedsvidenskaberne
 Bind 1 af 4
 Syddansk Universitetsforlag
 2007
 112 sider – 125 kr.
 ISBN 978-87-7674-252-2

Far er usynlig



Susanna Gerstorff Thidemann
Karl og Emmas mor er blevet rundtosset – om at have en mor med en psykisk sygdom
 Socialt Udviklingscenter
 SUS 2007

50 sider – bogen kan rekvireres gratis på www.sus.dk (dog skal der betales porto og ekspeditionsgebyr på 25 kr.)

 Bogen er til de mindste børn på ca. 3-5 år og handler om at være barn i en familie, hvor et familiemedlem har en psykisk sygdom. En bog for denne aldersgruppe har psykiatriske sygeplejersker manglet, så dejligt at der kom en.

Forfatterens ønske har været at skabe forståelse og inspirere til samtaler med børnene om, hvordan det er at have en psykisk sygdom. Dette lykkes delvist.

Bogen kan godt inspirere til samtaler, og den berører flere vigtige emner, men der mangler også vigtige elementer. Forklaringerne på den psykiske sygdom som træthed og rundtosset er ikke gode nok. Illustrationerne, som er flotte akvareltegninger, kunne her have hjulpet, men det gør de ikke.

En beskrivelse af et garnnøgle, der er gået helt i hårdknude, kunne måske bruges til denne aldersgruppe.

Fortællinger om andre almindelige reaktioner hos børn i denne situation mangler i bogen. Dette kunne f.eks. være beskrivelser af, hvordan det kan være svært at sove, vrede eller pludselig gråd over en lille ting. Reaktionen, om er genkendelige hos børnene. Bogen kommer ind omkring skyld og bekymring, hvilket er godt.

Der fokuseres meget på besøg hos mor, som bor på et socialpsykiatrisk bosted og på telefonsamtaler med hende.

Men børnenes far, som er der hele tiden og er den, der skal hjælpe dem igennem det hele, er næsten usynlig. Han forsvinder i bogen, og hvis den skal kunne bruges til samtaler med de mindste børn, er den anden forælder afgørende.

Bogen er i A3 format og på 47 sider, hvor halvdelen af siderne er illustrationer udført af *Mattie S. Rasmussen*.

For børn i denne aldersgruppe er tegningerne sammen med den skrevne tekst vigtige, da det er tegningerne, de ofte "læser", når bogen læses op. Tegningerne er flotte, søde og sjove, men ikke egnede til at beskrive følelser og sindstilstande.

Det er alt for svært at aflæse ansigtsudtrykkene, og det gør, at man bliver i tvivl om, hvordan personerne egentlig har det.


Det gør det vanskeligt at få en god snak om tegningerne. Udtryksfulde tegninger kunne have trukket bogen brugbarhed op, hvilket de desværre ikke gør.

Af Lene Kirkeby, specialuddannet psykiatrisk sygeplejerske, nøgleperson for sindslidende med børn, børnegruppeleder, ansat i Lokopsykiatri Centrum, Århus C.

Veldokumenteret indspark til sygeplejerskeuddannelsen



Herdis Alvsvåg og
 Oddvar Førland (red.)
Engasjement og læring
 – fagkritiske perspektiver
 på sykepleie
 Akribe 2007 (N)
 354 sider – 375 nkr.
 ISBN 978-82-7950-120-6

 I antologien "Engasjement og læring" behandler flere velkendte norske forskere aktuelle spørgsmål og problemstillinger relateret til sygepleje som fag, uddannelse og fagudøvelse. Bogen indeholder 16 artikler, der er kategoriseret i fem temaer. Første tema omhandler de studerendes motivation og engagement for faget. Et centralt spørgsmål er, hvilke motiver og værdier der er udslagsgivende, når unge i dag vælger sygeplejerskeuddannelsen og en måde at forme sygeplejerskerollen på. Næste tema omhandler en af professionsdidaktikkens klassikere, krydsfeltet mellem uddannelse og arbejde. I bogen fokuseres der på sygeplejens kundskabsformer og på forholdet mellem sygeplejeuddannelsen og den fagudøvelse, som uddannelsen skal kvalificere til. Også tredje tema må siges at være særdeles velkendt. Temaet omhandler sygeplejestuderendes læringsarena med vægt på situeret læring via deltagelse i sygeplejepraksis og på sygeplejelærernes rolle som ressourceperson for den studerendes læreprocesser. I det fjerde tema, om sygeplejerskens læringsarena, sættes der fokus på arbejdspladsens individuelle og kollektive læring, hvis kvalitet er afgørende for bl.a. den nyansatte. Desuden findes et kapitel om sygeplejerskens tilfredshed med sit arbejde. I det afsluttende tema om engagement og disciplinering er omdrejningspunkterne etik, disciplin og magt samt sundhedssektorens dominerende, formålsrationelle logik og de tilstande, fænomener og patientgrupper, som denne logik lader tilbage.

Et kapitel vil jeg berøre lidt nærmere, eftersom det

indeholder en ret interessant sammenligning mellem kvindelige sygepleje- og medicinstuderende. Kapitlet er skrevet af sociologen *Bente Abrahamsen*, og det omhandler en undersøgelse af kvinders motiver for at søge ind i sygeplejefaget på baggrund af en undersøgelse af jobværdier og livsstilspræferencer hos de to grupper studerende. Kapitlet giver et tankevækkende skub til en traditionel forestilling om den omsorgsfulde, kvindelige sygeplejerske, der er mere optaget af andres ve og vel end af egen karriere, over for den ærgerrige og målbevidste kvindelige læge. Således viser Abrahamsens undersøgelse, at et altruistisk motiv om at hjælpe andre er lige udbredt blandt medicin- og sygeplejestuderende. Videre er både sygepleje- og medicinstuderende i høj grad optaget af ydre belønninger relateret til karriere og løn, men de sygeplejestuderende vægter faktisk muligheder for karriereavancement signifikant højere end de medicinstuderende, imens de to grupper samtidig har et lige stærkt ønske om gode indtægtsmuligheder.

Antologiens væsentligste svaghed er behandlingen af temaet om studerendes læringsarena, der slet ikke rummer den tyngde og nyhedsværdi, der ellers ses. Alligevel er "Engasjement og læring" et veldokumenteret indspark til dansk sygepleje og sygeplejerskeuddannelse, og konklusionerne synes i lang udstrækning at kunne overføres til danske forhold.

Af Henrik Vinter Billeschou, sygeplejerske, cand.pæd., ansat som seniorkonsulent i Capgemini, Danmark.

Kant, Kierkegaard og kærlighed

”Nestekjærlighed” henvender sig til omsorgspersonale, der ønsker at blive klogere på sig selv i forhold til sygeplejen. Det centrale omdrejningspunkt i bogen er næstekærligheden og dens essentielle betydning for at arbejde i omsorgsfeltet.

Det er en lille handy bog, næsten lommeformat, men den omhandler store begreber, der belyses af kendte og betydningsfulde forfattere inden for området. Næstekærligheden bliver primært anskueliggjort ud fra S. Kierkegaards teori om emnet, men også E. Kant bidrager ud fra sine humanitetsformuleringer. Derudover har Birgit Ellingsrud valgt at bruge bibelcitater og bidrag af norske forfattere.

Forfatteren tager udgangspunkt i lignelsen om den barmhjertige samaritaner, der igennem hele bogen benyttes som eksempel i forhold til de teorier og synspunkter, der inddrages.

Betragtninger og postulater illustreres gennem praktiske eksempler, der er genkendelige for alle sygeplejersker, og som giver mulighed for at udforske egne holdninger i forhold til det overordnede begreb, næstekærlighed, men også barmhjertighed.

Forfatteren forfægter sit standpunkt, at tro (på Gud) er en grundlæggende forudsætning for udøvelsen af næstekærlighed eksemplarisk gennem hele bogen, men derud-

over behandles også håb og kærlighed. Forfatteren udfordrer læserens evne til at få øje på, i hvor høj grad disse begreber er en del af vores dagligdag, og hvordan vi lærer at skelne mellem, hvad vi gør, og hvordan vi gør det.

Man behøver ikke at være enig med forfatteren for at få udbytte af bogen, men under alle omstændigheder bliver man udfordret, ja endog tirret, af forfatterens stringente holdninger. Og med forfatterens holdning for øje kan bogen læses med udbytte af alle, der arbejder inden for omsorgsområdet, og som har behov for at blive bevidste om egne og andres forholdene sig til medmennesket, til næsten.

Etikken har en central rolle i bogen, ikke etik som retningslinjer for sygeplejerskepraksis, men som en erkendelse af, at grundlaget for etisk praksis, (det forfatteren benævner subjekt-subjekt-etik,) findes i det enkelte individs selverkendelse og forståelse af sig selv og ved at arbejde med sig selv.

Det er altid spændende at læse originallitteratur, men for mange vil bogen være en eksemplarisk og forholdsvis hurtig og nem måde at stifte bekendtskab med både Kierkegaard og Kant på.

*Af Kirsaa Ahlebæk, rektor,
medlem af Sygeplejeetisk Råd, sygeplejerske, MPM.*



Birgit Hildershavn Ellingsrud
Nestekjærlighet
Fakbokforlaget (N) 2007
196 sider – 279 nkr.
ISBN 978-82-450-0636-0

Når mor er fjenden

Kommunikation er en vanskelig ting, ikke mindst mellem mødre og døtre. Kommunikation mellem mødre og døtre kan være fantastisk, men kan også være noget af det mest forfærdelige. Bemærkninger fra døtre eller mødre opfattes væsentligt anderledes, end når samme bemærkninger og kommentarer kommer fra andre mennesker.

Døtre og mødre kan være en udfordring for hinanden. Døtre kritiserer deres mor, ja nogle betragter nærmest deres mor som en fjende. Til trods for at mødre og døtre taler samme sprog, misforstår de ofte hinanden. En del af forklaringen er ifølge forfatteren, at vi spejler os i vores mødre og døtre, og i dette spejlbillede ser vi både de gode ting, som vi er stolte af, og de ting som vi allerhelst vil fortrænge. Derfor er det ikke kun, mens vi er børn og unge, vores mødre har indflydelse på os, og ikke kun mens vores børn er små, at vi søger indflydelse i forhold til vores døtre. Mor-datter-forholdet har indflydelse på vores liv – hele livet.

Med udgangspunkt i egne erfaringer giver forfatteren, som er sociolog, ph.d. og professor ved Georgetown University, sit bud på, hvorfor misforståelser mellem mødre og døtre opstår, og hvordan kommunikationen mellem mødre og døtre kan bedres.

Forfatteren balancerer gennem hele bogen mellem en romantisering af mødre og moderskabet og en dæmonisering af samme. Mødre ser deres døtres bedste egenskaber, men kender også deres svagheder. Nogle formår at

acceptere svaghederne, mens andre sårer deres døtre, netop fordi de kender dem så godt. På samme måde kender døtre deres mødre, og alle mødre kan såres, fordi det er de færreste, der kan leve op til alle de krav, der stilles til det perfekte moderskab.

Bogen er fyldt med eksempler på, hvor galt det kan gå, og hvorfor der opstår konflikt. En del af disse eksempler er fra forfatterens eget liv, og det er tydeligt, at forfatteren også har skrevet bogen for at blive klogere på sit eget forhold til sin mor.

Bogen gør tydeligt opmærksom på det dilemma, der er i det moderne moderskab, hvor mødre forventes at kunne agere perfekt både i jobmæssige sammenhænge og i forhold til deres familier og i særdeleshed i forhold til moderskabet.

Det er forfatterens mål at skrive, så alle kan forstå det, frem for at skrive videnskabelige artikler. Referencerammen er hendes egen mor, som aldrig ville læse en videnskabelig artikel.

Bogen er letlæst, humoristisk og ret personlig.

For den læser, som gerne vil opleve forfatteren fra den mere akademiske side, er der henvisninger til artikler på internettet.

*Af Anne Marie Detlefsen, sundhedsplejerske,
cand.pæd. i pædagogisk sociologi,
ansat som sundhedskonsulent i Aabenraa Kommune.*



Deborah Tannen
Skal du ha' det på?
Akademisk Forlag 2007
260 sider – 299 kr.
ISBN 978-87-500-3938-9

5 FAGLIGE MINUTTER SKRIVES PÅ SKIFT AF FIRE SYGEPLEJERSKER:

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



Jørn Ditlev Eriksen,
sygeplejerske, for-
stander på botilbud-
det Slotsvænget,
Lyngby/Taarbæk
Kommune.



Evy Ravn,
sygeplejerske,
cand.scient.soc.,
fagredaktør på
Sygeplejersken.



Birgitte Harild,
sygeplejerske,
leder af visitations-
afdelingen i Halsnæs
Kommune.

De prestigeløse

Sygeplejerskers specialevalg afspejler sundhedspolitikken: Kræftplan og hjerteplan. Men ældreplan? Nej tak.

De tre unge mænd bærer sorte sække op ad trappen og ud af huset. De forvandler hurtigt det tynde lag sne til et ælte af jord, visne blade, grønne mejsekuglenet og plastikbakker fra rævefodringen. Efter tre timer er de færdige. Den åbne, blå container kan ikke rumme mere, 1.465 kg affald har de fyldt i den. 40 års utilsigtet arkivering.

"Det er en katastrofe," siger den næsten 90-årige gamle mand, som ejer huset. Nu sidder han i en lille kommunal bolig og insisterer på fortsat at klare sig selv.

"Jeg skal ikke visiteres," lyder kommentaren til alle forslag om hjælp eller tilbud om adspredelse.

Antallet af 65-årige eller derover forventes at stige fra 15,1 pct. i 2005 til 23,9 pct. i 2030, hedder det i Folkesundhedsrapporten Danmark 2007, udgivet af Statens Institut for Folkesundhed. Alle gamle passer bare ikke ind i det offentlige system.

I et hus 12 km fra den blå container ligger en kvinde i sit soveværelse. De brunternede gardiner er trukket for, og ved siden af sengen står en underkop med ananastern og en tandstikker i hver. Ved siden af kvinden hviler en tøjhund på dynen.

"Den er en trøst for mig, for tiden er lang, når man kun kan ligge i sengen," fortæller hun og stryger hunden over pelsen. En plysbetrasket, lyserød stol står parat til eventuelle besøgende for fodenden af sengen. Når man har siddet i den et stykke tid, hører man den svage brummen fra vibrationsmadrassen, der skal forhindre tryksår.

"Jeg skal ikke visiteres," lyder kommentaren til alle forslag om hjælp eller tilbud om adspredelse."

Kvindens hjælpere er nogle, hun selv har valgt og selv betaler, helt uden om det kommunale system. En gang imellem dukker en sygeplejerske op, som hjælper med medicinen. Ellers er den gamle dame alene, kontakten til omverdenen udgøres af telefonen, hjælperne og en medaljon om halsen, der kan aktiveres, hvis hun falder i sit hjem.

Måske er sygeplejersken et af ca. 140 medlemmer af Fagligt Selskab for Gerontologiske og Geriatriiske sygeplejersker. Selskabets formål er bl.a. at vise, at det er prestigefyldt at arbejde med gamle mennesker.

I regeringens folkesundhedsprogram er det et mål at skabe længere liv med højere livskvalitet for gamle. Ældre skal sikres tilbud, der sigter mod at opretholde deres sociale, fysiske og psykiske færdigheder længst muligt, hedder det. Antallet af socialt isolerede skal nedbringes, og social isolation er en risikofaktor, man ikke må glemme.

Det giver Vejledning om Hjemmesygepleje heller ikke mulighed for. I vejledningen nævnes, at hjemmesygeplejen yder borger- og patientrettet sundhedsfremme og forebyggelse med henblik på at bevare og styrke den enkelte borgers og grupper af borgers sundhed.

Den gamle mand, hvis beholdning af plastikposer, aviser og gammelt tøj ligger i den blå container, er bundet til sin nye bolig af alderdom og dårligdom. Han kan bevæge sig ved hjælp af en rollator, men radius indsnævres dag for dag. Han er både ramt af fysisk forfald og en manglende evne til at have tætte relationer.

Et par gange om ugen træder en ung, ufaglært hjemmehjælper ind ad døren fuld af velvilje og friskhed. Hun skal gøre rent og hjælpe med personlig hygiejne.

Den gamle mand er vanskelig at hjælpe. "Det er en katastrofe," siger han og mener huset, hvor endnu et par blå containere kan fyldes, før det er tomt. Ja, det er en katastrofe. For det er fortsat ikke prestigegivende at beskæftige sig med disse sære, gamle mennesker med en stærk personlig integritet. Men det kan det blive. For i sygeplejen til gamle kan viden omsættes til handling, der sætter spor med det samme.

jb@dsr.dk