

PATIENTFORLØBSVEJLEDERE I ONKOLOGIEN • SELVINJEKTION AF HEPARIN

LØS  
ÅRETS  
JULEKRYDS

# SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR. 25-26 » 12. DECEMBER 2008 » 108. ÅRGANG

**KORT NYT**  
Usynlige gøremål  
er en tidsrøver

**Jyder og  
fynboer vandt  
kampen om  
milliarderne**

## Sundhed i whiskybæltet

– reportager fra Danmarks tre rigeste kommuner ➔



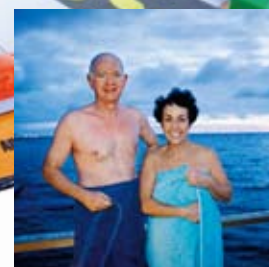
**KLINISK SYGGELEJE VÆSKEINFUSION TIL DØENDE KRÆFTPATIENTER**

## DET KAN DU LÆSE I DETTE NUMMER AF SYGEPLEJERSKEN:

### Whiskybæltet



FORSIDEFOTO: SØREN SVENDSEN



# SUNDHED I DE RIGE KOMMUNER

Hvordan står det til med sundheden hos eliten, der bor i whiskybæltet? Vi fortæller en anderledes historie om ulighed i sundhed og rapporterer fra de tre rigeste kommuner i Nordsjælland: Rudersdal, Hørsholm og Gentofte.

LÆS TEMAET SIDE 12

- 14 FØDEAFDELINGEN**  
Mødrene, der ved, hvad de vil
- 18 MØDREGRUPPEN**  
Kærlig konkurrence og drilleri i mødregruppen
- 20 BØRNENE**  
Detaljeret spejlbillede af børnene i Gentofte
- 24 DE UNGE**  
De har pengene, men mangler nogen at snakke med
- 26 GYMNASIET**  
Når nissepiger fester
- 28 PRIVATHOSPITALET**  
Nogle medarbejdere har ikke tid til at være syge
- 31 PLASTIKKIRURGISK KLINIK**  
Skønhedsdronningen i Holte
- 32 CHARLOTTENLUND FORT**  
Vikinger og skjoldmøer i Charlottenlund
- 33 ALKOHOLIKEREN**  
Rødvinen tog magten
- 34 MISBRUGSAMBULATORIET**  
Svært at tale om alkoholproblemer i sejlklubben
- 36 MOTIONSCENTRET**  
Vigorcentret oser af livsstil
- 38 ÆLDREPLEJEN**  
Ældre, der er vant til at klare sig selv
- 40 VIKARBUREAUET**  
Tanken om privat hjemmesygepleje er ikke fjern

LØS  
ÅRETS  
JULEKRYDS

Side 50



## &gt;&gt;&gt; FAG

## KLINISK SYGEPLEJE

# Skal uafvendeligt døende hr. Hansen have væskeinfusion?

En af sygeplejens mest væsentlige områder er omsorgen for den uafvendeligt døende patient, og et emne her er patientens oplevelse af dehydrerings-symptomer, f.eks. tørst og mundtørhed. I artiklen "Væskeinfusion til døende kræftpatienter" side 56 kan du hente ny evidensbaseret viden om, på hvilken måde væskeinfusion til døende kræftpatienter påvirker patienternes oplevelse af disse og andre symptomer. Da artiklen er i kategorien "en klinisk artikel", kan du også teste, om din praksis har de relevante retningslinjer for væskeinfusion til døende patienter, samt få en grundig præsentation af, hvordan man arbejder med at finde og vurdere evidensbaseret viden om et afgrænset sygeplejeproblem.

LÆS SIDE 56



56



"Nina Berg er sygeplejerske i et Røde Kors Center, hendes veninde beder hende hente en kuffert i et gardero-beskab på Hovedbanegården. Kufferten indeholder en bevidstløs dreng på tre år. Bogens heltinde har ikke tillid til politi og hospitalsvæsen, derfor tager hun barnet med til en læge fra det frivillige netværk, der er opbygget omkring illegale indvandrere."

LÆS ANMELDELSERNE SIDE 75

"Derfor et hib til primærsektoren. Der må gang i flere projekter derude i det kommunale land. Hvorfor er det udelukkende universitetshospitalernes sygeplejersker, som render med de gode idéer, realiserer dem og får publiceret undersøgelser og forskning? Der må være basis for meget mere i kommunerne, specielt nu hvor de er blevet større."

LÆS 5 FAGLIGE MINUTTER SIDE 78



## FAG

### 64 Patientforløbsvejledere i onkologien

En organisering med patientforløbsvejledere aflaster det øvrige personale i form af færre telefonafbrydelser, og patienterne oplever et forbedret overblik over behandlingsforløbet.

### 70 Selvinjektion af heparin

Kliniske retningslinjer udarbejdes bedst i et tæt samarbejde mellem erfarne kliniske sygeplejersker og sygeplejersker med uddannelse i videnskabelig metode.

## I HVERT NUMMER

- 4 Eftertanker
- 4 Kort nyt
- 42 Dansk Sygeplejeråd mener
- 43 Debat
- 49 In memoriam
- 52 Fagtanker
- 52 Faglig information
- 55 Testen
- 69 Agenda
- 75 Anmeldelser
- 78 5 faglige minutter
- 81 Stillingsannoncer
- 86 Kurser/Møder/Meddelelser

## Myten om de rigeste

En gang om året rykker stort set alle mand på *Sygeplejerskens* redaktion ud af huset for at møde virkeligheden og fylde bladet med reportager om sygeplejerskers arbejde som omdrejningspunkt. Årets sidste blad får derfor et lidt anderledes præg end de blade, du plejer at få i hånden. Forhåbentlig vil du synes, at det er godt læsestof.

For to år siden var vi på Odense Universitetshospital, og sidste år rapporterede vi både fra Regionshospitalet i Horsens og fra sygeplejerskernes arbejde i Horsens Kommune. I år opstod idéen til at vende den sociale ulighed på hovedet og tage ud til Danmarks rigeste kommuner.

Danmarks tre rigeste kommuner målt pr. indbygger ligger i Nordsjælland. I realiteten er kommunerne Rudersdal, Hørsholm og Gentofte lige velhavende og repræsenterer også det, som nogle kalder "det berømte whiskybælte" – bedst kendt for de hvide palævillaer langs Strandvejen ud til Øresund.

Det kan være fascinerende at få indblik i, hvordan rige lever, og vi kan ikke sige os fri for at have været en lille smule nysgerrige eller nyfigne, som det også hedder.

Men vi var på forhånd klar over, at vi nok ville komme til at punktere mange af de myter, der svæver rundt om livet i det nordsjællandske. Og vi konstaterer, at der godt nok er en høj andel af rige mennesker i de tre kommuner, men der er ikke de helt store udsving i sundhedsprofilen i forhold til så mange andre steder. Flere penge fører altså ikke nødvendigvis til mere sundhed.

Og det er ikke kun de rigeste, der får lavet plastikoperationer.

Følg med i vores rejse blandt de rige og de knap så rige i Danmarks tre rigeste kommuner.

God læselyst.



Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør  
snp@dsr.dk



## Sygeplejersker



AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST  
ILLUSTRATION: LARS ANDERSEN

**Tidsrøvere.** Rengøring og praktiske opgaver stjæler vigtig tid fra patienterne og skaber stressede og nedslidte sygeplejersker.

Sygeplejersker bruger under halvdelen af deres arbejdstid sammen med patienterne, og det skyldes bl.a., at de dagligt bruger meget tid på hverdagens usynlige gøremål.

Men en række af gøremålene er blevet synlige i forbindelse med, at Dansk Sygeplejeråd under den europæiske arbejdsmiljøuge i uge 43 i år udskrev en konkurrence og opfordrede sygeplejersker til at beskrive deres oplevelser med Hverdagens Usynlige Gøremål eller HUG, som forkortelsen lyder i kampagnen.

### Vask af legetøj

Blandt dem, der tog imod udfordringen, er Team Syd fra Sundhedsplejen Distrikt Amager. De bruger bl.a. en del tid på rene sekretæropgaver som at holde styr på journalerne på skolerne, bestille materialer og afmelde kollegers besøg ved sygdom, og især det sidste giver stress, da det bryder ind i en i forvejen planlagt dag, fortæller sundhedsplejerske *Susanne Jørgensen*. Men også vanding af blomster og vask af legetøj i distriktets tre åbne huse tager tid, for slet ikke at tale om arbejdet ved computerne.

"Det er en tidsrøver af rang, som vi ikke er blevet kompenseret for tidsmæssigt. Det tager f.eks. tid at få den startet og komme ind i diverse lag og få udfyldt alle skemaer, og indimellem går den dødt, så vi enten må lukke ned og genstarte eller søge professionel it-hjælp," siger Susanne Jørgensen, der dog erkender, at mange af opgaverne også eksisterede før computerens tidsalder, bare på papir.

"Men vi udfylder stadig mange af papirerne i hånden, det er f.eks. den eneste måde, vi kan

### REDAKTIONEN )))

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



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



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



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



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



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



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



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



# vil tilbage til patienterne



opdatere Barnets bog på, hvilket vi skal, hver gang vi er på besøg," siger Susanne Jørgensen, der dog er overbevist om, at borgerne får det, de har krav på.

"Men HUG-opgaverne gør, at vi har mindre tid til vores faglige opgaver, hvilket resulterer i stress og nedslidning," siger Susanne Jørgensen, der sammen med sit team er en af de tre vindere i konkurrencen.

Blandt vinderne er også en sygeplejerske, der ønsker at være anonym, men som arbejder på en af Region Midtjyllands større skade-

stuer. Her skal sygeplejerskerne f.eks. dagligt fylde alle rum og skabe op, klargøre journaler, ordne vasketøj og rengøre brugte instrumenter og vaskefade, mens de om natten også ofte selv må rengøre lejer og gulve for bræk, alt sammen samtidig med, at de modtager akutte patienter.

## En husassistent var løsningen

Den tredje vinder er Onkologisk/hæmatologisk Ambulatorium på Næstved Sygehus, hvor sygeplejerskerne også tager sig af deci-

derede sekretæropgaver, men også opgaver, som en portør eller serviceassistent kunne tage sig af, f.eks. bringe blodprøver til laboratoriet eller bestille depot- og sterilvarer. Ambulatoriet har dog også fundet en løsning på nogle af de usynlige gøremål, fortæller sygeplejerske og tillidsrepræsentant *Susanne Nørregård*.

Da mange patienter ofte har en lang dag på sygehuset, er et af ambulatoriets højt prioriterede mål, at patienterne kan få et varmt måltid mad i løbet af dagen. Sygehusets centralkøkken laver derfor små frosne anretninger, som personalet efter opvarmning i mikroovnen kan servere for patienterne.

Ambulatoriet har ansat en tidligere social- og sundhedshjælper som husassistent, og nu søger de endnu en person, som kan hjælpe sygeplejerskerne af med endnu flere af deres HUG-opgaver.

## Prioritering af opgaver

Konkurrencen er også en del af en større webdebatkampagne om den gode arbejdsplads, som Dansk Sygeplejeråd har kørt i samarbejde med leder af Center for Stress og Trivsel, *Thomas Milsted* de seneste måneder.

2.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd *Dorte Steenberg* håber, at sygeplejerskernes fortællinger om HUG sammen med webkampagnen kan skabe mere synlighed og debat om bl.a. sygeplejerskernes faglighed, arbejdsbelastning og prioritering af arbejdsopgaver.

"Derved bliver det tydeligere for de enkelte arbejdspladser, hvad de kan gøre for at forbedre arbejdsmiljøet. Debatten er også med til at gøre Dansk Sygeplejeråd klogere på, hvad det er, der fylder på arbejdspladserne, og de resultater vil vi selvfølgelig bruge i vores fremadrettede arbejde," siger Dorte Steenberg.

[cso@dsr.dk](mailto:cso@dsr.dk)

*De tre vinderfortællinger og web-kampagnen om HUG ligger på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside på [www.dsr.dk/hug](http://www.dsr.dk/hug)*

Journalist  
**Christina Sommer** (DJ)  
[cso@dsr.dk](mailto:cso@dsr.dk)  
Tlf.: 4695 4264



Fagredaktør  
**Jette Bagh**  
[jb@dsr.dk](mailto:jb@dsr.dk)  
Tlf.: 4695 4187



Sekretær  
**Helle Refsgaard Amstrup**  
[hra@dsr.dk](mailto:hra@dsr.dk)  
Tlf.: 4695 4035



Sekretær  
**Anette Olsen**  
[ao@dsr.dk](mailto:ao@dsr.dk)  
Tlf.: 4695 4183



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



Fagredaktør  
**Evy Ravn**  
[er@dsr.dk](mailto:er@dsr.dk)  
Tlf.: 4695 4256



Sekretær  
**Birgit Nielsen**  
[bn@dsr.dk](mailto:bn@dsr.dk)  
Tlf.: 4695 4186



Webkoordinator  
**Sabina Ringqvist**  
[sr@dsr.dk](mailto:sr@dsr.dk)  
Tlf.: 4695 4191



# Jyder og fynboer vandt kampen om milliarderne

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

## ««« TILBAGEBLIK

**Sygehuse.** Ekspertudvalg anbefaler opførelse af to nye supersygehuse i Århus og Odense og bebuder lukning af akutmodtagelser over hele landet. Udsillet roses af fagfolk, men flere steder i landet er borgerne vrede over udsigten til sygehuslukninger.

To store supersygehuse i Århus og i Odense løb med de fleste af milliarderne, da regeringens ekspertudvalg i slutningen af november løftede sløret for, hvordan de mener, at staten skal investere 25 mia. kr. i nyt sygehusbyggeri de kommende 10 år.

"Jyderne i Midtjylland og Syddanmark stod som den store vinder, mens Region Sjælland var den store taber," lød vurderingen i Dagens Medicin.

Ekspertudvalget, der ledes af tidligere direktør for Hovedstadens Sygehusfællesskab Erik Juhl, foreslår, at der afsættes 6,35 mia. kr. til at bygge et nyt stort sygehus i Skejby uden for Århus. I Region Syddanmark skal der afsættes 6,3 mia. kr. til at bygge et nyt Odense Universitetshospital i nærheden af



ARKIVFOTO: SCANPIX

Syddansk Universitet. Sygehuset skal tage akutpatienter fra hele Fyn og øerne i Det Sydfynske Øhav, og derfor får Region Syddanmark ikke lov til også at gøre Svendborg til et akut sygehus.

Til gengæld vendte eksperterne tommelfingeren nedad til kompromisløsningen med et akutsygehus i den lille by Gødstrup mellem Holstebro og Herning. I stedet anbefales det at modernisere Regionshospitalet i Herning.

### ««« NYE SYGEHUSE PÅ VEJ

Regeringens Kvalitetsfond skal afsætte 25 mia. kr. til nyt sygehusbyggeri mellem 2009 og 2018. En ekspertgruppe ledet af adjungeret professor, dr.med. Erik Juhl har i en ny rapport afgivet en række anbefalinger til, hvordan pengene skal fordeles.

**Region Nordjylland:** Samling af Sygehus Aalborg Nord ved Aalborg Syd: 3,2 mia. inkl. egenfinansiering.

**Region Midtjylland:** Udbygning af Skejby Sygehus: 6,35 mia. inkl. egenfinansiering.

Udbygning af fælles akutmodtagelse i Viborg 1,15 mia. inkl. egenfinansiering.

**Region Syddanmark:** Nyt Odense Universitetshospital: 6,3 mia. inkl. egenfinansiering.

Udbygning af fælles akutmodtagelse på Kolding Sygehus: 0,9 mia. inkl. egenfinansiering.

**Region Sjælland:** Etablering af fælles akutmodtagelse på Slagelse Sygehus: 0,3 mia. inkl. egenfinansiering.

Samling af psykiatriske funktioner i Slagelse: 1,05 mia. inkl. egenfinansiering.

**Region Hovedstaden:** Etablering af nordfløj på Rigshospitalet: 1,85 mia. inkl. egenfinansiering.

Udbygning af Herlev Hospital: 2,25 mia. inkl. egenfinansiering.

Udbygning af Hvidovre Hospital: 1,45 mia. inkl. egenfinansiering.

Udbygning af Sct. Hans Hospital: 0,55 mia. inkl. egenfinansiering.

Læs hele rapporten Regeringens investerings- og sygehusplaner – screening og vurdering på [www.sum.dk](http://www.sum.dk) eller [www.fm.dk](http://www.fm.dk)

### Hård straf til Region Sjælland

Debatten om et nyt supersygehus i Sønderjylland har raset mellem lokale politikere, der skiftede mening så sent, at ekspertudvalget ikke kunne nå at vurdere de seneste planer om at bygge nyt sygehus i Aabenraa. Derfor var der ikke nogen penge til de sønderjyske projekter i udvalgets indstilling. Hårdest var ekspertudvalget ved Region Sjælland. Eller som chefredaktør Kristian Lund udtrykte det i en klumme i Dagens Medicin:

"Imod al logik og stik mod Sundhedsstyrelsens anbefalinger valgte regionsformand Kristian Ebbensgaard (V) og hans kolleger i regionsrådet at fastholde alle sygehusmatriklerne i deres plan. Nu får de deres straf – Erik Juhl og eksperterne dumper simpelthen deres plan. Regionen er blevet spist af med 1,3 mia. kr. Deraf langt den største andel oven i købet reserveret til en modernisering på det psykiatriske område. Resten, sølle 300 mio. kr., går til regionens egentlige sygehusplaner."

Region Hovedstaden får heller ikke hverken

## Mål din leder

Halvdelen af Danmarks næsten 70.000 offentlige ledere har fået deres indsats målt af medarbejdere og chefer. Undersøgelser viser, at de fleste ledere er glade for den systematiske tilbagemelding, men nogle ledere har dårlige erfaringer og føler, at evalu-

eringen har skær af eksamen over sig. En ny guide udgivet af Væksthus for Ledelse opregner 10 principper for god ledelsevaluering.

"Alle ledere vil gerne have feedback, og en evaluering kan være et godt afsæt for såvel

lederens selvrefleksion som for dialogen med chef og medarbejdere. Desværre oplever vi, at nogle forsømmer at følge op på resultaterne, og så kan evalueringen blive kostbart spild af tid eller endda medføre personlige og ledelsesmæssige omkostninger," siger Søren

# Vejen til et europæisk sundhedsmarked

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST

rosende ord eller penge i stride strømme. Eksperterne mener, at planerne på nogle områder er mindre ambitiøse end de øvrige regioners, bl.a. fordi regionen vil beholde akutmodtagelse på en række af de mindre sygehuse. Region Hovedstaden får 1,85 mia. kr. til en ny nordfløj på Rigshospitalet, 2, 25 mia. kr. til Herlev Hospital 1,45 mia. kr. til Hvidovre Hospital og 550 mio. kr. til udbygning af Sct. Hans Hospital.

## Aktuberedskaber nedlægges

Udvalget anbefaler også, at der sker en koncentration af den specialiserede og akutte behandling for at sikre høj faglighed og effektiv drift. Derfor skal antallet af sygehuse med fælles akutmodtagelse ned på 18 i løbet af 10 år.

"Det plejer at være *Bent Hansen* (formand for Danske Regioner, red.), der får klø for at nedlægge sygehuse, nu er det mig," konstaterede formanden Erik Juhl i flere medier.

Formand for Dansk Sygeplejeråd, *Connie Kruckow*, var blandt de fagfolk, der roste udspillet:

"Det akutte beredskab skal være højt specialiseret, fordi det sikrer størst mulig kvalitet i sygepleje og behandling. Men udviklingen skal gå hånd i hånd med tryghed for borgerne. Kommuner og regioner skal opruste på de nære tilbud – ikke mindst til de kroniske og de medicinske patienter. Der skal også flere sygeplejefaglige kompetencer i spil i almen praksis, ligesom jeg er enig i finansministerens og sundhedsministerens udmelding om sygeplejerskebemandede skadestrukturer i de nedlagte sygehuse," sagde Connie Kruckow til Berlingske Tidende.

Til gengæld er borgere i flere lokalområder gået på barrikaden. De frygter, at der bliver for langt til den nærmeste skadestue:

"Afstanden for borgerne hernede er for lang til et stort sygehus inde i Odense, og det kan godt være, at fagfolk ser det anderledes, men utrygheden er der altså stadig. Det er nok forskellen på fagfolk og os politikere, for vi skal varetage almindelige menneskers interesser," sagde Svendborgs borgmester *Lars Erik Hornemann* (V) til Jyllands-Posten. Ekspertudvalgets forslag indgår i regeringens forhandlinger med regionerne. Omkring 1. februar afgøres det, hvor mange penge hver enkelt region får til at bygge nye sygehuse for.

**EU-forslag.** Patienter får adgang til behandling i hele EU, og udgifterne betales af hjemlandet. Det baner nu vejen for et europæisk sundhedsmarked, mener mange.

"Det er vejen til et fælles europæisk sundhedsmarked," konkluderer sundhedsøkonom *Kjeld Møller Pedersen*, ifølge det politiske månedsmagasin Notat, om EU-Kommissionens forslag til et direktiv om patienters rettigheder i det indre marked.

Kernen i det seneste udkast til patientdirektivet er, at alle europæiske borgere får ret til at søge behandling på hvilket som helst privat eller offentligt hospital i EU og få udgiften til behandlingen refunderet af det offentlige i hjemlandet. Patienten behøver ikke at bede om tilladelse hos en praktiserende læge i hjemlandet forud for en hospitalsindlæggelse, såfremt han har ventet så længe på en behandling i sit hjemland, at det er sundhedsmæssigt uforvarligt.

Hvorvidt direktivforslaget er en gave til patienterne eller til skade for det offentlige nationale sundhedsvæsen, diskuteres nu ivrigt blandt interesseorganisationer, politikere og myndigheder.

Næstformand i Region Midtjylland og medlem af Danske Regioners Sundhedsudvalg, *Johannes Flensted-Jensen* (S), mener at forslaget fra EU-Kommissionen gør det vanskeligt at opretholde det danske sundhedsvæsen, som vi kender det i dag.

## Dansk model utopisk

"Hvis man ikke behøver en henvisning til ambulant behandling i udlandet, så vil det være utopisk at tro, at vi kan opretholde dette i en dansk behandling. Det bliver et voldsomt skridt i retning af mere markedsførelse," siger han til Notat og tilføjer:

"Det har ikke en skid med sundhed at gøre. Men det skaber en større privat sektor – det er en af de mest forudsigelige konsekvenser."



Men det er Venstres medlem af Europa-Parlamentet, *Karin Riis Jørgensen*, slet ikke enig i.

"Jeg køber ikke præmissen om, at det vil underminere det offentlige sundhedsvæsen. For 99 procent vil stadig bruge de offentlige hospitaler, og mange behandlinger i udlandet vil også være på et offentligt hospital," siger hun.

Den europæiske sammenslutning af offentligt ansatte (EPSU) er stærkt skeptisk over for direktivforslaget og frygter, at investeringerne i nationale hospitaler vil forsvinde, hvis patienterne kan flyves med budgetselskaber til lavprislande.

Patientdirektivet deler de politiske vande mellem dem, der mener, det er en stærk ret, og dem, der mener, det er en syg lov. I det nyeste nummer af månedsmagasinet Notat kigger både erhvervsliv, politikere, patientorganisationer og eksperter dybt i krystalkuglen og kommer med forskellige bud på, hvorfor sundhed er blevet en del af EU's indre marked, og hvordan patientens rolle forandres på tværs af Europa.

Europa-Parlamentet skal nu afgive sit besyv til direktivet – men det forventes ikke at komme til behandling før Europa-parlamentsvalget i juni 2009.

Læs mere: [www.notat.dk](http://www.notat.dk)

*Thorup*, der er formand for Væksthus for Ledelse. Publikationen "Ledelsevaluering. En Guide til Kommuner og Regioner" kan downloades eller bestilles fra [www.vaeksthusforledelse.dk](http://www.vaeksthusforledelse.dk)

(bso)

## Vidste du at ...

... der er omkring 600 hjemmefødsler om året i Danmark? Det er lige under 1 pct. af samtlige fødsler.

Kilde: Sundhedsstyrelsens fødselsregister.

# Politikere vil have raske ud af sygehusene

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

**Sanktion.** Kommuner kan risikere at skulle betale mere, når færdigbehandlede patienter ikke kan udskrives fra de medicinske eller psykiatriske afdelinger.

Det er helt urimeligt, at sygehussenge fortsat fyldes op af færdigbehandlede psykiatriske og medicinske patienter, fordi der ikke er plejehjemsplads i hjemkommunen. Derfor bør sundhedsministeren overveje, om det beløb på knap 1.700 kr. pr. døgn, som kommunerne i dag skal betale til regionerne for at lade færdigbehandlede patienter ligge på sygehuse, skal sættes op.

Sådan lyder meldingen fra Venstres sundhedspolitiske ordfører, sygeplejerske *Birgitte Josefsen (V)*, og synspunktet bakkes op af De Konservatives socialordfører *Vivi Kier*.

*Sygeplejersken* beskrev for nylig, hvordan færdigbehandlede patienter i 2007 optog 52.000 sengedage på medicinske afdelinger. En opgørelse fra Region Hovedstaden viser, at 2.524 færdigbehandlede ældre fra kommunerne i hovedstadsområdet de første syv måneder af 2008 havde tilbragt tilsammen knap 30.000 dage på hospitalerne. Desuden er det kommet frem, at psykiatriske patienter i flere tilfælde

langtidsparkeres på sygehusene, fordi der ikke er tilbud til dem i deres hjemkommune.

"Vi er i øjeblikket ved at kigge på taksterne for behandling både i det offentlige og private regi, og i den sammenhæng er det relevant at kigge på taksterne for de færdigbehandlede patienter. Det er ikke bare et spørgsmål om økonomi. Det er også et spørgsmål om, at det er uværdigt for færdigbehandlede patienter at skulle ligge på et sygehus i flere måneder – hvad enten det drejer sig om en somatisk eller psykisk lidelse," siger *Birgitte Josefsen*, som understreger, at problemet med mange færdigbehandlede patienter i senge- ne først og fremmest er et storbyproblem.

*Vivi Kier* opfordrer også til en løsning, så raske kommer hjem fra sygehusene.

"Det er indlysende, at færdigbehandlede mennesker ikke må blive ofre for kommunal kassetækning og dermed langtidsparkeres på sygehusene. Samtidig er det uhensigtsmæssigt, at sengene optages af raske, der dermed blokerer for de syge," siger *Vivi Kier*.

Kommunerne afviser, at øget betaling er vejen frem. I Københavns Kommune er man allerede i fuld gang med at skaffe plejeboliger og sikre ældre patienter et plejetilbud, når de



FOTO: ISTOCK

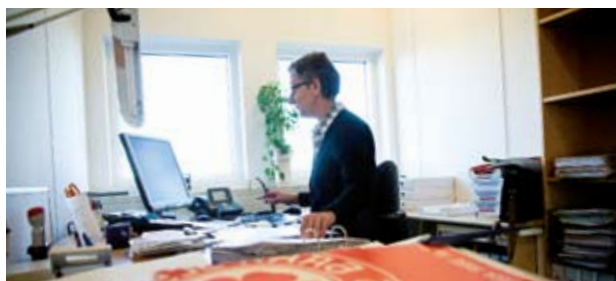
skal hjem fra sygehuset, siger sundheds- og omsorgsborgmester *Mogens Lønborg (K)*.

"Det er billigere for os at have dem hjemme, og vi vil gerne sikre de bedste forhold for vores borgere, så vi har rigeligt med incitament til at løse problemet," siger *Mogens Lønborg*.

Du kan læse det medicinske udspil og alle vores andre artikler om det medicinske område på: [www.dsr.dk/medicinske](http://www.dsr.dk/medicinske)

[bs@dsr.dk](mailto:bs@dsr.dk)

**MEDICINSKE PATIENTER**



## Kreds Syddanmark i nye lokaler

Vi er flyttet sammen i nye lokaler på Vejlevej 123, Fredericia.

### Kom og besøg os!

Vi holder reception mandag den 19.01.09 kl. 14.00–17.00.

Vi holder desuden åbent hus den 10. og den 18. februar '09 – begge dage kl. 9.00–15.00.



## Kreds Sjælland i nye lokaler

Vi er flyttet sammen i nye lokaler i Ringsted-Centret, Nørregade 13, 1. sal, Ringsted.

### Kom og besøg os!

Vi holder åbent hus/nytårskur onsdag den 7. januar kl. 12.00–18.00.

Vi glæder os til at vise de nye lokaler frem!





## Studerende vil have mere feedback

Hver tredje studerende på en professionsuddannelse har overvejet at springe fra og ønsker mere dialog med underviseren i timerne og mulighed for hjælp efter timerne. Omkring en tredjedel af dem, der overvejer at stoppe, mener ikke, de får nok personlig tilbagemelding på deres faglige arbejde. Det er nogle af resultaterne fra rapporten "Professionsbacheloruddannelserne – de studerendes vurdering af studiemiljø, studieformer og motivation for at gennemføre" fra forskningsinstitutionen Anvendt Kommunalforskning, AKF.

"Et er jo, hvad man skriver ned – noget andet er så, om rengøringen overholder det, man har aftalt. Det bliver man nødt til at føre skarp kontrol med. Vi prøver i forvejen på alle mulige måder at nedbringe antallet af infektioner på sygehuse. Og dårlig rengøring hjælper ikke ligefrem – om det så er et privat firma eller os selv der gør rent."

Formand for Danske Regioner *Bent Hansen* (S) i B.T.

## Regionshospitalet er sundeste virksomhed

Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder arbejder målrettet med at gøre sine medarbejdere tilfredse og sunde. Denne ambition er blevet belønnet med prisen "Årets Sundeste Virksomhed 2008". Prisen er indstiftet af et samarbejde bestående af Berlingske Tidende, Dansk Erhverv, Sundhedsdoktor.dk og Sundheds- og Forebyggelsesministeriet med Danica Pension som officiel partner.

"Det er tydeligt, at sundhed er en stor del af deres ledelsesstrategi, der handler om at få både fysisk og psykisk sundhedsfremme ud i alle afdelinger og personalegrupper," sagde administrerende direktør *Jens Klarskov*, Dansk Erhverv, på vegne af dommerpanelet. Det er første gang, prisen uddeles.

(sp)

Glædelig  
jul

Dansk Sygeplejeråd  
ønsker alle medlemmer  
og samarbejdspartnere  
en rigtig glædelig jul  
og et godt nytår.

*Connie Kruckow*  
CONNIE KRUCKOW, FORMAND

*Anne Granborg*  
ANNE GRANBORG, ADM. DIREKTØR



I DSR har vi valgt at lade jule- og nytårskort være fortid. I stedet har vi sendt to checks til UNICEF og Julemærkefonden som bidrag til organisationernes vigtige arbejde for børn. Læs mere på DSR's hjemmeside [www.dsr.dk/solidaritetsfonden](http://www.dsr.dk/solidaritetsfonden).

## NYT FRA DANSK SYGEPLEJERÅD

### ))) SAGT OM LØNKOMMISSIONEN

"Man må gerne sende flere penge fra politikerne. Men i sidste ende er det altså arbejdsmarkedets parter, der skal udmønte dem. Ellers underminerer man aftalesystemet."

Formand for Akademikernes Centralorganisation, *Sine Sunesen*, til Børsen 30. maj 2008.

"Forslaget om en lønkommission har fået mange knubbede ord med på vejen, men det viser også, hvor vigtigt det er. Jeg er glad for, at regeringen har taget forslaget til sig. Nu skal vi være enige. Regeringen kan ikke holde til, at det her ryger på gulvet."

FTF's formand, *Bente Sorgenfrey*, på FTF's hjemmeside 18. september 2008 som kommentar til modstanden mod regeringens første udspil til kommissorium for Lønkommissionen.

"Som jeg ser det, skal Lønkommissionens analyser bane vej for en egentlig ligelønsreform. Målet er lige så ambitiøst, som det er selvindlysende rigtigt: I det danske velfærdssamfund skal der være lige løn for lige uddannelse, ligeløn mellem offentligt og privatansatte og ligeløn mellem mænd og kvinder."

Dansk Sygeplejeråds formand, *Connie Kruckow*, til *Sygeplejersken* 17. oktober 2008.

"Et moderne velfærdssamfund skal være kendetegnet ved lige løn for lige uddannelse, ligeløn mellem offentligt og privatansatte og ligeløn mellem mænd og kvinder. Desværre er der en markant uligeløn på det danske arbejdsmarked. Den skal fjernes. Sygeplejerskerne finder sig stadig ikke i, at vi har et stort løn efterslæb i forhold til privatansatte med samme uddannelsesniveau og -længde. Uligeløn dræner det offentlige sundhedsvæsen for kvalificeret arbejdskraft og er derfor et samfundsmæssigt problem."

Udtalelse vedtaget af Dansk Sygeplejeråds kongres ultimo oktober 2008.

# Store forventninger til Lønkommissionen



**Første møde.** Senest med udgangen af maj 2010 skal Lønkommissionen være klar med et analysemateriale, der kan danne grundlag for overenskomstforhandlingerne i 2011.

Lidt forsinket blev den, men af sted kom den: Regeringens lønkommission har holdt det første af en række møder.

Sundhedskartellet er repræsenteret i kommissionen ved forhandlingschef *Helle Varming*. Hun siger til *Sygeplejersken*, at der er knyttet store forventninger til Lønkommissionens arbejde, og at der nu forestår et kolossalt udredningsarbejde, som Sundhedskartellet vil investere stor energi i.

Lønkommissionens arbejde skal give især de offentlige arbejdsgivere og fagbevægelsen et fælles grundlag, når de fremover diskuterer løn og forhandler overenskomster, konstaterer kommissionens formand, tidligere departementschef og teaterchef *Michael Christiansen*. Til Ritzau siger han:

"Vi skal sørge for at skaffe et fælles begrebsapparat. Det er en stor del af arbejdet. Så skal vi lave analyser i fællesskab og enighed, hvor vi bl.a. får analyseret problemstillinger med relationer til lønforskelle mellem sammenlignelige grupper – herunder ligeløn."

Michael Christiansen oplyser, at der er planlagt 15 møder i kommissionen i løbet af de næste 18 måneder, og at analysearbejdet vil blive opdelt i fem store grupperinger af emner.

**Medlemmerne**  
Kommissoriumet bag Lønkommissionen består af i alt 40 medlemmer, og deres opgave er at "kortlægge, analysere og drøfte, om løndannelsen og ansættelsesvilkårene for offentligt ansatte understøtter en positiv udvikling af den offentlige sektor."

Ud over formanden består Løn-

kommissionen af repræsentanter for hovedorganisationerne: seks fra LO, fire fra FTF og to fra AC, et medlem fra hvert af de statslige og kommunale/regionale forhandlingsfællesskaber CFU, KTO og Sundhedskartellet samt repræsentanter for de offentlige arbejdsgivere: Finansministeriet, Kommunernes Landsforening (KL) og Danske Regioner (DR). Desuden har i alt fem eksperter "udefra" sæde i kommissionen, heriblandt en repræsentant for Dansk Arbejdsgiverforening (DA).

Det første udspil fra regeringen til kommissorium for Lønkommissionen blev kritiseret af bl.a. LO for at sætte for megen fokus på ledelsesværktøjer, men efter mindre justeringer sagde hele arbejdstagersiden ja til at deltage i kommissionsarbejdet.

(sp)

## Har du brug for vejledning om konfliktunderstøttelse?



I løbet af december bliver de sidste opgørelser sendt ud til de medlemmer, der venter på den endelige beregning af deres konfliktunderstøttelse.

Dansk Sygeplejeråd er opmærksom på, at opgørelserne kan kræve en uddybende forklaring, og derfor er vi klar med vejledning og hjælp såvel i Kvæsthuset som lokalt i kredsene. Kredsene kan være behjælpelige i forhold til mere generelle forhold omkring konfliktunderstøttelsen, men den egentlige sagsbehandling foregår i Kvæsthuset. Har du

meget specifikke spørgsmål til din opgørelse, er det fortsat en god idé at kontakte hotline på telefon 4695 4301.

Du kan læse meget mere om konfliktunderstøttelse på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) – her finder du også svar på ofte stillede spørgsmål. Tjek også din lokale kreds' hjemmeside for yderligere informationer og særlige initiativer. Telefonnumre til kredsene står bagest i bladet. Læs også mere på hjemmesiden om åbningstider mellem jul og nytår.

(snp)



## Tillidsrepræsentanterne skal rustes til ligelønskamp

**Frontlinjen.** Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse mødtes med 400 tillidsrepræsentanter for at drøfte den fortsatte ligelønskamp, konfliktunderstøttelse og fagets fremtid.

Der var livlig diskussion og god stemning, da 400 tillidsrepræsentanter onsdag den 26. november 2008 mødtes med den øverste politiske ledelse af Dansk Sygeplejeråd. Formand *Connie Kruckow* slog i sin indledende tale fast, at tillidsrepræsentanterne er dem, der mest tydeligt mærker efterlønningerne af forårets konflikt.

"I står i forreste række, når medlemmerne har spørgsmål og kritik," sagde hun og fortsatte: "Jeg kan godt forstå, at nogle medlemmer er utilfredse med, at det tager så lang tid at få afsluttet konfliktafregningen. Faktum er, at Dansk Sygeplejeråd har foretaget mere end 90.000 lønudbetalinger. Der er desværre så mange fejl i indberetningerne – også fra arbejdsgiverne – at vi kun kan ordne ca. 20 pct. maskinelt. Resten af sagerne skal håndteres



FOTO: POUL RASMUSSEN

Emnerne var ligelønskamp, konfliktunderstøttelse og fagets fremtid, da 400 tillidsrepræsentanter mødtes med Dansk Sygeplejeråds formandskab i DGI-byens Øksnehal i København den 26. november.

manuelt. Det tager tid, og det beklager vi. Men vi har sat alle sejl til, både i kredsene og Kvæsthuset, for at få afsluttet sagerne hurtigst muligt," sagde *Connie Kruckow*.

Tillidsrepræsentanterne stillede en række spørgsmål til formandskabet, bl.a. om konfliktunderstøttelsen.

"Princippet for udbetaling af konfliktunderstøttelse er, at alle medlemmer, der har været i konflikt, skal sikres deres sædvanlige

løn. Det betyder, at hvis indtjeningen fra arbejdsgiveren har været mindre end sædvanligt, suppleres der op via konfliktunderstøttelsen til den sædvanlige løn. Omvendt er det også væsentligt, at for meget udbetalt konfliktunderstøttelse bliver betalt tilbage til Garantifonden. Ellers er det fællesskabet – dvs. alle sygeplejersker – der kommer til at hænge på regningen," sagde 2.-næstformand *Dorte Steenberg*.

*Grete Christensen*, 1.-næstformand, lagde vægt på, at Dansk Sygeplejeråd skal blive ved med at skaffe konkrete resultater til medlemmerne. "Her er I som tillidsrepræsentanter helt afgørende, fordi I er den mest arbejdspladsnære politiker, vi har i Dansk Sygeplejeråd," sagde *Grete Christensen*.

Og resultater er der mange af, slog *Connie Kruckow* fast. F.eks. har kredsene skaffet sygeplejerskerne mere end en kvart milliard kroner i lokale tillæg siden 2006. Den nye overenskomst har siden 1. april givet sygeplejersker i regionerne på trin 6 med 10 års erfaring ca. 1.500 kr. mere om måneden i gennemsnit. Og Lønkommissionen holder sit første møde den 4. december. Den er kun blevet nedsat, fordi Sundhedskartellet strejkede i foråret, sagde hun.

Undervejs på stormødet udarbejdede tillidsrepræsentanterne mere end 80 sider med konkrete forslag, som hovedbestyrelsen nu ser nærmere på.

(snp)

## Nej til sundhedsforsikring betalt ved træk i lønnen

Dansk Sygeplejeråd siger nej til personalegoder i form af sundhedsforsikringer, der finansieres ved træk i de ansattes bruttoløn. Hvis arbejdsgiverne derimod vælger at tilbyde sundhedsforsikringer til deres ansatte som en generel velfærdssydelse, uden at medarbejderne skal betale for dem, står det dem frit for.

Men Dansk Sygeplejeråds grundlæggende sundhedspolitiske holdning er, at de mest syge borgere skal have adgang til sygepleje og behandling først.

Det er holdningen i Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse, som har drøftet sundhedsforsikringer som et personalegode foranlediget af en konkret henvendelse fra Vordingborg Kommune til Dansk Sygeplejeråds Kreds Sjælland.

(sp)

## Seniorerne forbereder valg af ny bestyrelse

**Indflydelse.** Fristen for opstilling til valg for en af de fem kredse er 1. maj 2009.

Seniorsammenslutningen i Dansk Sygeplejeråd har efter sin seneste generalforsamling fået en struktur med fem kredse, der svarer til Dansk Sygeplejeråds struktur. Godt 9.000 af Dansk Sygeplejeråds medlemmer er også medlemmer af seniorsammenslutningen.

Seniorsammenslutningens medlemmer skal vælge ny bestyrelse i 2009. Fristen for opstilling til valget er 1. maj. I hver kreds vælges ét bestyrelsesmedlem og en suppleant. De fem bestyrelsesmedlemmer udgør seniorernes landsbestyrelse.

Valgproceduren er ny. Det er landsbestyrelsen, der er ansvarlig for valgets gennemførelse, men de fem kredse kan lokalt tilrettelægge proceduren for afvikling

af valget, som de vil. Det skal dog sikres, at alle medlemmer af seniorsammenslutningen får mulighed for at afgive stemme. Selve valgproceduren finder sted i juni måned. Der gennemføres ikke valgprocedure, hvis der kun er tilmeldt det antal kandidater, der skal vælges i hver kreds.

"Det er vigtigt, at alle medlemmer af seniorsammenslutningen er opmærksomme på, at der skal gennemføres valg af bestyrelse i 2009. Vi ved, at mange af vore medlemmer ikke har adgang til computer og dermed oplysningerne om seniorsammenslutningen på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside," siger Seniorsammenslutningens formand, *Hanne Kristensen*, *Hinnerup*.

(sp)

Et gammelt mundheld siger: ”Er man født med en sølvske i munden, så får man et rigt liv”. Og det er faktisk ikke helt forkert ifølge statistikken. Dem med de længste uddannelser, de højeste indkomster og de dyreste adresser lever også sundest og længst, og de får de bedste behandlingstilbud. Sygeplejerskens rejsende redaktion er taget på **reportage i tre af Danmarks rigeste kommuner**: Rudersdal, Hørsholm og Gentofte for at fortælle en anderledes historie end den, man oftest læser om ulighed i sundhed. Vi har undersøgt, hvordan det egentlig står til med sundheden hos eliten, der bor i **whiskybæltet**. Forklaringen på det navn er efter sigende, at folk i området i gamle dage snuppede en whisky, når de kom hjem fra arbejde. Og det gør de måske stadig, for selvom borgerne i de tre kommuner bliver karakteriseret som **ressourcestærke mennesker** med et godt netværk, så har forholdsvis mange et **risikabelt alkoholforbrug**. Vi rapporterer fra barselsgangen, fra sundhedsplejen, fra mødregruppen, fra gymnasiefesten, fra alkoholambulatoriet, privathospitalet, plastikkirurgen og hjemmeplejen. Og vi taler med en række borgere om, hvordan **de lever et sundt liv**.

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST • MODELFOOTO: SØREN SVENDSEN

# En anderledes historie om ulighed

## »»» DE RIGESTE

I de tre rigeste kommuner Rudersdal, Hørsholm og Gentofte tilhører hver tredje borger eliten ifølge en definition, der bygger på indkomst, alder og uddannelse. Den gennemsnitlige bruttoindkomst for de mennesker, der tilhører eliten, er 60.000 kr. pr. måned. Ingen kommuner uden for Sjælland har en eliteandel, der svarer til mere end hver tiende borger.

Kilde: Definitionen af eliten er foretaget af Arbejderbevægelsens Erhvervsråd og Ugebrevet A4.

## »»» LEVER LÆNGST

Rudersdal Kommune har landets højeste middellevetid på 79,3 år, tæt fulgt af de andre kommuner nord for København, 79,2 år i Hørsholm og 79 år i Gentofte. Et par jyske kommuner kan dog også være med i front. Gennemsnittet for hele landet er 78,4 år.

Kilde: Statens Institut for Folkesundhed.

## »»» FÅR BEDST BEHANDLING

Kommunerne i Nordsjælland kan tilbyde den mest moderne medicinske behandling. Læger og speciallæger søger i højere grad end i andre kommuner om tilskud til den nyeste og bedste behandling til f.eks. diabetes, forhøjet blodtryk og depressioner.

Kilde: Lægemedellindustriforeningen.





i sundhed

**Kontrolfreaks.** Der er langt mellem de såkaldt socialt dårligt stillede på Fødeafdelingen på Gentofte Hospital, hvor kvinder med ønsker om kontrol og medbestemmelse udgør flertallet. Jordemødrene gør alt for at møde kvinderne der, hvor de er, uden at gå på kompromis med fagligheden.



# Mødrene, der ved, hvad de vil

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

Klokken er lidt over halv-ni i Svangreambulatoriet på Gentofte Hospital, og de første kvinder med runde maver i forskellige størrelser er dukket op i venteværelset, hvor de sidder sammen med deres bedre halvdele og venter på, at det bliver deres tur.

”Anne kom du med mig, så tager vi lige den blodprøve,” siger en jordemoder næsten familiært til en af kvinderne, som rejser sig og følger med.

Svangreambulatoriet er en del af Fødeafdelingen på Gentofte Hospital. Det er placeret lidt under gadeplan, men fremstår alligevel lyst og hyggeligt. De polstrede stole med armlæn er placeret i små grupper omkring borde sammen med et par sofaer. I en reol står masser af læsestof til at fordrive ventetiden med, og en tavle og to borde med opslag og pjecer

byder på al ønskelig information til de vordende forældre, som vicechefjordemoder *Marianne Tolstrup* beskriver som meget vidende og bevidste om deres graviditet og ønsker til fødsel.

”Vi har at gøre med nogle kvinder, der ved, hvad de vil. De vil gerne bestemme og have kontrol over deres liv, også når de skal føde. Vi har måske ikke så mange socialt dårligt stillede som andre steder, men det gør ikke vores arbejde mindre udfordrende. Det kan f.eks. tage lang tid at overbevise en vordende mor om, at en naturlig eller aktivt ledet fødsel er at foretrække frem for kejsersnit, især hvis de har haft en dårlig oplevelse tidligere,” siger *Marianne Tolstrup*.

Fødeafdelingen hjælper mellem 2.000 og 2.200 børn til verden om året, hvoraf hver

femte blev forløst ved kejsersnit i 2007, hvilket svarer til landsgennemsnittet.

## Kejsersnit på morens ønske

Ifølge Fødselsregisteret 2007 var antallet af kejsersnit på morens ønske 14 pct. på landsplan i 2007, mens Gentofte Hospital var blandt landets topscorere med 21,1 pct. kejsersnit på morens ønske. Ifølge *Marianne Tolstrup* skyldes det høje tal dog ikke kvindernes behov for at kunne kontrollere det hele, eller at de har en lavere smertetærskel end gennemsnittet.

”Det er primært andengangsfødende, der ønsker kejsersnit, og det skyldes ofte, at de har haft en mere eller mindre traumatisk oplevelse ved en tidligere fødsel. Som jordemodre ved vi godt, at det ofte går hurtigt anden gang, men vi bliver nødt til at tage udgangs-



Der er udelukkende ansat jordemødre, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere, læger og sekretærer på Fødeafdelingen på Gentofte Hospital. Her er jordemoder Line Lockwood i gang med den daglige udskrivelsesamtale på Barselsgang, i dag med både første- og flergangsfødende.



## Fødeafdelingen

punkt i, hvordan kvinderne har det,” siger Marianne Tolstrup.

Vicechefjordmoderen anslår, at gennemsnitsalderen på førstegangsfødende på afdelingen er omkring de 30, måske en anelse højere end landsgennemsnittet på 29,1 år, og antallet af ældre kvinder er nok en smule højere her end i resten af landet, siger hun.

”Vi har løbende flere kvinder i slut-30'erne og begyndelsen af 40'erne samt nogle ganske få i slut-40'erne tilknyttet afdelingen, og det ser man nok ikke så mange andre steder i landet,” siger hun.

### Akut ledede fødsler

For at sikre alle den bedst mulige oplevelse på fødegangen er der som på så mange andre fødselsafdelinger masser af tilbud til de gra-

vide. Til at lindre smerter tilbydes der bl.a. vandbade, steriltvandspapler, akupunktur, lattergas og epiduralbloklader, og kvinderne kan også vælge mellem en naturlig fødsel (NAF) og en aktivt ledet fødsel (ALF).

”Med de aktivt ledede fødsler tilbyder vi bl.a. kejsersnit efter 10 timer, hvis livmodermunden ikke er fuldt åben. Derved håber vi på, at færre kvinder vil gå herfra med en oplevelse af, at fødslen tog lang tid, og at det var den mest udmattende og frygtelige oplevelse i hele deres liv. Kvinderne aftaler altid fødselens forløb med en jordemoder på forhånd. Vi aftaler en plan og følger den, medmindre det af



”Vi har løbende flere kvinder i slut-30’erne og begyndelsen af 40’erne samt nogle ganske få i slut-40’erne tilknyttet afdelingen, og det ser man nok ikke så mange andre steder i landet.”

Vicechefjordemoder *Marianne Tolstrup.*

» faglige grunde bliver nødvendigt at ændre den. Synes jordemoderen ved fødslen ikke, at planen er god, går hun med kritikken til den jordemoder, der har lagt planen sammen med kvinden, og aldrig til kvinden selv. Det er vigtigt, at kvinden føler sig tryk og ikke bliver usikker midt i det hele,” siger Marianne Tolstrup.

Afdelingen har en fødemodtagelse og svangreafsnit, som tager imod alle kvinder, der er gået i fødsel eller føler smerter eller ubehag under graviditeten. På den måde er selve fødegangen med dens fire fødestuer udelukkende for kvinder i aktiv fødsel.

”Vi ønsker at skabe ro og et ordentligt arbejds miljø på fødegangen, så den enkelte jordemoder kan koncentrere sig om den kvinde, hun er tilknyttet gennem hele fødslen, og ikke bliver afbrudt hele tiden.”

#### Opfølgning på fødslen

Personalet gør meget ud af at følge ordentligt op på fødslen over for både den nybagte mor og far. Som udgangspunkt tilbydes alle par enestue de to første overnatninger, og før udskrivelse gennemgår en jordemoder fødselsforløbet med moren, ligesom fædrene opfordres til at være med. Der afholdes også fælles udskri-

velsessamtaler for mødre og fædre hver dag kl. 10, hvor emner som hjemkomst, amning og samlivet som ny familie bliver diskuteret.

”Forældrene kan godt have vidt forskellige opfattelser af, hvordan fødslen forløb, og begge opfattelser er lige rigtige. Derfor lægger vi stor vægt på, at både mor og far får mulighed for at snakke oplevelsen igennem. Hvis de efter hjemkomsten synes, at fødslen fylder meget på en lidt dårlig måde, opfordrer vi dem til at kontakte os, så de kan få gennemgået fødslen en gang til,” fortæller Marianne Tolstrup, der forleden havde en nybagt far i røret.

”I modsætning til hans kone syntes han, at fødslen havde været meget hård. Det handler om, at de får bearbejdet fødslen, så den bundfælder sig som en positiv oplevelse hos dem, både af hensyn til forældrene og barnet. Tænk hvis man som barn år efter år må lytte til, at mor synes, fødslen var meget hård. Fødsler er hårdt arbejde, men også en stor og lykkelig begivenhed,” siger Marianne Tolstrup.

Selvom kvinderne er meget vidende og ønsker kontrol, oplever Marianne Tolstrup og hendes kolleger også, at de i høj grad har tillid til personalets faglighed og lytter til det, de siger.

”Hvor jordemødre for 20 år siden måske blev opfattet som lidt strenge og bedrevidende, efterspørger kvinderne i dag vores professionelle viden,” siger hun.

*cso@dsr.dk*



Omkring 25 pct. af de nybagte forældre og deres børn tager hjem efter en overnatning. Omkring 13 pct. bliver tre nætter eller flere, mens flertallet, de resterende godt 60 pct., tager hjem efter de to nætter på enestue.

#### Vidste du at ...

... der er færre overvægtige kvinder i kommunerne nord for København end i resten af regionen? For mændenes vedkommende er overvægt lige så stort et problem.

Kilde: Region Hovedstadens Sundhedsprofil 2008.





Selvom familien bor på Østerbro, valgte Ditte Nissen og hendes mand at føde på Gentofte Hospital pga. tilbuddet om to overnatninger på enestue til hele familien.

# To nætter på enestue trak

**Udskrivningssamtalen.** Efter to overnatninger på Gentofte Hospital er det nybagte forældrepar Nissen Kristensen parat til at vende hjem med deres nyfødte datter.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

28-årige *Ditte Nissen* sidder i Dagligstuen på Barselgangen sammen med sin mand *Michael Kristensen* og deres kun to dage gamle datter, som er deres første barn. Sammen med fire andre nybagte forældre er de mødt op til den fælles udskrivningssamtale med jordemoder *Line Lockwood*, der i godt en times tid fortæller om den nærmeste fremtid og det nye liv som en lille familie. Hun er dårligt kommet i gang, før det unge pars datter sætter i et skrig i Michael Kristensens arme. Sådanne afbrydelser er Line Lockwood dog vant til.

”Husk på, at gråd er jeres barns måde at kommunikere på,” siger hun og fortsætter ubesværet fællesseancen.

”Jeg er ikke imponeret over jer unge kvinder i dag, eller rettere jeres evne til at bede om hjælp. Det er et godt tidspunkt at gøre det på nu,” siger hun og råder også som noget af det første forældrene til at gøre sig klare tanker om, hvilke familiemedlemmer de vil se hvornår.

”Det er endnu mere vigtigt at melde klart ud, nu hvor vi går ind i en højtid, og alle har tid og lyst til at komme forbi hele tiden. I skal også have tid sammen alene,” siger jordemoderen og minder også forældrene om, at mobiltelefoner har en tænd og sluk-knap, det er ikke nemt at få en amning op at stå, samtidig med at man sms'er.

Efter lidt mad ved Ditte Nissens bryst, falder datteren hurtigt til ro igen, og de gode råd om bl.a. amning, brystspændinger, kost, knibe-øvelser og babypleje ser ud til at bundfælde sig hos forældrene, som også har rig mulighed for at stille uddybende spørgsmål.

Ditte Nissen arbejder til daglig som skibsoperatør i et shippingfirma, og hendes mand er børsmægler. De bor på Indre Østerbro, men valgte

trods den korte afstand til Rigshospitalet at blive tilknyttet Gentofte Hospital.

”Jeg undersøgte tilbuddene på de forskellige sygehuse, vi kunne vælge imellem. Og her så jeg, at Gentofte Hospital tilbyder enestue de to første nætter, så Michael har kunnet overnatte her sammen med os, og det er jeg meget glad for. Vi er nye i forældrerollen og ved intet, og jeg ville ikke have lyst til at stå alene med hende. Vi er her i så kort tid, og det har været vigtigt for os at dele den første tid,” siger Ditte Nissen.

## Hurtig vandfødsel

Hun blev indlagt for snart to døgn siden, kl. 17 om eftermiddagen og godt seks timer senere, kl. 23.17, havde hun født sin datter, hvilket hun erkender vist må beskrives som en ret ukompliceret og hurtig fødsel.

”Men med verne op til, synes jeg nu, at fødslen føles noget længere og ret hård.”

Ditte Nissen havde på forhånd besluttet, at hun ville føde naturligt, men ikke mere naturligt, end at hun ville tage imod alle former for smertelindring, hvis det blev nødvendigt. I første omgang blev smerterne lindret i vand, og før hun vidste af det, havde hun også født i vand, kun hjulpet på vej af lidt lattergas.

”Jeg havde slet ikke forestillet mig, at jeg skulle føde næsten helt naturligt, og så i vand, det havde jeg ellers sagt, jeg ikke ville, men sådan skulle det altså ikke gå,” siger Ditte Nissen, der føler sig parat og ikke mindst glæder sig til at komme hjem.



# Kærlig konkurrence og drilleri i mødregruppen

**Moderskab.** For fire kvinder har mødregruppen udviklet sig til et venindeskab og et fristed, hvor de udveksler erfaringer om alt lige fra amme- og søvnproblemer til irriterende mænd.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

”Vi er altså ikke helt færdige med den yogahistorie,” siger 38-årige *Marianne Selch* lettere fornærmet, mens hun forgæves kæmper mod at smile.

Hun er lige vendt hjem efter en uges ferie på Gran Canaria og har nu opdaget, at der har været mytteri i mødregruppen. Halvdelen af det fire kvinder store fællesskab er begyndt til baby-yoga, mens hun har været væk, og nu er holdet overtegnet.

”Du er godt nok rigtig tøsesur,” svarer 32-årige *Inge Balleby* grinende tilbage, mens 31-årige *Rie Frank* nikker smilende.

For et halvt år siden var de lykkeligt uvidende om hinandens eksistens, men at dømme efter den indforståede og drillende snak, der går rundt om spisebordet med nybrygget kaffe, hjemmebagte boller og friskskåren frugt, skulle man tro, at deres venindeskab gik langt tilbage.

”Vi kendte ikke hinanden, før vi blev introduceret til hinanden her i mødregruppen, hvor vi har det rigtig godt sammen. Ingen af os var fort-



Mødregruppen

Mødregruppen er nedsat af sundhedsplejersken. Den består af Inge Balleby, skolelærer i Allerød, og hendes søn Chad, Rie Frank, sygeplejerske på Gentofte Hospital, og datteren Camille, fundraiser i Red Barnet Marianne Selch og sønnen Tristan. Det sidste medlem af gruppen er i skrivende stund på ferie i USA.

sat, hvis vi ikke klikkede så godt,” siger Marianne.

Generelt beskriver kvinderne deres forhold til sundhed som afslappet.

”Vores børn får f.eks. både færdigkøbt mad og hjemmelavet babymos. Vi går alle fire efter økologiske produkter og er alle meget enige om, at de ikke skal have sukker, så vidt det kan undgås, vi propper dem f.eks. ikke med frugtmos for at få det til at glide lettere ned,” siger Marianne Selch.

Da de bor inden for få kilometers radius i Brådebæk og Ubberød nær Hørsholm, løber de også sammen to-tre gange om ugen, når deres mænd er kommet hjem fra job og overtager pasningen af hus og børn.

”Det handler meget om, at vi har samme interesser, bare det at vi kan være med til at gejle hinanden op til at komme i form igen her efter den anden fødsel, det er meget givende,” siger Inge Balleby, der ligesom Rie er anden gangsfødende, mens Marianne har en adoptiv søn på tre et halvt år.

### Kyllingemos og selvsideende børn

Ries datter *Camille* har siddet med ved bordet hele tiden, og efterhånden som bollerne glider ned, vågner *Chad* og *Tristan* også. Børnene er omkring seks måneder gamle, og mødrenes opmærksomhed rettes naturligt mod de tre poter, som alt efter evne ligger eller sidder på det kulørte legetæppe i det store, lyse køkkenalrum. De taler om, hvad der er sket, siden de sidst sås. Bl.a. spiste Tristan hele 210 g kyllingemos på vej hjem fra lufthavnen i forgårs, mens Camille til sin mors store ærgrelse og de andres overraskelse er begyndt at ville have bryst igen i løbet af natten, hvilket hun ellers var holdt helt op med for en måned siden.

”Camille er 14 dage ældre og kan altid lidt mere end de andre,” siger Marianne, der har taget en glad og rolig Tristan op på sit skød, en egenskab som omvendt vækker misundelse hos Rie og Inge.

Marianne sætter Tristan ned på legetæppet igen, overbevist om, at han ikke selv kan sidde endnu som Camille. Med ganske lidt støtte fra mor, og derefter ingen, lykkes det dog Tristan selv at sidde oprejst i ganske få sekunder, før han tipper lidt til siden igen.

”Han kan sidde selv! Tristan kan sidde selv,” siger Marianne begejstret og har vist i samme sekund helt glemt mytteriet.

*cso@dssr.dk*

# Fødselsforberedelse på tysk, engelsk og fransk

**Fremmede fødsler.** Som på mange andre hospitaler har nogle af jordemødrene på Gentofte Hospital hvert deres speciale, f.eks. tvillingefødsler eller engelsk-, fransk- eller tysktalende kvinder, som også benytter sig af private tilbud som fødselsforberedelse på engelsk.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST

En forestående fødsel kan være skræmmende, men hvis den samtidig skal finde sted i et fremmed land med en anden kultur, er det kun naturligt, at den vordende mor bliver ekstra nervøs og usikker. Det prøvede zoneterapeut og homøopat *Britta Ludvigsen* selv på egen krop, da hun kom til Danmark fra Schweiz for 13 år siden og skulle være mor for første gang. Hun har derfor siden hen taget det irske kursus i fødselsforberedelse ”Birthing from Within” og tilbyder udenlandske kvinder fødselsforberedelseskurser på engelsk, tysk eller fransk, bl.a. via opslagstavlen på Svangreambulatoriet på Gentofte Hospital.

”Fødselskulturerne er meget forskellige fra land til land. F.eks. fortæller amerikanske kvinder mig ofte, at de har hørt, at man i Danmark føder helt uden epidural og ikke får særlig meget smertelindring. Det gør dem nervøse, og det kan tage lang tid at flytte deres overbevisninger,” siger Britta Ludvigsen, der løbende bliver kontakten af udenlandske kvinder, dog er der tit for få til at samle et helt hold, hvorfor det ofte ender med privatundervisning for et eller to par til en pris på 500 kr. for to timer.

”Der er typisk tale om meget veluddannede kvinder, som er i Danmark for en kortere periode i forbindelse med, at de selv eller deres mand er udstationeret her i landet. Uanset om de er førstegangsfødende eller skal føde for første gang i Danmark, har de et stort behov for at få at vide, hvordan en fødsel forløber på et dansk sygehus, og hvilke tilbud og hvilken hjælp de har krav på,” siger Britta Ludvigsen, der bl.a. også rådgiver de udenlandske kvinder om amning, de danske sundhedsplejersker, og hvilke tilbud og netværk for udlændinge der findes i Danmark.

Vicechefjordemoder *Marianne Tolstrup* på Gentofte Hospital anslår, at Fødeafdelingen hvert år har omkring 100 engelsktalende kvinder, som netop er i landet i forbindelse med deres eget eller deres mands job. De bliver alle tilknyttet en jordemoder, der kan tale engelsk, ligesom afdelingen også har jordemødre, der kan tale fransk og tysk.

*cso@dssr.dk*



Sundhedsdatabasen giver et præcist spejlbillede af børnenes sundhed foreløbig op til skolealderen.

## Sundhedsplejen

**Elektronisk registrering.** Gentofte og 14 andre kommuner anvender en kvalitetsudviklet sundhedsplejerskejournale, hvis data indlæses i en fælles database. Det tegner et detaljeret billede af børns sundhed, som kan bruges til præcis forebyggelsesindsats, politisk prioritering og forskning.



# Detaljeret spejlbillede af

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR • FOTO: SØREN SVENDSEN

Databasen om børns sundhed er beliggende i Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed og drives i samarbejde mellem de deltagende kommuner og Region Hovedstaden. Alle kommuner, som anvender elektroniske journaler, der er godkendt til at levere data til den kliniske database, kan indgå i samarbejdet.

Sundhedsplejerske *Charlotte Nedergaard* har sin bærbare computer med, når hun er på besøg hos børnefamilier i Gentofte. De data, hun og hendes kolleger indsamler under besøgene, bliver parkeret i computeren og indgår derefter i en stor klinisk database, som Gentofte og et dusin andre kommuner i det tidligere Københavns Amt alle bidrager til. Senest er to kommuner uden for Region Hovedstaden – Køge og Vejle – kommet til.

Meningen med den meget præcise og de-



# børnene i Gentofte

taljerede registrering af børnenes sundhed og udviklingstrin, som er grundlaget for databasen, er at give de sundhedsprofessionelle bedre muligheder for at vejlede og støtte børnene og deres forældre. Men de præcise data kan også danne grundlag for forskning nu eller senere, ligesom politikerne kan få gode råd baseret på solid dokumentation, når der skal prioriteres. I dag er de ældste børn, der indgår i den kliniske database, startet i skole.

”Sundhedsplejerskerne har altid haft en for-

pligtelse til at føre journaler over deres besøg hos familierne, men de centrale myndigheder har kun meget overordnet beskrevet, hvordan der skal føres journaler. Derfor har der været muligheder for, at de enkelte kommuner har gjort det ret forskelligt, ligesom der har været forskelle fra sundhedsplejerske til sundhedsplejerske,” siger *Lisbeth Wilms*. Hun er ledende sundhedsplejerske i Gentofte og er med i gruppen, der har udarbejdet efterhånden fire årsrapporter baseret på de indsamlede data.

Den kliniske database gør det muligt at følge udviklingen i børns sundhed på udvalgte områder i en enkelt kommune og at sammenligne med udviklingen i andre kommuner.

Alle projekter, der baseres på databasen, skal beskrives i en protokol og godkendes af en række myndigheder, eftersom der er tale om personfølsomme oplysninger.

”Vi deler ikke data ud som bolsjer,” siger udviklingskonsulent og sundhedsplejerske *Anne Lichtenberg*, Enhed for Udvikling og Kvalitet



» i Region Hovedstaden. Hun er blandt databasens mødre og fædre, som begyndte det forberedende arbejde tilbage i 1997.

### Ny arbejds metode

Kravene til dataindsamlingen har stillet store krav til sundhedsplejerskerne i Gentofte og de øvrige deltagende kommuner.

”Det stiller store krav til at ændre sine arbejds metoder. Sundhedsplejerskerne har gjort det rigtig godt og kan se resultater af deres arbejde,” siger Lisbeth Wilms. Hun tilføjer, at sundhedsplejerskernes erfaringer med den kvalitetssikrede journal er genstand for fælles faglige drøftelser.

”Computeren skal ikke tage over under sundhedsplejerskernes besøg hos familien. Først foretager hun sine undersøgelser, og der-

Sundhedsplejerske Charlotte Nedergaard foretager først sine undersøgelser og skriver senere resultaterne ind i computeren.

på skrives resultaterne ind i den elektroniske journal, hvor forældrene kan se og følge deres barns udvikling, herunder vægt- og højdekurver,” siger udviklingskonsulent Anne Lichtenberg og fortsætter:

”Den elektroniske sundhedsplejersjournal vil højne kvaliteten af vores arbejde, og den vil stå meget stærkt, hvad angår dokumentation og sammenhænge, også over et langt tidsrum,”

siger hun, og tilføjer: ”Udviklingen af databasen vil aldrig blive færdig. Den skal følge med tiden, og fokus flytter sig hele tiden.”

Den elektroniske registrering har efterhånden fundet sted så længe, at de første børn nu har nået indskolingsalderen. De første data for denne aldersgruppe bliver samlet sidst på året 2008, og årsrapporten med resultaterne vil foreligge i 2009. Senere danner materialet grundlag for en journal til udskolingsbørnene i 8.-9. klasse. Det fortsatte udviklingsarbejde sker i samarbejde med de involverede kommuner.

Databasen medvirker også til udvikling af ny viden på børneområdet. Der er således ved

”Den elektroniske sundhedsplejersjournal vil stå meget stærkt, hvad angår dokumentation og sammenhænge.”

*Anne Lichtenberg, sundhedsplejerske og udviklingskonsulent.*



Sundhedsplejerske Charlotte Nedergaard undersøger den 14 dage gamle prinsesse hjemme hos Inge og Michael Schmidt på en hyggelig villavej i det sydvestlige hjørne af Gentofte Kommune.

### ))) DEN SENESTE ÅRSRAPPORT OM BØRNS SUNDHED

Den seneste årsrapport vedrørende børns sundhed i de deltagende kommuner sætter fokus på sundhedsplejerskens sidste af i alt fire besøg hos de mindste børn. Det er tidspunktet, hvor de almindelige sundhedsplejerskebesøg slutter for de fleste børns vedkommende i 8-10-måneders-alderen.

Årsrapporten viser, at der er behov for at udvikle et behovsanalyseredskab med faglige kriterier for behovsbesøg af sundhedsplejersken i barnets første leveår og i småbarnsalderen, herunder henvisning og samarbejde med andre faggrupper. Dette arbejde er allerede påbegyndt.

at blive udviklet en screening af barnets psykiske udvikling ved 9-10-måneders-alderen. Denne screening vil fremover indgå i sundhedsplejerskens hjemmebesøg og medvirke til at opspore børn med tidlige tegn på psykiske problemstillinger.

*sp@dsr.dk*

*Interesserede kan få yderligere oplysninger hos Anne Lichtenberg, Region Hovedstaden, tlf. 4820 5454, eller Lisbeth Wilms, Gentofte Kommune, tlf. 3998 4502.*

### ))) SUNDE BØRN

Kun 4,4 pct. af børn i Gentofte udsættes for passiv rygning i hjemmet. Det fremgår af sundhedsplejerskernes dataindsamling, og det er væsentligt under gennemsnittet i Region Hovedstaden, som er 15,9 pct. Det sidste tal kommer fra regionens sundhedsprofil.

Gentoftes indbyggere er sammen med Rudersdal og Hørsholm i den erhvervs-mæssige og uddannelsesmæssige elite. Derfor kunne man tro, at antallet af for tidligt fødte børn er lavere i Gentofte end i Region Hovedstaden som helhed. Her viser Gentoftes data imidlertid, at forekomsten af for tidligt fødte børn svarer til regionens gennemsnit.

Ny fødte Gentofte-børn og deres mødre bliver hurtigt udskrevet efter fødslen. I de 14 kommuner, der er omfattet af den kliniske database, er 73,9 pct. af børnene udskrevet to-tre dage efter fødslen. I Gentofte Kommune er det 82,1 pct.

I de deltagende kommuner er der hos 28,7 pct. af børnene bemærkninger til den motoriske udvikling, i Gentofte Kommune er det 24,7 pct.



## De unge

**Opmærksomhed.** Er livet bedre, når man har flere penge end gennemsnittet? Eller dukker der bare andre problemer frem? Sygeplejersken har spurgt en læge og en SSP-konsulent fra Rudersdal Kommune.

# De har penge, men mangler nogen at snakke med

AF REBEKKA HOLM ANDERSEN, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

De er unge, smukke og rige. Moderen er psykolog, og faderen er læge. De bor i villa, og de har swimmingpool i baghaven. Men bag facaden gemmer der sig en anden virkelighed. De unge lever i et vakuum med hinanden eller sig selv og er alene om at håndtere følelser og identitetsdannelse. Sådan lyder én af myterne om de unge mennesker fra whiskeybæltet i Nordsjælland. Men ser det nu også sådan ud? *Sygeplejersken* har talt med kommunallæge *Tine Keiser-Nielsen* og SSP-konsulent *Erik Eugen Olsen* om unges sundhed i Rudersdal Kommune.

”Det handler ikke så meget om, om de har penge eller ej, men om forældrene har evnen til at gå ind og støtte deres børn, for det er

det vigtigste. Alle de unge, der går ned med flaget, er dem, hvor forældrene ikke har mulighed for at hjælpe deres barn,” fortæller Erik Eugen Olsen.

Nogle af de unge i Rudersdal er ligeglade med penge, men mangler i højere grad opmærksomheden fra deres forældre.

”Ja, det er forældrene, der har for travlt, så går de direkte fra arbejde ned og spiller squash og fra det hen og spiller tennis, og så mødes de ude på golfbanen om aftenen,” siger Erik Eugen Olsen.

Igennem en årrække har kommunallæge Tine Keiser-Nielsen talt med kommunens 9.-klasse-elever, bl.a. om alkohol, voksenkontakt og sundhed.



”De unge med mange penge har også problemer, men det er måske en anden type problemer end unge uden så mange penge. Men det, der er allervigtigst for et barns sundhed og trivsel, er engagerede forældre eller engagerede voksne på en eller anden led. Men selvfølgelig er der forskel, for er man i armod, så har man heller ikke det samme overskud til at være der for børnene. Men nogle gange kan de rige forældre også have meget travlt. For travlt til at engagere sig i deres børn,” siger Tine Keiser-Nielsen.

Omkring hver tiende elev i 9. klasse oplyser, at de mangler en voksen at tale med, når de er kedede af det. Men de fleste har en kam-





Natteravnene er en sammenslutning af frivillige forældre, som hver fredag og lørdag er synlige i gadebilledet fra kl. 21.30 til omkring kl. 01. I Rudersdal Kommune er der sammenlagt 65 natteravnene, og Jesper Juul var med til at starte natteravnene op i Birkerød i oktober 2006, da der havde været problemer med en gruppe utilpassede unge i byen.

merat eller en slægtning, som de kan henvende sig til, hvis de har det svært.

”Man kan se en tendens til, at der er mange, der ikke har nogle voksne at snakke med, og det er for mange, og det bør man være rigtig opmærksom på at ændre,” siger Tine Keiser-Nielsen.

#### De har prøvet at drikke

I Rudersdal Kommune drikker 33-35 pct. af borgerne mere end genstandsgrænserne, og det er et højt tal i forhold til resten af landet. Der er endnu ikke lavet en opgørelse af, hvordan det ser ud med de unge i Nordsjælland.

”Der er sammenhæng mellem, hvilke signaler de voksne sender over for deres børn og

børnenes adfærd. Hvis de voksne lever sundt og aktivt og ikke ryger, så lever børnene sundere og ryger i mindre grad, end hvis voksne gjorde det omvendte. Det er også gældende for alkohol, hvis børnene ser deres forældre drikke, så er det mere naturligt for dem selv at begynde,” siger kommunallæge Tine Keiser-Nielsen.

Fra sine samtaler med de unge i 9. klasse ved hun, at 80 pct. drikker alkohol i et eller andet omfang. Der er ingen med et dagligt forbrug, men det at drikke har en social betydning for de unge.

”Man kan sige, at de starter tidligt, alt for tidligt. De burde jo vente med at drikke, til de er 18 år, men det gør de ikke, og det har deres foræl-

dre heller ikke ventet med at gøre. Så det kan man ikke forvente,” siger Tine Keiser-Nielsen.

En af de faktorer, der påvirker de unges alkoholforbrug i en positiv retning, er sport. Fodbold, svømning, håndbold og dans hører til de mest populære sportsgrene, og mange unge er meget engagerede i sport. Ud fra Tine Keiser-Nielsens rundspørge kan hun konstatere, at mange dyrker sport på eliteplan, og det drejer sig om mange timer om ugen.

”De finder hurtigt ud af, hvis de drikker sig fulde fredag aften, så kan de ikke spille håndboldkamp om lørdagen,” siger Tine Keiser-Nielsen.

rea@dssr.dk



# Når nissepiger

AF REBEKKA HOLM ANDERSEN, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

**Årets fest.** Julen bliver fejret på Gammel Hellerup Gymnasium med et brag af en julefest, og de unge giver den ekstra gas, inden en nært forestående juleferie og 3.g'ernes større skriftlige opgave.

Det er fredag den 28. november 2008, og det er en kold aften. "Last Christmas" med Wham drøner ud af højtalerne adskillige gange sammen med andre genkendelige toner for at få julestemningen i vejret. En gruppe unge mennesker er godt i gang med at gøre klar til julefest på Gammel Hellerup Gymnasium. Heriblandt 17-årige *Victor Emmanuel* fra 2.æ, som er medlem af festudvalget.

"Det er uden sidestykke årets fest, og næsten alle elever fra gymnasiet kommer. Der plejer at komme omkring 500 ud af 700 elever til julefesten," siger han.

Festudvalget fra Gammel Hellerup Gymnasium er samlet omkring et par pizzaer, her en halv time inden festen går i gang. De sidste detaljer skal lige på plads. Der er pyntet op med julehjerter i den store sal, og kunstig sne er spredt ud over indgangen til dansegulvet.

To nissepiger står klar med små kurve med julegodter og en øl i den anden hånd.

Victor Emmanuel fortæller, at han plejer at drikke mellem 15 og 25 genstande, når han er til fest.

"Til gengæld så holder jeg mig væk fra stoffer, for jeg vil hellere drikke en masse øl end at



Det er uden sidestykke årets fest, og næsten alle elever fra gymnasiet kommer. Der plejer at komme omkring 500 ud af 700 elever til julefesten,

# fester

## Gymnasiet

dykke næsen i diverse ting hver fredag og lørdag. Mine forældre ved godt, at jeg drikker og er nogle gange nervøse for, at der sker mig noget, når jeg går ud,” fortæller han.

Malene Neel, som er 19 år og går i 3.s, drikker i gennemsnit omkring 10-15 genstande, når hun er til fest.

”Jeg går op i min krop, og at den er trænet, og jeg dyrker meget sport og motion, men jeg tænker ikke over, hvor meget jeg drikker, eller hvad jeg spiser. Den sport, jeg dyrker, har været på eliteplan tidligere, men jeg har ikke tid til det nu, fordi der er for mange lektier i 3.g,” siger hun.

Folk har nogle bestemte forventninger til Malene Neel, fordi hun går på Gammel Hellerup Gymnasium og bor i Rungsted.

”Det er super irriterende, fordi folk forventer, at mine forældre har fem biler. Og hvis jeg nogle gange har lånt min mors Louis Vuitton-taske, så kommer det med det samme, at det er, fordi jeg er fra Rungsted,” siger hun.

Mens gymnasieelever begynder at myldre ind til festen, er et par vagter i gang med at blokere en alternativ indgang, så de kan styre, hvor eleverne kommer ind.

”Der er ingen forældre med til festerne, men

6-8 sikkerhedsvagter og lærere fra skolen, og folk bliver smidt ud, hvis der er den mindste tumult,” siger Victor Emmanuel.

Fire piger kommer væltende ind gennem døren iklædt englekostumer. Hvide skjorter med tilhørende hvide nylonstrømper med sorte strømpebånd og høje hæle. Festen kan begynde, og de indtager straks dansegulvet med vinger og kunstig sne flyvende om ørerne.

Festen slutter kl. 01.00, og de fleste tager derefter videre i byen inde i København.

rea@dssr.dk



Erichsens Privathospital i Charlottenlund startede som plastikkirurgisk klinik i 1981. I dag er klinikken omdannet til et privathospital, der foretager mere end 2.000 operationer om året. En lille gruppe af patienterne er velhavere eller kendte danskere, der ønsker at blive behandlet i diskretion på et privathospital.

# Nøglemedarbejdere har ikke tid til at være syge

**Effektivitet.** For 20 år siden betalte størstedelen af patienterne operationen selv. I dag modtager Erichsens Privathospital mange patienter, som har en privat sundhedsforsikring betalt af arbejdsgiveren. Og de har ofte travlt med at komme i job igen.

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: CHRISTOFFER REGILD

*Bent Jørgensen* sidder i en seng på sin enestue og besvarer arbejdsmails på sin bærbare computer. Dagen forinden har den veltrænede 53-årige mand fået indopereret et nyt knæled, men det forhindrer ham ikke i at holde sig ajour med sit arbejde som planlægningschef på slagteriet Danish Crown i Ringsted. Bent Jørgensen led af slidgigt i knæet, og i løbet af sommeren 2008 fik han så mange smerter, at han besluttede at opsøge læge. Men han fik at vide, at det ville tage mange måneder at få tid til en operation i det offentlige. Da han i efteråret besluttede at gøre

brug af den private sundhedsforsikring, hans firma stiller til rådighed for ledende medarbejdere, gik det stærkt. 10 dage efter at han havde henvendt sig til forsikringsselskabet, blev han opereret på Erichsens Privathospital i Charlottenlund.

”Jeg plejer ikke at være syg, og det er første gang, jeg er indlagt på et sygehus. Det er som et mindre hotel at ligge her,” siger Bent Jørgensen, der satser på at vende tilbage til sit arbejde så hurtigt som muligt:

”Jeg kan lige så godt besvare mine mails her i stedet for at udskyde det, til jeg kommer

hjem. Ellers skal jeg jo bare lave arbejdet senere,” forklarer Bent Jørgensen.

## Tæt kontakt til patienterne

Bent Jørgensen er en af de 2.300 patienter, der i 2008 er blevet opereret på Erichsens Privathospital i Charlottenlund, og han er en af de i alt fire patienter, som sygeplejerske *Ulla Frederiksen* tilser denne morgen. På en tosenkstue med blomstrede gardiner, hvide vægge og et fjernsyn i hjørnet ligger to mænd i midten af 60'erne. De er begge indlagt for at få foretaget en prostataoperation. Ulla Frederik-



Bent Jørgensen er til daglig planlægningschef på Danish Crown. Han havde egentlig troet, at han kunne få en knæoperation i det offentlige. Men da ventetiden var for lang, besluttede han at benytte en privat sundhedsforsikring.

#### »»» ERICHSENS PRIVATHOSPITAL

Erichsens Privathospital ejes og drives af læger, der arbejder på stedet. Hospitalet tilbyder operationer inden for: ortopædkirurgi, urinvejskirurgi, plastikkirurgi, mave-tarm-kirurgi og øre-, næse- og halskirurgi. Det koster f.eks. 90.000 kr. at få indopereret et kunstigt knæ og 47.000 kr. at få udført en prostataoperation.

## Privathospitalet

sen måler blodtryk og tager puls, inden hun går ind til en midaldrende kvinde med indvandrerbaggrund, der lige har fået indopereret en ny hofte. På en hvid tavle i det fælles møderum ses en oversigt over de kommende operationer. Det er bl.a. to operationer, hvor der skal lægges brystimplantater ind, to operationer for forstørret prostata, en øjenbrynløftsoperation og en knæoperation.

Sygeplejerske Ulla Frederiksen har arbejdet på Erichsens Privathospital siden 2002, og hun fremhæver muligheden for at lave helhedssygepleje omkring patienten som en af de store fordele ved jobbet.

”Vi laver alle dele af plejen omkring patienten fra at give mad til at lave hele den præ- og postoperative pleje. Hvor jeg i det offentlige måske plejede 10-12 patienter, har jeg her kun fire patienter i døgnet. På den måde får vi en tæt kontakt til den enkelte patient,” siger Ulla Frederiksen, mens hun tømmer en opvaske-maskine:

”Regeringens ventetidsgaranti har betydet, at vi modtager patienter, der ud over f.eks. en knæoperation har konkurrerende lidelser. Og det giver nye udfordringer for sygeplejen,” forklarer Ulla Frederiksen.

28 af de 50 medarbejdere på Erichsens Privathospital er sygeplejersker, der for en stor dels vedkommende arbejder på deltid. Ud over den egentlige sygepleje løser sygeplejerskerne også en række administrative opgaver

og servicefunktioner. De sørger for vasketøj, tager sig af alt omkring patienternes forplejning m.m.

”Vi er en smidig arbejdsplads, og det er ikke snævre faggrænser, der styrer,” forklarer ledende sygeplejerske Lone Kramhøft, der tager sig af en lang række administrative opgaver. Lone Kramhøft er uddannet operationssygeplejerske og hjælper også på operationsstuen, hvis der er travlt. Dagen forinden var det den ledende sygeplejerske, der fejede blade, fordi viceværten var syg.

#### Bred social profil

Erichsens Privathospital startede som plastikkirurgisk klinik i 1981. Men i takt med, at sundhedsforsikringer og regeringens ventetidsgaranti har udvidet markedet for privathospitaler, er det i dag specialerne ortopædkirurgi, mave-tarm-kirurgi, urinvejs- og øre-, næse- og halskirurgi, som dominerer.

Hospitalet ejes i dag af ortopædkirurg Morten Kramhøft og anæstesilæge Jens Lehd





Sygeplejerske Ulla Frederiksen hjælper Bent Jørgensen, der har fået indopereret nyt knæled. Ulla Frederiksen har arbejdet på Erichsens Privathospital i seks år. Hun fremhæver muligheden for at lave helhedsygepleje omkring patienten som en af de store fordele ved jobbet.

» og har til huse i et tidligere plejehjem mellem beboelsesejendomme og palævillaer i Charlottenlund. Men trods den eksklusive beliggenhed er det ikke luksus, der præger de fysiske rammer. De 12 sengestuer er lyse, men relativt små og beskedent indrettede med én eller to senge og fælles baderum på gangen. 40 pct. af patienterne får deres ophold dækket af en privat sundhedsforsikring, og mellem 10 og 20 pct. er selvbetalere. En lille gruppe af

selvbetalere er kendte danskere eller velhavere, der søger privathospitalet, fordi de ønsker at blive behandlet i diskretion.

Hidtil har godt og vel halvdelen af patienterne været omfattet af regeringens ventetidsgaranti, men den midlertidige suspension af garantien fra 1. november 2008 frem til juli 2009, betyder, at den del af patienterne i øjeblikket er ved at forsvinde.

”Ventetidsgarantien har været med til at udjævne den sociale profil blandt patienterne. Før garantien havde vi flere selvbetalere, og de vil nok komme igen, efter at garantien er blevet suspenderet,” siger Lone Kramhøft. Hun fortæller, at flere patienter har henvendt sig som selvbetalere inden for de seneste uger, fordi de skal vente længe på bl.a. prostata- og knæoperationer i det offentlige sundhedsvæsen. Ifølge Lone Kramhøft er det dog ikke altid de mest velhavende, der vælger at betale selv:

”Selvfølgelig har vi velhavende patienter, for

hvem penge ikke betyder noget. Men det er en lille gruppe. Langt de fleste har ikke pengene liggende under hovedpuden. De skal ud at finde dem. Hvis de f.eks. har mange smerter eller skal vente på en prostataoperation, så er mange parate til at finde pengene.”

Lone Kramhøft fremhæver, at patienterne på privathospitalet hverken er mere eller mindre krævende end alle andre patienter.

”Det er meget individuelt, om patienter er krævende, og hænger ikke sammen med social status. Vi kan godt mærke, at forsikringspatienterne er meget interesserede i, at behandlingen får dem tilbage til deres arbejde så hurtigt som muligt,” siger Lone Kramhøft. På hospitalsgangen træner den nyopererede planlægningschef Bent Jørgensen flittigt med sit gangstativ. Han håber at kunne komme i gang på sin hjemmearbejdsplads allerede om et par dage.

*bs@dsr.dk*



”Selvfølgelig har vi velhavende patienter, for hvem penge ikke betyder noget. Men det er en lille gruppe. Langt de fleste har ikke pengene liggende under hovedpuden. De skal ud at finde dem. Hvis de f.eks. har mange smerter eller skal vente på en prostataoperation, så er mange parate til at finde pengene.”

*Lone Kramhøft, ledende sygeplejerske, Erichsens Privathospital.*

## Plastikkirurgisk klinik

”Det sker praktisk taget aldrig, at en patient fortryder et plastikkirurgisk indgreb. Faktisk møder jeg mange kvinder, der fortæller, at de er blevet lykkeligere, efter at de har fået foretaget en kosmetisk brystoperation,” siger den 58-årige speciallæge i plastikkirurgi Vibeke Breiting, der har drevet Holte Plastikkirurgiske Klinik siden 1990. Vibeke Breiting er også formand for Danske Plastikkirurgers Organisation.



# Skønhedsdronningen i Holte

**Lille spejl.** Hvert år kommer 1.500 patienter under kniven hos den 58-årige plastikkirurg Vibeke Breiting i Holte Midtpunkt. Hun er en af Danmarks førende plastikkirurger og har drevet Holte Plastikkirurgiske Klinik i 18 år. Kunderne kommer fra alle sociale lag, men det er især de velbærgede kvinder, der efterspørger ansigtsløftninger.

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: CHRISTOFFER REGILD

*Er der en øget efterspørgsel efter plastikkirurgi i disse år?*

*Vibeke Breiting:*

”Hvis du ser samfundsmæssigt på det, så er der oprettet et hav af nye klinikker, så der må være en øget efterspørgsel. Efterspørgslen går op og ned i forhold til konjunkturerne, men de udsving mærker jeg ikke så meget til, fordi jeg opererer både sygesikringspatienter og privatbetalende patienter. Ca. 1.000 af mine patienter bliver henvist fra den offentlige sygesikring. De får udført mange former for indgreb f.eks. fjernelse af modermærker, fjernelse af stritører m.m. 500 af mine patienter betaler behandlingen selv.”

*Hvilke operationer er de mest efterspurgte i din praksis?*

”Hvis vi taler om de 500 indgreb, hvor patienter selv betaler for en kosmetisk operation, så afhænger det af patientens alder. De 18-25-årige kvinder kommer, fordi brysterne er for små, for store eller deforme. Når kvinderne har fået børn, er det stadig bryster og slapt maveskind, der fylder. Bryster har ingen alder. Det betyder lige så meget, når man er 13 år, som når man er 90 år. Blandt de plus 50-årige er det ofte ansigtsløftninger og botox eller

”filler”-behandlinger mod rynker, der efterspørges. Vi opsøges faktisk også af 70-årige kvinder, der er kede af, at maven hænger. Hvis de er i god form og normalvægtige, og narkose-lægen finder det forsvarligt at bedøve dem, så foretager vi operationen.”

*Er det først og fremmest de velstillede, der betaler for en plastikkirurgisk operation?*

”Nej, jeg vil næsten sige tværtimod. Selvfølgelig er det lidt forskelligt fra indgreb til indgreb. Ansigtsløftninger efterspørges mest blandt velbærgede kvinder over 50 år, mens det f.eks. ofte er social- og sundhedshjælperen eller den unge på SU, der bruger 30.000 kr. på at få indopereret brystimplantater. Det gamle begreb socialklasser kan man ikke længere bruge i den sammenhæng. De fleste danskere har i dag mulighed for at få foretaget et kosmetisk indgreb, hvis de virkelig vil.”

*Men er det ikke udtryk for et samfund, der lægger alt for stor vægt på udseende, når almindelige unge piger opsøger en plastikkirurg for at få større bryster?*

”Det ligger meget dybt i mennesket at ændre sit udseende til det skønhedsideal, der er her og nu. Engang skulle kvinderne have hvepsetalje, og ved Solkongens hof brugte mæn-

dene kunstige lægge. De unge i dag har en helt anden personlig økonomi end tidligere, og samfundet er sådan indrettet, at det er legalt for de unge at tænke meget på sig selv og være egoistiske, og derfor er det også blevet mere legalt at bruge penge på at ændre på sig selv.”

*Fraråder du nogen sinde patienter et plastikkirurgisk indgreb?*

”Ja, hvis jeg ikke tror, at det bliver pænt. I de tilfælde er jeg blevet bedre til at sige nej, efterhånden som jeg er blevet ældre.”

*Oplever du nogensinde, at patienter fortryder et plastikkirurgisk indgreb?*

”Nej. Det sker praktisk taget aldrig, at patienter fortryder, medmindre noget er gået galt, og de evt. har haft komplikationer, der har gjort, at resultatet ikke er blevet som forventet. Faktisk møder jeg ofte patienter, som fortæller, at de er blevet lykkeligere, efter at de har fået lavet større bryster. Det eneste, de fortryder, er, at de ikke fik lavet indgrebet noget før. Undersøgelser fra USA viser også, at kvinder bliver lykkeligere efter kosmetiske brystoperationer.”

*bs@dsr.dk*

# Vikinger og skjoldmøer i Charlottenlund



Dan Jørgensen mener, at vinterbadning holder forkølelser på afstand. Selv er han aldrig syg.

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

Vinterbadning er blevet populært i de senere år. Garvede vinterbadere i Charlottenlund mener, at det kolde gys styrker sundheden og vækker sanserne til live.

Tirsdag den 25. november kl. 7.30. Solens første stråler farver horisonten svagt lyserød over det sorte vand. Et badehus ligger helt ud til kysten ved Charlottenlund Fort, og herfra kan man skimte Nordsjællands mørklagte kyst til den ene side. Københavns oplyste skyline til den anden.

Barbara Bøggild, 61 år, stiller cyklen foran badehuset. Hun er iklædt en blå termoheldragt og fleecepandebånd. Hun låser sig ind i Charlottenlund Vikingelaugs private badehus for efter få minutter at komme ud igen kun iført klipklapper og håndklæde om kroppen. Hurtigt forsvinder hun ud på badebroen, smider håndklædet ved trappen og dypper sig i vandet. På med håndklædet og tilbage i det opvarmede badehus, der også rummer en sauna med panoramaudsigt over Øresund.



Dan Jørgensen og Barbara Bøggild er vinterbadere i Charlottenlund Vikingelaug, der har deres eget badehus, sauna og badebro ved Charlottenlund Fort.

”Det kolde vand giver et kick, og jeg bliver i bedre humør. Nogle gange går jeg i sauna og så ud i vandet igen. Selv de dage, hvor jeg har spist og drukket for meget aftenen før, tager jeg herfra med en helt ny følelse i kroppen. Jeg er næsten aldrig forkølet, og hvis jeg har sneren af en forkølelse, så forsvinder det, når jeg har været i vandet,” siger Barbara Bøggild, der for det meste går i vandet, inden hun møder på arbejde som ergoterapeut.

Hun er født og opvokset i Charlottenlund. Hun blev vinterbader, fordi hendes far, hendes mormor og hendes faster var det.

”Det sociale sammenhold mellem vinterbaderne har stor betydning, man kender hinanden utroligt godt. Hvis man er ked af det, er der lynhurtigt en masse mennesker omkring én,” siger Barbara Bøggild.

Charlottenlund Vikingelaug er en klub med 500 vikinger og skjoldmøer, der holder hundred år gamle traditioner i hævd som dåbsfest, standerhejsning og vinterfest. Der findes flere badeklubber, og i de senere år er vinterbadning blevet voldsomt populært ifølge Barbara Bøggild, der sidder i lavets bestyrelse. Det er derfor praktisk talt umuligt at blive medlem af klubben på grund af en lang venteliste.



# Rødvinen tog magten

**Afhængig.** Mange års overforbrug af rødvin førte Lotte ud i en tiltagende afhængighed af alkohol. Da det var værst, drak hun to-tre flasker vin om dagen, samtidig med at hun passede sit lederjob.

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

Kollegerne fattede aldrig mistanke, for Lotte passede sit lederjob. Men når hun kørte hjem til villaen nord for København, glædede hun sig til rødvinen, og hun sørgede for at købe ind, så det ikke var nødvendigt at køre bil resten af aftenen.

Lotte er 54 år. En velklædt, slank kvinde iført kjole med brune tern og lange sorte støvler. Energien lyser ud af de livlige brune øjne. Hendes mand har en ledende stilling i et privat firma, og parret har to næsten voksne børn. På mange måder en tilværelse på livets solside, hvis det ikke lige havde været for et alkoholmisbrug, der kom snigende.

Lotte har altid været til fest og farver. Som ung studerende drak hun enten hele natten, eller også rørte hun slet ikke alkohol. Da børnene var små, havde hun nok at gøre med at forene karriere og børn, og hun drak kun sjældent. Men efterhånden som de blev større, optrappede hun gradvist sit forbrug. Hun beskriver udviklingen fra storforbrug til egentligt misbrug som en glidende overgang.

Det var ikke på grund af stress, at hun drak, men hun kunne godt lide alkoholens afslappende virkning. I mange år opfattede hun ikke sig selv som alkoholiker. At byde på et glas vin er en del af omgangsførmen i Lottes miljø, men efterhånden blev vinen til mere end hygge. Ved selskaber var hun ofte opmærksom på, hvor mange flasker værten havde stillet frem, og til familiefester kunne hun blive højtråbende og pinlig. I hverdagen opbyggede hun en fast rutine. Hun havde ikke trang til at drikke på sin arbejdsplads, men når hun kom hjem, indtog hun den første flaske vin, mens hun lavede mad. Hun dejsede som regel om på sofaen ved halvnitiden om aftenen efter at have konsumeret mellem to og tre flasker.

Vinflasken havde en diskret placering bag en stolpe i køkkenet. Hendes teenagedatter havde luret hendes hemmelighed. "Lorterødvin," sagde hun og bebrejdede Lotte, at hun ikke kunne gå med i svømmehallen eller hente hende i bil om aftenen. Hendes mand kunne finde på at spørge: "Er det første eller anden flaske, du drikker?"

## Alkoholfri januar

For at bevise, at det ikke var alkoholen, der styrede, havde Lotte et princip om ikke at drikke i januar. Og det var netop en januardag i 2007,

at hun traf beslutningen om at gå i behandling.

"Jeg kunne mærke, at alkoholen havde fået mere og mere magt. Når jeg stod op efter en våd lørdag aften, kunne jeg finde på at drikke slatterne fra dagen før næste morgen. Jeg havde en uro i kroppen, når jeg ikke drak."

## Minnesotakur

Lotte kontaktede anonyme alkoholikere, og i sommeren 2007 brugte hun sin ferie på en femugers Minnesotakur på behandlingsstedet Majorgården. De 79.000 kr., som opholdet kostede, blev betalt af hendes private sundhedsforsikring.

Da hun tog af sted, forærede hendes datter hende en tegning med en flaske og et glas med et forbudt-skilt over og teksten: "Dette er den dag, jeg har ventet på meget længe."

I dag har Lotte været ædru alkoholiker i halvandet år. Hun har talt meget med sine børn og mand om de svigt, de har oplevet. Indimellem dukker bemærkninger op, der minder hende om, hvordan alkoholen styrede. Som f.eks. når hendes søn fortæller, at han aldrig havde problemer med at låne hendes bil, da han fik sit kørekort:

"For efter klokken fem var min mor for påvirket til at kunne køre." Lottes mand og familie opfordrede hende flere gange til at tage sit alkoholforbrug til revision, men hun blev bare irriteret. I dag mener hun ikke, at omgivelserne kunne have stoppet hende:

"Jeg tror desværre, at man selv skal nå sin egen bund og en erkendelse af, at afvænnelse er nødvendig." Lotte opsøgte på et tidspunkt lægen for at få målt sit levertal. Men lægen undlod at fortælle hende, at det var let forhøjet.

"Havde lægen sat mig stolen for døren, havde det måske været en advarselsslampe," siger

Lotte. I dag kan hun stadig savne et glas rødvin, men sporene skræmmer. Tre af de alkoholikere, der deltog i afvænnelsen på Majorgården, er siden døde, fordi de ikke kunne lade flasken stå.

bso@dsr.dk

*Lotte ønsker at være anonym af hensyn til sin arbejdsplads, men har fortalt omgangskredsen om sit alkoholproblem. Hendes rigtige navn er redaktionen bekendt.*

## Alkoholikeren

"Jeg kunne mærke, at alkoholen havde fået mere og mere magt. Når jeg stod op efter en våd lørdag aften, kunne jeg finde på at drikke slatterne fra dagen før næste morgen. Jeg havde en uro i kroppen, når jeg ikke drak."



# Svært at tale om alkoholproblemer i sejlklubben

**Benægtelse.** Op mod en tredjedel af de alkoholmisbrugere, der er i behandling på misbrugsambulatoriet i Hørsholm, kommer fra Nordsjællands velstillede middelklasse, og den gruppe kan i nogle tilfælde være sværere at hjælpe end brugere fra lavere sociale lag.

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

For de lokale er det lidt af en vittighed. Klos over for murstensbygningen med de store skorstene, der udgør Usserød Bryggeri, ligger misbrugsambulatoriet i Hørsholm.

Op ad en jerntrappe på første sal finder man ambulatoriets nyrenoverede lokaler. Fra et vindue er der udsigt ud over den tidligere industribygningens mosbegrøede eternittag.

Den 65-årige *Jørgen Wagn Petersen* kommer her to timer hver torsdag i et såkaldt efterbehandlingsforløb. Den pensionerede edb-tekniker udviklede gradvist et misbrug over 10 år, og for fire år siden besluttede han sig til at gå i behandling for første gang.

”Da jeg gik på arbejde, drak jeg aldrig i arbejdstiden. Men i weekenden kom der vin, drinks og cognac på bordet,” fortæller Jørgen Wagn Petersen og forklarer, at alkohol var en helt naturlig del af det sociale samvær, hvad enten det var i sejlkлубben, til selskabelige sammenkomster eller på ferier.

Forbruget tog for alvor fart, da han som 60-årig gik på pension. Han kunne indtage 13-14 genstande om dagen, samtidig med at han gik hjemme og ordnede praktiske gøremål. En dag satte hans kone ham stolen for døren og krævede, at han gik i behandling.

Den 65-årige Hørsholm-borger er ikke alene. En ny sundhedsprofil for Region Hovedstaden viser, at 36 pct. af borgerne i Hørsholm har et risikabelt alkoholforbrug. I de velhavende kommuner Rudersdal og Gentofte har en tredjedel af borgerne et risikabelt alkoholforbrug mod under 30 pct. af borgerne i Ballerup og Herlev.

Lederen af Misbrugsambulatoriet i Hørsholm, sygeplejerske *Anne Nielsen*, skønner, at en tredjedel af de misbrugere, der søger behandling for alkoholmisbrug på ambulatoriet, tilhører den velstillede middelklasse.

”Der findes en kultur her i området, hvor alkohol fylder rigtig meget. Man

## ))) VELSTILLEDE HAR DET STØRSTE OVERFORBRUG

Andelen af danskere, der har et risikabelt alkoholforbrug, dvs. at de indtager mere end 14 genstande om ugen for kvinder og 21 genstande for mænd eller viser tegn på alkoholfhængighed, er højest blandt de grupper, der tjener mere end 525.000 kr. om året og lavest i den laveste indkomstgruppe. Til gengæld er andelen af rusdrikkere højest i de laveste indkomstgrupper.

I Hørsholm har 41 pct. af mændene og 31 pct. af kvinderne et risikabelt alkoholforbrug. I Rudersdal har 40 pct. af mændene og 25 pct. af kvinderne et risikabelt forbrug, og i Gentofte gælder det 44 pct. af mændene og 24 pct. af kvinderne.

Kilde: Sundhedsprofil for Region Hovedstaden 2008.

mødes i sejlkлубben eller golfklubben over et glas vin og en drink, og et stort forbrug af alkohol bliver legaliseret, når man i vinklubben taler om de gode årgangsvine,” siger Anne Nielsen.

## Venter med at søge behandling

Hørsholm Misbrugsambulatorium har i dag seks ansatte misbrugskonsulenter og en leder. Heraf er de fire sygeplejersker. Konsulenterne tilbyder individuelle

forløb og gruppesamtaler til både stof- og alkoholmisbrugere.

Behandlingsforløbet starter typisk med en grundig individuel samtale, hvor der lægges en behandlingsplan. Derefter får brugerne tilbudt at indgå i gruppeforløb af 12 ugers varighed.

”Vi arbejder ud fra den kognitive metode, hvor deltagerne skal finde frem til, hvilke



Misbrugsambulatoriet



De to sygeplejersker Irene Andersen (th.) og Anne Nielsen har arbejdet som misbrugskonsulenter i henholdsvis 12 og syv år, og Anne Nielsen leder i dag misbrugsambulatoriet i Hørsholm. De har begge taget en række kurser bl.a. i den kognitive metode og NADA-akupunktur, der bruges til at lindre abstinenser.

tankemønstre og situationer, der udløser trangene til alkohol. Vi arbejder også med forandringsprocesser, og hvordan man i behandlingsfasen bevæger sig fra at overveje at holde op til at træffe selve beslutningen og vedligeholde den. I forløbet gør vi også meget ud af, at tilbagefald er en naturlig del af et behandlingsforløb,” forklarer misbrugskonsulent og sygeplejerske *Irene Andersen*. Hun fortæller, at alkoholmisbrugere fra de velstillede lag ofte kan være længere tid om at søge hjælp end andre socialgrupper.

”Det er ofte lidt pinligt ikke at kunne mestre sit liv, når man sidder i en lækker bolig, børnene klarer sig godt i skolen, og konen har en

karriere. Og netop fordi alkohol fylder meget i det sociale liv her i området, så kan der for nogle af vores brugere være en sorgproces forbundet med at skulle sige farvel til samværet omkring vin og drinks i f.eks. sejlklubben eller vinklubben.”

#### Opretholder facaden

Det er misbrugskonsulenternes erfaring, at brugere fra arbejderbyen Frederiksværk ofte vil forsøge at blive totalt alkoholfri, mens de velstillede fra Hørsholm i mange tilfælde vil satse på at opnå et kontrolleret forbrug, så de kan fortsætte deres livsstil.

”Det passer ofte den type brugere fint, hvis de kan opretholde facaden og det gode liv og komme til en samtale på alkoholambulatoriet.



Den 65-årige Jørgen Wagn Petersen har været glad for behandlingen i Hørsholm. Dog kunne han godt ønske sig et forløb, der rettede sig mere præcist mod den enkeltes problemer: ”Det kan godt være svært at relatere sig til de voldsomme sociale og psykiske problemer, nogle af de andre brugere slås med,” siger Jørgen Wagn Petersen.



”Der findes en kultur her i området, hvor alkohol fylder rigtig meget. Man mødes i sejlklubben eller golfklubben over et glas vin og en drink, og et stort forbrug af alkohol bliver legaliseret, når man i vinklubben taler om de gode årgangsvine.”

*Anne Nielsen, leder af Misbrugsambulatoriet i Hørsholm.*

riet en gang imellem. Mange i den gruppe fortsætter med at arbejde. Ofte har de måske lederjob eller fleksible job, hvor de selv styrer arbejdstiden,” siger Anne Nielsen.

Ifølge Irene Andersen er det typisk i misbrugerens egen fantasi, at det er svært at kvitte alkoholen og tale åbent med omgangskredsen om problemet:

”I behandlingen taler vi meget om, at det er vigtigt at bryde tabuet omkring alkohol. Og vores erfaring er, at jo længere brugerne er i behandling, jo mere erkender de også, at de skal være åbne om deres problem i omgangskredsen.”

Men selvom de velstillede alkoholmisbrugere i mange tilfælde fortsætter et liv med arbejde og en ydre facade af normalitet, så lider deres børn lige så meget som alle andre børn af alkoholikere.

”Et typisk mønster er, at børnene bliver meget usynlige og veltilpassede og f.eks. klarer sig godt i skolen. Men det kan være svært at have kammerater med hjem, hvis far falder i søvn på sofaen, og smertefuldt, at mor ikke har overskud, men ligger og sover på sofaen hele aftenen,” fortæller Anne Nielsen. I nogle tilfælde kan det være vanskeligt at komme til at hjælpe børnene, fordi familierne ikke ønsker at involvere de sociale myndigheder af

frygt for konsekvenserne, hvis de kommer i kommunens søgelys.

### Individuel behandling

Jørgen Wagn Petersen har valgt at være åben omkring sit misbrug, og han har fået stor støtte, når han har fortalt venner og familie om sit problem.

Efter et par tilbagefald gennemførte han en seks ugers dagbehandling i foråret 2008, og siden har han været på antabus. I dag tror han ikke, at han kan få et kontrolleret forbrug.

”Lige nu er antabus min krykkestok, og jeg regner med at fortsætte med at være totalt afholdende, for jeg ved, at kun ca. 2 pct. kan gennemføre et kontrolleret forbrug efter behandlingen,” siger Jørgen Wagn Petersen. Han kan ikke pege på nogen speciel årsag til, at han i sin tid havnede i et misbrug, andet end at det var dejligt afslappende at drikke.

”I dag er jeg totalt alkoholfri, og det er ikke noget, jeg tænker på i hverdagen. Men det kan da være svært ikke at skulle drikke en øl eller glas rødvin, når man er på ferie og f.eks. sidder og nyder en skøn udsigt i Toscana.”

*bsa@dsr.dk*



# Motions

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

**Tæskeholdet.** Hver tirsdag stiller Jesper Vissing og en gruppe andre motionister med hang til høj puls og kalorieafbrænding frivilligt op til halvanden times ”tæsk” i Skodsborg Vigørcenter.

### ))) MISBRUGSAFVÆNNING I NORDSJÆLLAND

Misbrugsambulatoriet i Hørsholm er en del af Nordsjællands Misbrugscenter i Hillerød, der er en virksomhed under Region Hovedstadens Psykiatri. Behandlingen er gratis og finansieres af borgerens hjemkommune. Første trin i behandlingen er et struktureret kortlægnings-interview, hvorfra der udfærdiges en behandlingsplan. De fleste brugere indgår derefter i et gruppeforløb af 12 ugers varighed. I Motiverende Behandlingsgruppe I styrkes brugerens motivation for forandring af det nuværende misbrugsmønster, samtidig med at der fokuseres på mestring af svære situationer.

I Motiverende Behandlingsgruppe II arbejdes bl.a. med brugerens bevidstgørelse af egne højrisikosituationer og sårbarheder ud fra kognitive metoder.

Misbrugscenteret har derudover en lang række tilbud som f.eks. gruppeforløb for børn og unge og familierterapi og efterbehandlingsforløb.

Læs mere [www.misbrugscetret.fa.dk](http://www.misbrugscetret.fa.dk)

39-årige Jesper Vissing har prøvet andre motionscentre, men er vild med livsstilen på Skodsborg Vigørcenter.

## Vigørcenter



# centret oser af livsstil

Tirsdag den 25. november kl. 18.35. Sveden pibler ned ad *Jesper Vissings* pande, mens popmusikken dunker taktfast ud af højttalerne i den store sal i Skodsborg Vigørcenter. Sammen med 17 andre motionister i alderen midt-30'erne til omkring de 60 er han i gang med et af højdepunkterne i ugens træning, det såkaldte Tæskehold, som han har gået til hver tirsdag, siden holdet blev introduceret i sommeren 2007. Den slående titel dækker over halvanden times hård konditions- og styrketræning under striks ledelse af fysioterapeut *Anne Mette Goddokken*. Opvarmningen består af 20 minutters krævende step, hvorefter deltagerne cirkler rundt mellem forskellige øvelser på og med diverse redskaber af 30 sekunders varighed som arm- og mavebøjninger, rygøvelser og englehøp.

”Jeg er kontormand, og det er skønt at få

arbejdet hele kroppen igennem på en helt anden måde end ved maskinerne. Det er stort set de samme folk, der kommer hver gang, og der er en særlig gejst og stemning. Vi kommer for at få høj puls og brænde kalorier af. Instruktøren er en fantastisk person, som presser os til det yderste, man skal absolut være i god form for at synes, det er sjovt,” siger 39-årige Jesper Vissing, der er direktør i et ejendomsselskab og bor i Rungsted Kyst med sin kone og deres otteårige datter.

Han har været medlem siden marts 2007 og valgte bevidst Vigørcentret, da det ligger tæt på både job og bopæl og havde et rigtig godt ry blandt hans venner. Et almindeligt medlemskab koster små 10.000 kr. det første år og lidt mindre de følgende år.

”Jeg har dyrket fitness andre steder og prøvet også et andet center, før jeg begyndte

her. Men der var der altså lidt for mange bodybuilder- og steroidtyper for min smag. Det er lidt dyrere her, og jeg hører til blandt de yngre medlemmer, men det passer mig helt fint,” siger Jesper Vissing.

Skodsborg Vigørcenter er det fitnesscenter i landet, der har den højeste gennemsnitsalder.

”Flere af deltagerne på Tæskeholdet er 50 og 60 år, den ældste er vist 62. Det er helt sindsygt og dybt motiverende, at man kan være ”så gammel” og i sådan en topform. Hele centret oser af livskvalitet,” siger Jesper Vissing.

*cso@dssr.dk*



## Ældreplejen

# Ældre, der er vant til at klare sig selv

**Grønende demografi.** De velhavende kommuner i Nordsjælland har en stor ældrebefolkning at tage vare på. Men det er samtidig ældre med mange ressourcer.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

På plejehjemmet bliver alle danskere lige. Luksusplejehjem, hvor velhavende ældre kan betale sig til ekstra kvadratmeter, udsøgt mad og mere personale, findes simpelthen ikke i Danmark. I hvert fald ikke der, hvor man umiddelbart skulle tro, at der var størst chance for at finde ét – i landets tre rigeste kommuner, Rudersdal, Hørsholm og Gentofte. Har man rigtig mange penge, kan man arrangere sig privat i eget hjem, men det er en anden

historie. (Se artiklen ”Tanken om privat hjemmesygepleje er ikke fjern”, side 40-41).

Fælles for de tre kommuner er, at de har en stor ældrebefolkning. Andelen af borgere over 65 er væsentlig højere end på landsplan, men hvor meget man bruger pr. ældre borger, er der ret stor forskel på. Gentofte Kommune skiller sig ud med betydelig højere udgifter pr. ældre borger end landsgennemsnittet og flere hjemmehjælpsmodtagere.



”Ja, vi har et højt serviceniveau og er en af de meget få kommuner, der kan tilbyde rengøring en gang om ugen,” siger pleje- og sundhedschef *Vibeke Appelt*.

Ventetiden på en plejehjemsplads er omkring to måneder. Når det kan hænge sammen trods lidt færre boliger for ældre end i landet som helhed, skyldes det efter *Vibeke Appelt*s opfattelse ikke mindst det kommunale genoptrænings- og rehabiliteringscenter *Tranehaven*, som også egen læge og hjemmehjælpsmodtagelse til. Her forebygges mange plejehjemsanbringelser.

”Vi har en årelang tradition for at hente vores færdigbehandlede borgere hurtigt hjem fra sygehuset til et genoptræningsophold, hvor der både medvirker læger, terapeuter og sygeplejersker,” siger hun.

”Og når der ikke længere er træningspotentiale eller motivation, er den borger, der må flytte i plejebolig, meget udredt, også i forhold

### DE TRE KOMMUNERS HJEMMEPLEJE

	Gentofte	Hørsholm	Rudersdal	Lands-gennemsnit
Andel af +65-årige	17,4 pct.	21,2 pct.	19,4 pct.	15,6 pct.
Ældreudg. brutto pr. +65-årig	73.908 kr.	44.354 kr.	55.085 kr.	54.484 kr.
Hjemmehjælpsmodtagere pr. 100 husstande	27,0	21,2	21,3	24,2
Udgifter til ældreinstitutioner og boliger pr. +65-årig	4.733 kr.	3.391 kr.	2.330 kr.	2.660 kr.
Boliger for ældre pr. 100 +65-årige (plejehjem, plejehjem, plejeboliger, beskyttede boliger, ældreboliger)	9,0	9,3	10,3	10,3

Kilde: Velfærdsministeriet ([www.noegletal.dk](http://www.noegletal.dk))



Hanne og Ove Krebs bor i Gentofte Kommune. De får hjemmehjælp til rengøring en gang om ugen og personlig bistand til Hanne Krebs syv gange i døgnnet.

til demens, så systemet ved, hvad der skal gøres.”

### Privat rengøring

Ældre borgere i whiskybæltet får de samme sygdomme som andre, men generelt er de måske knap så nedslidte som danskere i socialt dårligere stillede områder. I hvert fald melder alle tre kommuner om meget ressourcestærke ældre. Også økonomisk. Mange er vant til at have rengøringshjælp, og den beholder de, selv når kommunen kommer ind i billedet.

Rudersdal Kommune, lagt sammen af de gamle Birkerød og Søllerød Kommuner, bruger hverken mere eller mindre pr. ældre borger end resten af Danmark. Der er mange plejehjemspladser, ventetiden er to-tre måneder, og rengøringsstandarden er rengøring hver 14. dag. Men der er færre modtagere af hjemmehjælp end i resten af Danmark, hvordan kan det være?

”Mit bud må være, at vores ældre borgere holder sig i gang,” siger pleje- og aktivitetschef *Lilian Jørgensen*.

”Vi har arbejdet målrettet på at forebygge problemer i mange år, men først og fremmest har vi nogle meget aktive borgere. Foreningslivet er bredt, der er mange kulturelle aktiviteter og tilbud om bevægelse og motion.

Vores borgere vil gerne røre sig, uddanne sig og holde sig i gang, og vi har eksempler på 90-årige, der underviser andre.”

Hørsholm Kommune bruger færre penge pr. ældre borger end gennemsnittet, og plejeboliger er der også færre af. Til gengæld er der rigtig mange ældreboliger, fremhæver ældrechef *Louise Høg*.

”Men vi står over for at skulle bygge et rigtig stort plejecenter. Vi har oprettet flere plejeboliger i de seneste år, men udvidelsen er allerede sluttet. Vi har en voldsom stigning i æl-

drebefolkningen, og vi har også en voldsom stor tilgang af udenbys borgere.”

Udenbys ældre vil på plejehjem i Hørsholm, fordi deres børn bor der, men også fordi serviceniveauet er godt, mener *Louise Høg*. Hun fremhæver den flade struktur i ældreplejen og de meget tilfredse medarbejdere som forhold, der gør, at kommunen får meget ud af pengene.

”Men så har jeg også et billede af, at vi har borgere, der er meget ressourcestærke og vant til at købe sig til hjælp. Når vi kommer ind i billedet, er det med massiv hjælp, indtil da har de klaret sig selv.

Og når vi kommer ind med personlig pleje og praktisk hjælp, så er det mit indtryk, at den private hushjælp stadig bliver ved med at komme.”

*kbj@dsr.dk*



Privat hjemmesygepleje døgnet rundt i flere år er en millionudgift, som kun ganske få har råd til. Men mange er formuende nok til at supplere offentlig hjælp med privat.

**Selvbetalere.** Luksusplejehjemmet findes ikke. Er man rigtig rig, er privat hjemmesygepleje et alternativ. Men også mennesker, der bare er almindelig velhavende, køber ekstra hjælp hos vikarbureauerne.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • MODELFOTO: SØREN SVENDSEN

For nogle år siden afsluttede fem privatansatte sygeplejersker i Nordsjælland en meget usædvanlig opgave.

Det startede, da en udlandsdanske fik en apopleksi under et ophold i Danmark, og familien henvendte sig til vikarbureauet Kinnerup Care. Man ønskede, at der skulle være en sygeplejerske i hjemmet, når den svært handicappede patient kom hjem på besøg fra sygehuset.

Patienten flyttede tilbage til sit hjem i udlandet, hvor der blev arrangeret hjælp og pleje fra et privat bureau. Men i perioder var der også en sygeplejerske fra Kinnerup udstationeret, fordi det var den hjælp, familien var mest tilfreds med.

Og da patienten senere flyttede tilbage til Danmark, sammensatte vikarbureauet et team på fem sygeplejersker, der passede patienten 24 timer i døgnet igennem flere år. Patienten sad i kørestol og led af afasi, og uden sygeplejerskernes medvirken var det formentlig endt med en plads på et plejehjem,

# Tanken om privat hjemmesyge

”Sygeplejerskerne fik virkelig mulighed for at arbejde selvstændigt og bruge al deres viden,” fortæller *Lene Mou Jessen* fra Kinnerup Care.

”De tog sig af alt fra frisør til hjælpemidler, og de var med til at ansætte en fysioterapeut til at træne med patienten en gang om ugen. Det var også dem, der havde kontakten til patientens læge og til familien.”

Lene Mou Jessen stod bl.a. for et månedligt møde for at sikre, at de fem sygeplejersker forholdt sig ens til væsentlige ting. Der var kun en af dem i hjemmet ad gangen, så til hverdag havde de ikke lejlighed til at drøfte eventuelle problemer samlet.

Kommunen kom aldrig ind i billedet med nogen form for

**Vikarbureauet**



hjælp. Patienten var velhavende nok til selv at betale, og børnene, der også boede i udlandet, bakkede fuldstændig op. Da patienten efter nogle års forløb blev dårligere og døde, var det de fem sygeplejersker, der i samarbejde med familien selv tilrettelagde plejen og lagde vagtplan, så der var to sygeplejersker til stede ad gangen i den sidste tid.

”Det var erfarne piger, og det fungerede rigtig godt. Det blev vel nærmest deres livs opgave,” siger Lene Mou Jessen.

### Kan blive i eget hjem

Meget få mennesker i Danmark har råd til at indrette sig som familien i dette eksempel. Men der findes enkelte i et område som Nordsjælland, hvor bl.a. Kinnerup Care opererer med udgangspunkt i Hørsholm.

Som andre vikarbureauer har det sine store kunder i det offentlige sundhedsvæsen. Men bureauet har også en gruppe kunder – ikke stor, men den er der – som selv betaler for pleje, tryk og omsorg.

”Vi har private patienter, hvor vi dækker det, som det offentlige ikke har mulighed for at tilbyde,” siger direktør *Helle Kinnerup*.

Det kan dreje sig om alt fra ledsagelse ved læge- og ambulatoriebesøg til pleje og omsorg hele døgnet i et terminalforløb. Men når det drejer sig om hjemmehjælp og sygepleje, er

Mange af dem, der ringer i den slags situationer er dog nødt til at trække sig igen, når de hører, hvor dyrt det er. En sygeplejersketime i dagvagt koster omkring 300 kr. – lidt afhængigt af omstændighederne og sygeplejerskens erfaring, og man kan ikke købe mindre end fire timer pr. gang.

Ikke desto mindre er der familier, der slet ikke overvejer at henvende sig til det offentlige om hjælp, når en ældre slægtning ikke længere kan klare sig selv. Det, man kan købe, er også sikkerhed for, at personalet er uddannet, og at det er de samme personer, der kommer i hjemmet.

”Det har ikke noget at gøre med, at man har fået tilbudt for lidt af det offentlige,” konstaterer *Helle Kinnerup*.

”Familien har måske ikke selv lyst til eller mulighed for at være så meget omkring den ældre borger, men de ønsker sikkerhed for, at deres slægtning bliver passet godt og har nogen om sig døgnet rundt. Så de bestiller et team af sygeplejersker eller af social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere med en sygeplejerske som leder. I sådan et hjem kan vi være 24 timer i døgnet i flere år.”

### Samarbejder med kommunen

Er man velhavende uden direkte at være rig, vælger familien måske at supplere sin egen

# pleje er ikke fjern

der en række typiske situationer, der får kunderne til at henvende sig, fortæller *Helle Kinnerup*.

”Det kan være et hjem, hvor den ene ægtefælle har Alzheimer eller har haft en hjerneblødning, så man ikke kan fungere i hjemmet. Og hvor der måske er en rask ægtefælle, der ikke kan komme hjemmefra og ikke kan få sovet om natten.

Så kan de, der har råd, købe sig til frihed eller lov til at sove, fordi vi kan sidde der om natten. Og på den måde gøre det muligt for ægtefællen at blive lidt længere i vante omgivelser.”

Mange henvendelser fra private kunder handler om den situation, hvor en ældre borger er færdigbehandlet på sygehus eller genoptræningsinstitution og skal hjem – med planlagt hjælp, men efter familiens oplevelse slet ikke rask nok til at klare sig selv endnu.

”Man bliver syg, bliver indlagt, behandlet, udskrevet til genoptræning, og efter genoptræningen bliver man sendt hjem, og så kommer der måske kun hjælp tre gange om ugen.

Det er en voldsom overgang, og familien vil ofte opleve, at det er alt for lidt. Så hører man, måske på sygehuset, måske fra bekendte, at vi findes,” fortæller *Helle Kinnerup*.

indsats med købt hjælp for at undgå, at den gamle mor eller far skal sidde alene derhjemme eller må på plejehjem.

”Så arbejder vi sammen med familien. I mange hjem arbejder vi også sammen med det offentlige, som har bevilget hjælp til rengøring eller personlig pleje, men ikke kan være der så meget, som kunderne ønsker.

Det kan f.eks. betyde, at kommunen kan nøjes med at sende én medarbejder til hjælp med forflytning, fordi de ved, vi er der i forvejen, og at vores personale er uddannet.

Så på den måde kan samarbejdet gøre det billigere for det offentlige, fordi det lægger noget af byrden over på dem, der har råd og er indstillet på at betale.”

Men der er én situation, hvor vikarbureauets kunder også er mennesker med en helt almindelig gennemsnitlig økonomi. Det er f.eks., når der er tale om døende patienter, fortæller *Helle Kinnerup*:

”Det drejer sig om de sidste døgn, hvor familien ikke kan bære, at deres mor eller far skal ligge på en firesengs stue. De tager deres slægtning hjem fra sygehuset og siger: Det må vi betale os ud af. Og så skillinger de sammen i familien.”

*kbj@dsr.dk*

## Velhavende drikker mere

Et stort alkoholforbrug er mest udbredt hos mennesker med høje indtægter. Samlet ligger andelen af borgere med et risikabelt alkoholforbrug i Gentofte, Hørsholm og Rudersdal på niveau med den øvrige del af regionen, men specielt kvinderne i Hørsholm skiller sig ud med regionens højeste andel af kvinder med risikabelt alkoholforbrug.

## Mindre diabetes, mere kræft

De fleste store sygdomme har samme udbredelse i Rudersdal, Hørsholm og Gentofte som i resten af regionen. Undtagelserne er diabetes, som der er mindre af, visse kræftsygdomme, som er mere udbredte, måske på grund af bedre overlevelse, og større forekomst af osteoporose, som kan forklares med de mange ældre.

## Ældre med kroniske lidelser

Der er flere borgere med tre eller flere kroniske sygdomme i Rudersdal, Hørsholm og Gentofte end i Region Hovedstaden som helhed. Det kan forklares med, at de tre kommuner har flere ældre borgere end de øvrige.

## Respekt for sundhedsråd

Hver tredje borger med kronisk sygdom i Rudersdal, Hørsholm og Gentofte Kommuner undlader at overholde Sundhedsstyrelsens råd om fysisk aktivitet. Det er helt på niveau med resten af regionen, og det samme er alkoholforbruget, hvor mere end hver tredje med kronisk sygdom ikke overholder anbefalingerne. Til gengæld er borgerne i de tre kommuner mere lydøre, når det gælder rygning og kost. Her ser betydelig færre stort på anbefalingerne end i regionen som helhed.

## Fastfood frister ikke

Usunde kostvaner er nærmest en sjældenhed i kommunerne nord for København. Især kvinder spiser sundt. Når det går galt, er det især kager, slik og snacks, der glider ned, fastfood og sodavand frister tilsyneladende ikke så meget som i andre dele af regionen.

Kilde: Region Hovedstadens Sundhedsprofil 2008.

## Uligeløn er en bombe under velfærden

Mænd tjener i gennemsnit mellem 17 og 21 pct. mere end kvinder. Den konklusion fremgår af en rapport, som SFI (Det Nationale Forskningscenter for Velfærd) har udarbejdet for Beskæftigelsesministeriet for ca. en måned siden.

Selv om uligelønnen er blevet dokumenteret før, er rapportens konklusion opsigtsvækkende. Mindst lige så opsigtsvækkende var beskæftigelsesministerens kommentar til rapporten. Han sagde nemlig, at det er ude på virksomhederne, at man for alvor kan ændre noget, og at de redskaber, der skal bruges, er en ligelønsguide, nye lønstatistikker og seminarer.

Det er jeg slet ikke enig i.

Ligelønsproblemerne kan ikke for alvor løses lokalt. Sygeplejerskernes uligeløn kan ikke fjernes alene ved en indsats på det enkelte sygehus eller i den enkelte kommune. Der skal tages fat et helt andet sted, nemlig ved at sikre, at grundlønnen er i orden.

Derfor har Sundhedskartellet kæmpet hårdt for en lønkommission. Den kamp lykkedes vi som bekendt med, og kommissionen har lige holdt sit første møde. Det bliver hårdt arbejde, men vi har et godt udgangspunkt:

F.eks. er beskæftigelsesministeren ikke den eneste, der har fået udarbejdet en SFI-rapport om ligeløn. Det har vi også gjort. Den viser, at det er sygeplejerskerne – og de øvrige offentligt ansatte sundhedskartelmedlemmer med en mellemlang videregående uddannelse – der har det største lønefterslæb. Vores løn halter 35 pct. efter privatansatte på samme uddannelsesniveau.

Det er det allerstørste løngab på arbejdsmarkedet – og langt større end f.eks. de kortuddannede. Hvis man f.eks. har en erhvervsfaglig uddannelse og arbejder i den offentlige sektor, er lønefterslæbet på 17 pct. i forhold til privatansatte. Det er meget. Men det er slet ikke så stort et lønefterslæb, som sygeplejerskerne har.

Jeg synes, det er et skræmmende scenario, der tegner sig for fremtidens velfærd, når det ikke kan betale sig økonomisk at tage en mellemlang videregående uddannelse og arbejde i den offentlige sektor.

Sygeplejersker har et fantastisk fag, der appellerer til mange unge. Men de unge, der skal vælge uddannelse, ser altså også på, hvor meget de kommer til at tjene gennem deres arbejdsliv. Derfor skal uligelønnen fjernes. Det er en forudsætning for, at vi også i fremtiden kan have et stærkt offentligt sundhedsvæsen.

*"Jeg synes, det er et skræmmende scenarium, der tegner sig for fremtidens velfærd, når det ikke kan betale sig økonomisk at tage en mellemlang videregående uddannelse og arbejde i den offentlige sektor."*




Connie Kruckow, formand



## Skuffet over udsat uddannelse

Af Jette Eichel, sygeplejerske

 I anledning af udsættelsen af den planlagte uddannelse i arbejdsmiljø for sygeplejersker vil jeg ikke undlade at lufte min mening om det trufne valg.

Jeg er dybt skuffet over, at Dansk Sygeplejeråd ikke følger den politiske trend, der p.t. sætter fokus på arbejdsmiljøet og virkelig bruger dét, at de har et tilbud om uddannelse i emnet til at promovere sygeplejen som en bevidst arbejdsmiljøorienteret profession.

Nogle sygeplejersker har ventet flere år på uddannelsen, og hvem siger, at de vil blive ved med at stå standby til en uddannelse, der måske, måske ikke, bliver til noget. De bliver måske fristet til andet end sygeplejen.

Jeg har fuld forståelse for, at uddannelsen ikke kan blive afviklet for et lille antal sygeplejersker, men jeg mener, at 10 sygeplejersker, som er uddannede i arbejdsmiljø, kan gøre rigtig meget for sygeplejen og andre faggrupper, som sundhedsvæsenet beskæftiger.

I forebyggelsesøjemed kunne midler fra fonde eller lignende måske bidrage til, at 10 sygeplejersker i stedet for 0 sygeplejersker fik den uddannelse, der kunne hjælpe med til at bevare eller endog øge antallet af aktive i plejesektoren.

*Jette Eichel er arbejdsmiljøkonsulent på Helsingør Hospital.*

## Svar

Af Dorte Steenberg, næstformand

Dansk Sygeplejeråd har i høj grad fokus på arbejdsmiljøet. Vi har netop udgivet pjecen "Kvalitet af sygeplejen og arbejdsmiljø", der sætter fokus på sygeplejerskernes arbejdsmiljø, helbred og velbefindende og på den anden side patienternes sundhed og sikkerhed, og vi har netop afholdt temadage om arbejdsmiljø og stress i kredsen for ledere samt tillids- og sikkerhedsrepræsentanter. Herudover har Dansk Sygeplejeråd f.eks. lanceret debatkampagnen HUG – Hverdagens Usynlige Gøremål, der også sætter fokus på sygeplejerskernes arbejdsmiljø.


Jeg er helt enig med dig i, at der skal være et uddannelsesstilbud til arbejdsmiljøsygeplejersker. På trods af, at tilbuddet har været bredt annonceret, har der imidlertid ikke været den nødvendige tilslutning til uddannelsen – hverken i 2007 eller 2008, hvor den senest har været udbudt. I forhold til de økonomiske aspekter vil jeg understrege, at det er arbejdsgivernes ansvar at sikre de rette arbejdsmiljømæssige kompetencer. Derfor er det arbejdsgiverne, der skal tilvejebringe finansieringen af arbejdsmiljøsygeplejerskernes efter- og videreuddannelse.

Det er Dansk Sygeplejeråds mål, at der så hurtigt som muligt skal udbydes en arbejdsmiljøuddannelse, og vi har derfor indledt en dialog med det faglige selskab herom. Vi ser også nærmere på de eksisterende universitære uddannelser, som omfatter arbejdsmiljø og diplomuddannelser på professionshøjskoler, idet professionshøjskolerne tidligere har vist interesse for at udvikle tilbud inden for faglige områder.

## Sindslidende har ikke brug for isolering

Af Astrid Valentin, sygeplejerske

*Kommentar til 5 faglige minutter "Sindslidende bliver ikke raske af at ligge i en seng" i Sygeplejersken nr. 22/2008.*

 Som mor til psykisk syg søn kan jeg kun bekræfte, hvad bl.a. Politiken skriver, "at dansk psykiatri i dag på mange måder kan betegnes som en fiasko."

Jeg har fulgt den psykiatriske behandling på meget tæt hold gennem 25 år, og når jeg har set vores søn næsten savlende som følge af den medicinske behandling, har jeg ofte gennem årene knebet mig selv i armen og tænkt, at dette kan ikke være rigtigt.

Når jeg i min undren og fortvivelse gav udtryk for dette over for psykiaterne, fik jeg enten en trækken på skuldrene eller det svar, at det var den gængse behandling, som man fulgte.

Da jeg under vores søns ophold i Middelfart over for en overlæge satte spørgsmålstegn ved de alt for store medicindoser, gav han besked til en sygeplejerske, som deltog i samtalen, om at det var da vist bedst, denne mor ikke mere kom på besøg. Denne modige sygeplejerske glemmer jeg aldrig, hende har jeg aldrig fået sagt ordentlig tak. Hun svarede overlægen, at det kunne da ikke være hans mening at forbyde besøg, når hun vidste, hvor glad vores søn var for sin mor, og det er jeg hende dybt taknemmelig for den dag i dag.

Den fejlbehandling, der i mange år har fundet sted i psykiatrien, trækker desværre sine lange spor. Det ligeledes i Politiken nævnte tiltagende antal af retspsykiatriske patienter er efter min mening også et resultat af den komplet uacceptable behandling, der ydes disse mennesker,

Var der herhjemme mere tillid til det psykiatriske system, tror jeg aldrig, vores psykisk syge medborgere ville komme så langt ud i tovene. Medicinen, der gives, kender man ikke altid i fornødent omfang virkningen af. Jeg har ofte tidligere oplevet vores søn aggressiv og irriteret efter indtagelse af ordineret medicin, så der mangler i høj grad også forskning omkring dette emne.

Jeg er meget enig med dig, *Jørn Ditlev Eriksen* – en god menneskelig behandling og forståelse er, hvad vores sindslidende har brug for, og ikke den isolering, som den nuværende behandling ofte medfører. Tiden er for længst inde til, at der bliver lagt en helt ny kurs i vores psykiatriske behandling.

*Astrid Valentin er pensioneret sygeplejerske.*

### ]]] HVAD MENER DU

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

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

Stjæler hverdagens usynlige gøremål din tid fra patienterne?

Læs artiklen "Sygeplejersker vil tilbage til patienterne" i dette nummer af *Sygeplejersken* og klik ind på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside: [www.dsr.dk/hug](http://www.dsr.dk/hug)

#### Svar på spørgsmål stillet i *Sygeplejersken* nr. 23/2008:

Frygter du, at udbygningen af privathospitalerne vil dele patienterne op i et a- og b-hold?

Svar	antal	pct.
Ja	126	75,0
Nej	39	23,2
Ved ikke	3	1,8
<b>I alt</b>	<b>168</b>	<b>100</b>

## Anmeldelse med grundløs påstand

Af Henning Kirk, læge, dr.med.

*Kommentar til anmeldelsen "Afliver myter om hjernens aldring" af bogen "Med hjernen i behold" i Sygeplejersken nr. 23/2008.*

Man kan i faglig henseende undre sig over, at *Helen Frost* i sin anmeldelse gør meget ud af at efterlyse cases med "seniorers egne erfaringer" i en bog, der mere generelt fokuserer på neurokognitive aspekter af aldring, og som i øvrigt er den første bog herhjemme, der giver et samlet indblik i nyere neurokognitiv forskning om aldring.

Det er én ting. Alvorligere er det, at redaktionen lader følgende, groft injurierende bemærkninger og påstande passere:

"... jeg får mistanke om, at bogen er et politisk bestillingsarbejde qua det faktum, at forfatteren er medlem af regeringens seniortænketank. Et bestillingsarbejde, fordi bogen overvejende har et nyttigt og pragmatisk sigte og fokus på arbejdsmarkedets behov."

Jeg kan i den anledning oplyse,

- at arbejdet med min bog startede før nedsættelsen af regeringens tænketank om fastholdelse af seniorer på arbejdsmarkedet
- at dens udgivelse intet har med tænketanken at gøre
- at tænketankens medlemmer ikke er udpeget efter politiske kriterier
- at jeg er udpeget som aldringsforsker, dvs. uafhængig ekspert
- at det er tænketankens opgave at stille forslag om, hvordan seniorer får bedre muligheder for frivilligt at forblive på arbejdsmarkedet.

Det skal i øvrigt bemærkes, at tænketanken har repræsentation fra oppositionen (fhv. minister *Jytte Andersen* (S)) samt LO (næstformand *Lizette Risgaard*). Endvidere bemærkes, at der er bred politisk enighed om, at seniorer skal have bedre muligheder for at kunne forblive på arbejdsmarkedet – hvis de ønsker det.

I henhold til ovenstående skal jeg hermed anmode *Sygeplejerskens* ansvarshavende chefredaktør om, at anmeldelsens groft injurierende påstande beklages, samt at det præciseres, at påstanden om "politisk bestillingsarbejde" er grundløs.

Ud over mit krav om, at ovennævnte tekst bringes i *Sygeplejersken* med efterfølgende berigtigelse og beklagelse, vil jeg bede redaktionen om at overveje nedenstående:

Selv om redaktionen imødekommer mit krav, vil *Sygeplejerskens* læsere sidde tilbage med negative opfattelser af min bog. For de injurierende bemærkninger og påstande vil være knyttet sammen med anmeldelsens besynderlige faglige argumentation. Det ville på den baggrund være fair at bringe en ny anmeldelse med en "second opinion" og/eller et interview med forfatteren.

*Henning Kirk arbejder selvstændigt som forfatter, foredragsholder og seniorkonsulent.*

## Svar 1

Af Helen Frost, adjunkt, cand.cur.

Intentionen med anmeldelsen "Afliver myter om hjernens aldring" er ikke, at læserne skal sidde tilbage med et negativt billede af bogen. Det er værdt at bemærke, at anmeldelsen både indeholder positive og negative kommentarer. Et afsnit bliver f.eks. afsluttet med følgende bemærkning:

"Formidling af viden om, hvordan kognitiv hjernetræning, hjernefitness og fysisk aktivitet kan medvirke til, at seniorer opnår en bedre livskvalitet, er bestemt relevant for sygeplejersker, som interesserer sig for geriatrisk sygepleje."

Anmeldelsen tager udgangspunkt i anmeldervejledningen fra *Sygeplejerskens* redaktion, hvor der lægges op til, at en anmeldelse gerne må være kritisk. Jeg har skrevet anmeldelsen med en positiv kritisk vinkel og med en overordnet sygeplejefaglig og humanvidenskabelig tilgang.

Med den sygeplejefaglige position in mente forholder jeg mig kritisk over for, at forfatteren både taler for fortsat anvendelse af seniorers arbejdsmarkedskompetencer og samtidig anlægger en faglig og neurovidenskabelig tilgang til seniorers kognitive funktioner. Det bevirker, at det er uklart for mig, hvilken position *Henning Kirk* egentlig repræsenterer, idet disse to forhold ikke nødvendigvis er sammenhængende i min optik. Jeg beklager valget af retorik i anmeldelsen. Det har ikke været min hensigt at krænke bogens forfatter.

## Svar 2

Af Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør

Indholdet af en anmeldelse vil altid være baseret på anmelderens subjektive vurdering. Her er altså ikke tale om objektive sandheder, men om vurderinger styret af anmelderens faglige udgangspunkt, erfarings- og vidensgrundlag samt ikke mindst anmelderens skøn. Samtidig er der i anmeldelser videre rammer end i journalistiske artikler til at anvende frisprog og komme med påstande.

I den konkrete sag er der efter min vurdering ikke tale om groft injurierende påstande, og der er ikke grundlag for at bringe hverken en berigtigelse eller beklagelse.

### Erhvervspsykolog Bettina Høeg

Cand. psych., sygeplejerske & HD-O

Tilbyder bl.a.:

- Coaching: Sæt fokus på faglig sparring og udvikling
  - o Kollegial coaching i sygeplejerskegrupper og ledergrupper
  - o Ledelsesbaseret coaching for ledende sygeplejersker
  - o Brug af coaching som et kommunikationsredskab i den professionelle samtale med patienter/borgere og deres pårørende
- Lederudviklingsforløb for ledende sygeplejersker: Sæt fokus på ledelse
  - o Ledelse af forandringer
  - o At arbejde med anerkendelse som leder
- Temadage og workshops, f.eks.
  - o Hvordan skabes trivsel og arbejdsglæde i en travl hverdag?
  - o Stress- og udbrændthed
  - o Kommunikation i et systemisk og anerkendende perspektiv
  - o En organisationskultur præget af anerkendelse og nærvær

Erfaring som organisations- og ledelseskonsulent og som sygeplejerske fra sygehus og hjemmeplejen.



www.bettinahoeg.dk  
Email: bh@bettinahoeg.dk  
Mobil: 2988 7121



## ICN kongres i Sydafrika 2009

Ønsker du at dele viden og erfaringer fra din praksis med kollegaer fra hele verden og deltage i studiebesøg i Sydafrika? Så har du chancen på ICN's kongres i Durban, Sydafrika 29. juni – 4. juli 2009.

Tema: "Sygeplejersker går forrest i opbygning af sundere samfund"

Læs mere på:  
<http://www.icn.ch/congress2009/index.htm>

### Særuddeling af stipendier

- DSR uddeler 250.000 kr. i portioner af op til 10.000 kr. fortrinsvis til ansøgere, der har fået godkendt abstracts
- Fristen for stipendieansøgning er 2. januar 2009
- Ansøgningerne behandles den 4. februar 2009
- Ansøgningsskema kan rekvireres fra [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) > Fag > Uddannelse > Legater og stipendier

ICN - International Council of Nurses er en sammenlutning af over 130 sygeplejerskeorganisationer på verdensplan



## Oplysninger baseret på propaganda

Af "Sus", sexarbejder

Kommentar til artiklerne "Danmark er Nordens bordel" og "Sygeplejersker hjælper ofre for menneskehandel" i *Sygeplejersken* nr. 23/2008.

"Danmark – Nordens bordel" hed det for nylig i overskriften til en pressemeddelelse fra "8. marts-initiativet", som i foråret organiserede en stor kampagne mod mit nuværende fag – sexarbejde. Jeg havde før læst næsten samme overskrift i flere andre medier. Senest i *Sygeplejersken* nr. 23/2008.

Jeg får bladet, fordi jeg selv indtil for nogle år siden arbejdede som sygeplejerske. Det ærgrede mig at se mit tidligere fagblad springe i med samlede ben og skrive en artikel om sexarbejde, der udelukkende baserer sig på propaganda, og som dårligt indeholder et sandt udsagn. Det er f.eks. ikke sådan, at der er specielt mange kunder fra Sverige, heller ikke på bordellerne i København, og det er svært at se, hvorfor det så skulle vælte ind med kunder fra Norge, selv om sexkøb nu desværre også er blevet forbudt deroppe.

Det er heller ikke rigtigt, at antallet af sexarbejdere er femdoblet siden 1990. Dengang talte man, hvor mange der var på vagt ad gangen. I dag tæller man, hvor mange der er i alt. Mange sexarbejdere arbejder kun en gang hver eller hver anden uge, eller endnu sjældnere, så der er stor forskel på det ene og det andet. Det kan såmænd godt være, at antallet af sexarbejdere er faldet. Men det mest sandsynlige er, at det er nogenlunde uændret.

Det må *Dorit Otzen* fra Reden i København, som øjensynligt var den eneste kilde på artiklen, også vide. Men hendes mål er at sætte sexarbejde i et så dårligt lys som muligt, og for nu at sige det pænt, så er hun ikke nøjeregnende med, hvad hun siger for at nå det mål – som når hun ud i det blå påstår, at efterspørgslen efter sadomasochistisk sex har udviklet sig "eksplosivt". Det ved hun intet om, men det lyder jo dramatisk. Mange medier har efterhånden gennemskuet, hvad det er for et spil, *Dorit Otzen* og *Reden* i København kører, og på det seneste har man kunnet læse en række gode artikler om sexarbejde. En af dem var i *Sygeplejersken*. Historien om *Bettina Toftgaards* og *Gitte Mariners* arbejde for Dansk Røde Kors var meget spændende og lærerig – også for mig. Jeg håber, at *Sygeplejersken* ved lejlighed også vil fortælle om sexarbejdere i Danmark, der lever under mere normale og fredelige omstændigheder. Jeg håber også, at man vil gøre det i den gode, faglige tradition fra læsernes hverdag, hvor man møder sine patienter professionelt, sagligt og uden fordomme – uanset hvad man mener om dem og det liv, de lever.

"Sus" har tidligere arbejdet som sygeplejerske og er formand for Sexarbejdernes Interesse Organisation, [www.s-i-o.dk](http://www.s-i-o.dk)  
 Sus' rigtige navn er redaktionen bekendt.


## Svar

Af Sigurd Nissen-Petersen, redaktør

Vi må melde hus forbi, når du skriver, at *Sygeplejerskens* oplysninger baserer sig på propaganda. Opgørelsen over antallet af prostituerede er et skøn fra Rigspolitiet, og det er ifølge eksperter i både Reden og Velfærdministeriet det mest autoritative skøn. Med hensyn til sexkunderne fra Sverige refererer vi, hvad nogle eksperter forklarer som én af flere årsager til det stigende antal prostituerede i Danmark.

## Vi kan gøre det meget bedre

Af Michaela Jørgensen, sygeplejerske, master i læreprocesser med speciale i arbejdsmiljø og forandringsprocesser

 Hvorfor sker det igen? Jyllands-Posten, den 26. oktober: En gammel syg kvinde udskrives, er færdigbehandlet, men indlægges få dage efter endnu mere syg. Færdigbehandling – hvem har retten til at definere dette begreb?

Gamle mennesker har ofte komplekse konkurrerende sygdomme, de har behov for ekstra opmærksomhed/hjælp fra det professionelle personale, både når de er indlagt, og når de er hjemme i eget hjem. De har behov for, at både læger, sygeplejersker og andet sundhedsfagligt personale har stor viden om og forståelse for det at være gammel.

De gamle har behov for undersøgelse, behandling og sygepleje og at både læger og sygeplejersker bruger deres faglige skøn i samarbejdet både tværfagligt, tværsektorielt og selvfølgelig med den gamle og dennes familie.

Begrebet færdigbehandling har været diskuteret i mere end 10 år, og alligevel sker det desværre jævnligt, at gamle udskrives, uden at der er taget vare på alle forhold i hjemmet, så vi sikrer den bedste udskrivelse og undgår genindlæggelse.

Hvordan kan det så være, at der kun tales om en lægefaglig definition af begrebet færdigbehandling?

Har lægerne retten til at definere begrebet færdigbehandling? Er det alene lægerne, der vurderer, hvornår den gamle er færdigbehandlet? Hvor er de sygeplejefaglige argumenter, så hensynet til de svageste varetages? Eller er det, fordi der skal "ryddes" op i afdelingen?

Hvornår diskuterer vi – sygeplejersker – med lægerne i afdelingen

og argumenterer sygeplejefagligt for at sikre den gamle en respektfuld udskrivelse i samarbejde med familien og den gamle?

Det er både en lægefaglig og sygeplejefaglig vurdering, når den gamle skal udskrives.

Det må ikke blive en kamp om økonomi, vi har alle så mange muligheder for at kommunikere med hinanden, så vi kan sikre en god og respektfuld udskrivelse for de gamle.

Vi kan som fagprofessionelle gøre det meget bedre, til gavn for de allermoste syge og svage i vores samfund.

*Michaela Jørgensen  
er ansat i Hjemmesygeplejen, Kolding Kommune.*

.....

"At tro, at man kan få bedre rengøring på hospitalerne ved bare bevidstløst at bevillige flere penge fra Christiansborg til bedre rengøring, er derimod naivt. Når man uddeler flere penge, hver gang offentlige institutioner svigter, så inviterer man bare til nye svigt."

.....

Leder i Netavisen 180 Grader.



Mennesker vil altid huske, hvordan du hjalp dem

Nye udgaver, flere gode egenskaber

Ligesom de kendte ALLEVYN forbindinger har nyhederne ALLEVYN Gentle, ALLEVYN Gentle Border og ALLEVYN Ag egenskaber, der giver optimal væskehåndtering og hurtigt læger væskende sår. Den avancerede ALLEVYN teknologi kombineret med nye fordele gør valget lettere for dig.

Wound Management  
Smith & Nephew  
Slotsmarken 14  
2970 Hørsholm

Telefon +45 4581 6100  
Fax +45 4581 6151  
mail: sn.dk@smith-nephew.com  
www.allewyn.com

 smith&nephew  
**ALLEVYN**<sup>®</sup>  
Wound Dressings

## Pakistansk sygeplejerske uden job i Danmark

Af Jane Bartholdy Tamimi, sygeplejerske

*Kommentar til artiklen "Værdifuld arbejdskraft tabes på gulvet" i Sygeplejersken nr. 24/2008.*

Jeg har igennem mange år fungeret som mentor via Kvinfo's mentornetværk for udenlandske sygeplejersker eller sygeplejestuderende. Men lige nu, i den "sag", jeg er midt i, må jeg erkende, det har da aldrig været vanskeligere.

Førhen var Sundhedsstyrelsens sygeplejekontor ikke altid så hurtige til at godkende eller ikke godkende en udenlandsk sygeplejerske, men det er blevet meget bedre de seneste år.

Derfor skulle min rolle som mentor jo også lette noget, skulle jeg antage. Men nej, nej – den vanskeligste opgave, som jeg har forsøgt mig med i de seneste 3-4 måneder, er en pakistansk sygeplejerske, som bor i København. Hun har været uddannet og arbejdet i tre år på operationsafdelingen i sit hjemland.

Hun er godkendt til en seks måneders prøveansættelse, helt som det ofte er tilfældet. Prøveansættelse betyder, at sygeplejersken ansættes på overenskomstmæssige betingelser, men afdelingen, der ansætter, har et ansvar i forhold til sundhedsstyrelsens endelige godkendelse. Et ansvar med at vejlede og observere, om den udenlandske sygeplejerske nu også kan fungere på lige fod med sine danske kollegaer.

Den pågældende mentee taler et dansk, som det nu er, når man faktisk kun får muligheden for at tale med sine medstuderende fra andre lande på Sprogskolen, hvor hun har gået i to år! Men hun taler udmærket, også fagligt engelsk.

Jeg har fået meget venlig hjælp fra chefsygeplejerske *Helen Bernt Andersen* fra Rigshospitalet, men desværre har min mentee endnu ikke fået et job. Der er forsøgt mange andre muligheder i København, men stadig ingen job til hende.

Som pårørende har jeg selv for nylig været på Rigshospitalets neurokirurgiske ambulatorium, hvor der var en kirurgisk læge, som ikke talte dansk, kun sparsomt engelsk. Så jeg tænker – og min mentee undrer sig: Hvis en læge kan arbejde og operere – formentlig med det engelske sprog og ingen dansk – hvad er det så, der gør, at min mentee stadig ikke kan få en ansættelse?

*Jane Bartholdy Tamimi er sygeplejelærer.*

### Glædelig jul og godt nytår

Sygeplejerskens redaktion ønsker læsere og annoncører en glædelig jul og et godt nytår.

Næste nummer af *Sygeplejersken* udkommer fredag den 9. januar 2009.

### ))) 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](http://www.sygeplejersken.dk) > Manuskriptvejledninger > 8. Debatindlæg i *Sygeplejersken*

**Debatindlæg sendes til:**

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

## Vibeke Damgaard Eriksen

Det er med sorg, at vi fik meddelelse om, at vores kollega *Vibeke Damgaard Eriksen* er død efter kort tids sygdom. Vibeke, som så gerne ville livet.

Vi forstår det stadigvæk ikke. Og har svært ved at fatte, at vi ikke længere skal møde Vibeke som den gode og dejlige kollega, hun var. En kollega med et altid positivt livssyn. At vi ikke længere skal blive inspireret af hendes engagerede, positive og vedholdende energi som oversygeplejerske og en naturlig del af flokken, når vi var sammen til møder.

Fagligt var Vibeke meget interesseret i ledelse. Hun har gennem årene haft flere ledelsesopgaver både på Odense Universitetshospital, Kolding Sygehus og senest som oversygeplejerske for kirurgisk afdeling K på Svendborg Sygehus. Hun var engageret i det regionale sygeplejefaglige råd og havde her den kirurgiske sygepleje i fokus. Vibeke arbejdede energisk, positivt og konstruktivt med ledelsesopgaven. Hun var et meget åbent og imødekommende menneske.

Livet er ikke altid retfærdigt, og det var det heller ikke, da vi fik beskeden om, at Vibeke var død. Vi vil savne hende, men tænke tilbage på hende som et menneske, vi alle satte stor pris på at have lært at kende og arbejde sammen med. Vibeke vil blive savnet i oversygeplejerskegruppen på Svendborg Sygehus. Størst er savnet hos hendes familie, som vores tanker går til.

Æret være Vibekes minde.

*På vegne af oversygeplejerskerne  
på Svendborg Sygehus,  
Susanne Barren.*

## Vi vil gerne hjælpe dig, så du kan hjælpe pårørende

Arbejder du i psykiatrien?  
Så har vi to relevante tilbud til dig og dine kollegaer:

- Folder med 10 gode råd om mødet og samarbejdet med pårørende til psykisk syge
- Pårørendepakke med information, viden og råd til pårørende, som I kan give til pårørende

Bestil kvit og frit på [bedrepsykiatri.dk](http://bedrepsykiatri.dk) eller [info@bedrepsykiatri.dk](mailto:info@bedrepsykiatri.dk)



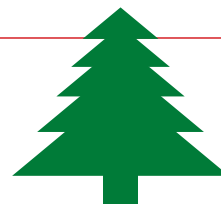
Landsforeningen

**BEDRE PSYKIATRI**

- pårørende til sindslidende

[bedrepsykiatri.dk](http://bedrepsykiatri.dk) – 3525 4600

# Jul på kryds og tværs



Strejke, stress og assisteret spising har været på Sygeplejerskens dagsorden i 2008. Men nu er det tid til at slappe af, trække vejret dybt og ånde langsomt ud. Om krydsordsløseren tager plads i toget, ved skrivebordet eller krøller sig sammen i sin yndlingslænestol, ved vi ikke noget om, men vi ved, at rigtig mange hvert år tager sig tid til at løse årets faglige julekryds. Vi håber, det gentager sig i år. Vi trækker tre vindere, som får en mp3-afspiller hver.

Send en mail med navn, adresse, medlemsnummer og løsning på julekrydsen til hra@dsr.dk eller udfyld snippen nedenfor og send den til Sygeplejersken, Sankt Annæ Plads 30, Postboks 1084, 1008 København K.

Mærk kuverten "Julekryds" i nederste venstre hjørne.

Vi skal have løsningen med morgenposten senest mandag den 5. januar 2009. Vindernes navne offentliggøres i Sygeplejersken nr. 1/2009.

(jb)

TENDINITIS	KORN-SKALLER	VEJRER MÆLKE-PRODUKT	NÆG-TELSE	VÆRE TIL HEST	SVAN-GER-SKAB	KORTE	TRÆT	KVINDER	SLUGTE
KODE-ORD (1. DEL)			FLÆN-GE		ULEMPE			DYR	
KODE-ORD (2. DEL)						VINBE-HOLDER			
KORTET KÆM-MET			AF DETTE FASE			OSTE-BY			ARTRI-TISSEN
L		TAL HAN-GRIS			BRUTA-LITET VEDR. REGNING			HUDPRÆ-PARAT FORFØL-GER	
BEL-GIEN	REJSE SLÆGT-NINGEN			OVER-HOVED BRIER		BESID-DERE TRÆ			
			KINO SUK-KERSYGE		VIA		BINDE-ORD		TAL
	2 ENS		EJE-STED-ORD		TIDS-SANS			LØF-TE	
SLUD-DER			ENS	CIFFER KVALME			KLINGE FOR-BUND		
HÅND-BOLD-UDTRYK		MIDT I FOKUS	ILDSTED BOLD-KLUB		TIL GEN-GÆLD VASK		FUT LIGE-DAN		RYGTE
STED-ORD		BRILLE-SLANGE SO			BILDEL LANG-SOMT			RIMPE FEDT-LAG	
		FULD SKIMTE				MARK KROPS-DEL		SPE-DALSK AFGIFT	
ULCUS CRURIS	SOL-GUD 2 ENS		TON KVÆL-STOF	FOR-KALKET AVIS		FRED			MÅL HALV-TREDS
BLIVE BØJET			LAND		MOD-SAT AKUT		PÅ BIL FRA OSLO	STEMME	
									KURS

LEXI.DK

Navn:

Medlemsnummer:

Adresse:

Postnummer og by:

Løsning:



# SYGGEPLEJERSKEN

>>> FAG

Fagtanker >>	52
Faglig information >>	52
Testen >>	55
Agenda >>	69
Anmeldelser >>	75
5 faglige minutter >>	78



## Væskeinfusion til døende kræftpatienter

>> 56

Patientforløbsvejledere i onkologien >> 64

Selvinjektion af heparin >> 70

## &gt;&gt;&gt; FAGTANKER

## Væskeinfusion kan gøre mere skade end gavn

Det er utroligt, som ny faglig viden kan sætte en sygeplejefaglig problemstilling i relief. Her drejer det sig om de anbefalinger, der er fremlagt i artiklen "Væskeinfusion til døende kræftpatienter" side 56. Anbefalingerne flytter på flere måder den problematik om væskeinfusion til døende patienter, som jeg var en del af i hjemmeplejen for 5-6 år tilbage, og som sikkert eksisterer i nogle kommuner endnu. Hjemmesygeplejerskerne kunne her ikke tilbyde sygepleje til borgere i eget hjem, som havde behov for intravenøs infusion. Hvilket bl.a. havde som konsekvens, at døende borgere lå på hospitalsstuer og -gange udelukkende pga. deres behov for intravenøs væsketerapi. For døende måtte ikke tørste.

Anbefalingerne i artiklen lyder på, at væskeinfusion til døende kræftpatienter, med enkelte undtagelser, ikke kan anbefales, og hvis vi havde haft den viden dengang, havde mange døende patienters sidste tid været anderledes bedre.

*Evy Ravn*

Evy Ravn,  
sygeplejerske,  
fagredaktør.



# Tværfaglig efter

AF MERETE LEHMKUHL, SYGEPLEJERSKE, MASTER I REHABILITERING

**Artiklen henvender sig til alle med interesse for tværfaglige undervisningstilbud. Hovedbudskabet er, at der på regionsniveau bør etableres en tværfaglig efteruddannelse ved alle regionens apopleksiklinikker. Artiklen udspringer af en evaluering af et tværfagligt kvalitets- og kompetenceudviklingsprojekt for personale ansat ved HS Apopleksiklinikker.**

I efteråret 2004 blev der oprettet en tværfaglig efteruddannelse for personale ved HS Apopleksiklinikker. Efteruddannelsen blev etableret som et projekt med efterfølgende evaluering. Denne artikel præsenterer nogle af projektets resultater og anbefalinger.

### Indhold og organisering

Efteruddannelsen er planlagt af en tværfaglig arbejdsgruppe bestående af ressourcepersoner fra de fem apopleksiklinikker i det daværende Hovedstadens Sygehusfællesskab (HS). Med afsæt i kliniske retningslinjer og referenceprogram inden for apopleksiområdet (1), hvor netop en tværfaglig tilgang beskrives som afgørende for effekten af rehabiliteringen af patienter med apopleksi, er formålet med efteruddannelsen at forbedre og udvikle den tværfaglige indsats over for patienter og pårørende.

Forløbet er opdelt i fire tværfaglige moduler, der kan tages enkeltvis, og undervisningen er tilrettelagt ud fra deltagernes erfaringer med apopleksi:

- Modul 1: For personale med < ½ års erfaring. Fokus er grundlæggende viden inden for apopleksispecialt, ætiologi, udredning, pleje og behandling og det deficit, man møder hos patienterne.
- Modul 2: For personale med ½-2 års erfaring. Fokus er rehabilitering gennem neuropædagogik og ABC-koncept.
- Modul 3: For personale med 2-4 års erfaring. Fokus er sidste del af rehabiliteringen, herunder overgangen til primær sektor, samt sundhedsfremmende og forebyggende elementer i forbindelse med apopleksi.
- Modul 4: For personale med > 4 års erfaring. Fokus er på kvalitetsudvikling og projektarbejde i egen klinisk praksis.

I projektperioden blev modul 1 afholdt tre gange, modul 2 og modul 3 blev afholdt én gang hver. Modul 4 blev aflyst på grund af for få tilmeldinger.

### Værdifulde gruppediskussioner

Kursisternes evalueringer viste bl.a., at modulernes indholdsmæssige kvalitet blev vurderet højt, og de var begejstrede for de praktiske øvelser og de tværfaglige gruppediskussioner. Også et planlagt studiebesøg på et lokalt genoptræningscenter blev vurderet positivt. Det at komme i dialog med de øvrige faggrupper, diskutere praksis med hinanden og se andre arbejdssteder end ens eget, som der ofte ikke er tid til i en travl hverdag, blev op-

# uddannelse inden for apopleksi

levet værdifuldt i forhold til en øget forståelse for andre gruppers fagsyn og opfattelse af apopleksirehabiliteringen. Men mange kursister fandt til gengæld undervisning efter PowerPoint uninspirerende, ligesom underviseren blev oplevet for styret af disse præsentationer.

Som en del af evalueringen blev de respektive ledere i apopleksiklinikkerne ca. tre måneder efter modulernes afholdelse bedt om deres vurdering af, hvorledes modulerne havde gavnet deres kliniske praksis. Lederne så her en tendens til, at kursisterne havde et øget fokus på rehabiliteringen og det tværfaglige samarbejde. Men mere tydeligt sås, at der var kommet øget opmærksomhed på de emner, der var blevet undervist i. Flere klinikker overvejede bl.a. at etablere udskrivningssamtaler med øget fokus på livsstilsfaktorer forbundet med risiko for en ny apopleksi.

**Grundlag for en ensartet rehabilitering**  
Styregruppen vurderer på baggrund af evalueringerne, der er beskrevet nærmere i evalueringsrapporten (2), at efteruddannelsen skaber et godt grundlag for en ensartet og tværfaglig rehabilitering af patienter med apopleksi, uanset hvilket hospital de behandles på. Det er derfor gruppens håb, at der på regionsniveau etableres en tværfaglig efteruddannelse ved alle regionens apopleksiklinikker, gerne inddelt i moduler, som her beskrevet. Modul 4 har styregruppen dog vurderet til at udgå, da årsagen til den manglende tilslutning skal ses i lyset af, at det erfarne og kyndige personale, som modulet retter sig mod, ofte er i gang med videreuddannelse på diplom- eller masterniveau.

*Merete Lehmkuhl er ansat som klinisk oversygeplejerske på rehabiliterende afdeling H,*

*Frederiksberg Hospital, og er projektleder på det tværfaglige uddannelsesstilbud; merete.lehmkuhl@frh.regionh.dk*

*Rapporten "Tværfagligt kvalitets- og kompetence-udviklingsprojekt for personale ansat ved HS Apopleksiklinikker" kan rekvireres ved henvendelse til forfatteren.*

## Litteratur

1. Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi, maj 2005.
2. Tværfagligt kvalitets- og kompetence-udviklingsprojekt for personale ansat ved HS Apopleksiklinikker. Ikke publiceret, men kan rekvireres ved henvendelse til forfatteren.

# Telefonrådgivning ved forgiftninger

AF DORTHE BRINKMANN, SYGEPLEJERSKE, KIM DALHOFF, DR.MED., NETE BRANDT HANSEN, RIE BYRSTING, DITTE CHRISTIANSEN, LAJLA AMHILD, SYGEPLEJERSKER

**Artiklen henvender sig til alle sygeplejersker. Hovedbudskabet er, at såvel borgere som sundhedsfagligt personale døgnet rundt kan hente telefonisk hjælp i forhold til forgiftninger hos Giftlinjen - en landsdækkende døgnåben telefonlinje.**



I august 2006 åbnede Giftlinjen på Bispebjerg Hospital. Giftlinjen er en landsdækkende døgnåben telefonlinje, hvor borgere og sundhedsfagligt personale (VIP) kan hente information om risici og symptomer ved forskellige forgiftninger samt få rådgivning om behandling.

Med denne nye konstruktion tilbydes hurtig og direkte kontakt uden omveje med høj faglig behandling af forgiftninger, som øger trygheden og serviceniveauet. Samtidig bi-

drages til, at ufarlige eller minimalt risikable eksponeringer ikke giver anledning til kontakt til de praktiserende læger eller skadestuer.

Ledelsen og driften er tværfaglig og drives i tæt samarbejde af Klinisk Farmakologisk Enhed, Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik og Anæstesiologisk afdeling.

11 sygeplejersker og en farmaceut varetager telefonopkaldene og besvarer spørgsmålene om forgiftninger med lægelig backup fra de tre nævnte afsnit. Alle sygeplejersker har mange års bred klinisk erfaring og har en toksikologisk videreuddannelse.

Ved alle opkald foretages en risikovurdering og en vurdering af behandlingstiltag. Alle opkald registreres og optages og kan bruges som juridisk dokumentation, faglig udvikling og til oplæring af nyansat personale.

Rådgivningen er baseret på actioncards, instrukser og internationale toksikologiske databaser. Der afholdes dagligt tværfaglig konference, hvor alle døgnets opkald gennemgås, hvorved rådgivningen kvalitetssikres og op-

timeres. Desuden afvikles forskning, kvalitetsprojekter og audit. F.eks. audit af, hvem der benytter Giftlinjens tilbud, om de to telefonnumre benyttes efter hensigten, og hvilken geografisk udbredelse Giftlinjen har på landsplan.

Resultatet viser, at antal af henvendelser fra både VIP og borgere er støt stigende, fordelt på 53 pct. henvendelser fra borgere og 47 pct. fra VIP. Samtidig viser undersøgelsen, at VIP'erne i 27 pct. af henvendelserne desværre anvendte det borgerrettede telefonnummer, hvorved førsteprioriteten ikke udnyttes. Sluteligt viser undersøgelsen en tydelig koncentration af henvendelser fra de større byer; København, Odense og Århus. Resultater, som nu fører til nye tiltag.

## Typiske forgiftninger

Forgiftninger medfører hvert år omkring 600 dødsfald og 8.000 hospitalsindlæggelser. De typiske forgiftninger omhandler lægemidler, kemikalier, planter og dyr. Omkring 40 pct. af henvendelserne drejer sig om lægemidler )

» (primært jern/vitaminer, paracetamol, benzodiazepiner og psykofarmaka) samt rusmidler som amfetamin og ecstasy. De resterende 60 pct. hører under arbejds- og miljømedicinske spørgsmål. Her handler forespørgslerne om uheld med kemikalier på både arbejdspladser og i private husholdninger. I hjemmet er det især børnene, der er mest udsatte. Opkaldene omhandler typisk maskinopvaskemidler, tændvæske og afkalkningsmidler. Der ses klart en sæsonbetinget variation i, hvilke typer forespørgsler det drejer sig om. Især om sommeren er der mange opkald om forgiftninger med planter, bær eller svampe, primært om børn.

#### Giftlinjens telefonnumre

Giftlinjen har to telefonnumre. Tlf. 8212 1212, som skal benyttes af borgere, og 3531 5555 til VIP. Giftlinjens telefonsystem er designet således, at tlf. 3531 5555 til VIP har førsteprioritet, da de kan stå i komplekse og alvorlige situationer, hvor behovet for rådgivning skal ske så hurtigt som muligt.

*Dorthe Brinkmann er afdelingssygeplejerske,  
Kim Dalhoff er overlæge, og  
Nete Brandt Hansen, Rie Byrting,  
Ditte Christiansen og Lajla Amhild er  
toksikologiske sygeplejersker.  
Alle er ansat på Giftlinjen;  
amb05@bbh.regionh.dk*

Læs mere om Giftlinjen på [www.giftlinjen.dk](http://www.giftlinjen.dk)

## Sidste udkald - vælg årets faglige artikel 2008

Hjælp os med at gøre den faglige sektion bedre, vær med til at kåre årets faglige artikel 2008. Hvad er en rigtig god faglig artikel? Har den flyttet dine holdninger, din praksis eller begge dele? Eller er det en klumme, der giver en god diskussion hen over skinnesandwichen?

Du kan genopfriske artikelbestanden ved at se alle årets numre af *Sygeplejersken* på [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk) > tidligere blade. Skriv dit bud på årets faglige artikel til [hra@dsr.dk](mailto:hra@dsr.dk) og begrund dit valg.

Husk at angive navn, adresse og telefonnummer. Der er to præmier: Én til den læser, der skriver den bedste begrundelse for valget, og én til forfatteren af årets faglige artikel.

Redaktionen skal have dit bidrag senest den 16. december 2008, og vindernes navne offentliggøres i *Sygeplejersken* nr. 1/2009.

(jb)



## »»» TESTEN



### Nytårsaften er over os, før vi aner det. Temaet er derfor veisalgia.

- 1 *Hvad betyder for resten veisalgia?*
  - a. Det er latin for fyrværkeri og fyrværkeriskader.
  - b. Det betyder tømmermænd.
- 2 *Hvad skyldes veisalgia?*
  - a. Tilstanden skyldes overdreven indtagelse af mørkfarvet alkohol, f.eks. cognac og rødvin.
  - b. Tømmermænd har flere årsager: Væskemangel, forgiftning, for megen røg, forstyrret søvn, lavt blodsukker og maveirritation.
- 3 *Kan man forebygge veisalgia?*
  - a. Drik lys alkohol (hvidvin, gin, vodka) drik et glas vand for hver genstand, drik ikke på tom mave, og begræns indtaget til højst fem genstande.
  - b. Nej, man ligger som man har redt.
- 4 *Kan man helbrede veisalgia?*
  - a. Nej, kun tiden helbreder tilstanden. Væske, hovedpinepiller og søvn afhjælper veisalgia, men helbreder den ikke.
  - b. Ja, spis et par bananer, så er du dig selv igen.
- 5 *Hvordan virker alkohol i kroppen?*
  - a. Alkohol er vanddrivende og virker lokalirriterende på mavesækken. Under nedbrydningen dannes acetaldehyd, som giver hjertebanken, kvalme og hovedpine.
  - b. Alkohol giver moralske tømmermænd, som det kan tage dage til uger at komme sig over.

(jb)

Se svarene på TESTEN side 69.

# Væskeinfusion til døende kræftpatienter

## MÅLET MED DENNE ARTIKEL

Målet med artiklen er, at læseren:

- får indblik i metoden bag udvikling af evidensbaserede kliniske retningslinjer
- kan gøre rede for indikationerne for opstart af væskeinfusion til døende kræftpatienter indlagt på sygehus
- kan gøre rede for de risici, der kan være forbundet med væskeinfusion
- kan gøre rede for den fornødne information til patient og pårørende og de spørgsmål, der som minimum skal afklares i forhold til patientens værdier, inden beslutningen om opstart af væskeinfusion træffes.

Artiklens målgruppe er sygeplejersker med interesse for evidensbaseret sygepleje og sygeplejersker, der plejer døende kræftpatienter. Artiklen præsenterer dels metoden bag det at udarbejde en evidensbaseret klinisk retningslinje og dels den eksisterende evidens inden for væskeinfusion til døende kræftpatienter. Første del af artiklen gennemgår metoden, mens den sidste del har fokus på evidensen og anbefalinger for klinisk praksis. De to dele af artiklen kan eventuelt læses uafhængigt af hinanden.

AF JANNIE CHRISTINA FRØLUND, CAND.CUR.

Der er i dag en tendens til, at væskeinfusion til døende indlagte kræftpatienter bliver givet som rutine. Set ud fra en sygeplejefaglig og etisk synsvinkel er det problematisk, idet væskeinfusion kan have uhensigtsmæssige fysiske, psykiske, sociale og åndelige konsekvenser for patienten (1).

Praksis på området er tillige meget forskelligartet. I hospitalsverdenen får næsten 100 pct. væskeinfusion i den sidste tid, mens patienter indlagt på hospice næsten aldrig får det (2). Det sker på trods af, at Sundhedsstyrelsen har anvist anbefalinger vedrørende væskeinfusion til døende (3).

Der ses således en forskel mellem de anbefalinger og den evidens, der findes, og den pleje og behandling, patienterne tilbydes, hvilket muligvis kan tilskrives de over-

raskende få systematiske evalueringer af den foreliggende evidens, der findes på området (4,5,6). En evidensbaseret klinisk retningslinje, hvor der er indsamlet, sorteret, kritisk evalueret og sammenfattet udviklings- og forskningsresultater inden for et veldefineret område, kan derfor være en væsentlig hjælp til fremskaffelse af evidens, der kan anvendes som retningsgivende for klinisk praksis (7).

Den ofte varierende pleje og behandling i forhold til væskeinfusion til døende kræftpatienter danner således afsæt for og begrundet artiklens aktualitet. Kort kan artiklens formål sammenfattes som et ønske om at udarbejde en evidensbaseret klinisk retningslinje, der kan være med til at styrke beslutningsgrundlaget i klinisk praksis i forhold til væskeinfusion til døende kræftpatienter.

## Litteratursøgningen

Metoden, der anvendes til udarbejdelse af evidensbaserede kliniske retningslinjer, bygger på en systematisk litteraturgennemgang, hvor formålet er at sammenfatte og kritisk vurdere de tilgængelige studier på området. Derfor vælges at inddrage "Vejledning i udarbejdelse af referenceprogrammer" (7), da der her beskrives en metode, som kan anvendes til at søge og vurdere relevant litteratur inden for sundhedsvidenskab. Vejledningen er udarbejdet af Sekretariatet for Referenceprogrammer, SFR, og er samtidig inspireret af det skotske sekretariat for referenceprogrammer, "The Scottish Intercollegiate Guidelines Network – SIGN" (8), hvorfor den også inddrages. Desuden inddrages supplerende litteratur omhandlende systematiske litteraturgennemgange for derved at få en større forståelse for metodens anvendelse i praksis.

### BLÅ BOG

Jannie Christina Frølund er ansat som udviklingssygeplejerske ved hæmatologisk afsnit i Vejle.

Jannie er uddannet sygeplejerske i 2004 fra Vejle Amts Sygeplejerskole. Er endvidere uddannet cand.cur. i 2008.

Udgivelser:

Frølund JC. Åndelig omsorg – et forsømt område! Klinisk sygepleje; 2006;3.

Frølund JC. Dyspnø hos uhelbredeligt syge og døende kræftpatienter – En systematisk litteraturgennemgang af hvilken evidens der er for lindring af dyspnø hos uhelbredeligt syge og døende kræftpatienter. Aarhus Universitet: Institut for Folkesundhed; 2008.



PRIVATFOTO

TABEL 1. SKEMA OVER DET FOKUSEREDE SPØRGSMÅL

Populationen eller det problem, som skal undersøges	Interventionen	Alternativet til interventionen	Det målte resultat
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voksne uhelbredeligt syge og døende kvinder og mænd (&gt;19 år) med dokumenteret kræftsygdom</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intravenøs væskeinfusion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingen intravenøs væskeinfusion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risikofaktorer</li> <li>• Komplikationer</li> </ul>

TABEL 2. SØGEPROTOKOL

Søgestrategi i forhold til, hvilken evidens der er for væskeinfusion til døende kræftpatienter		
<p><b>Søgeord på dansk:</b> "Terminal pleje", "kræft", "døende", "væskeinfusion", "dehydrering"</p> <p><b>Søgeord på engelsk:</b> "Palliative Care" OR "terminally ill patients" OR "Terminal Care" OR "Hospice Care" OR "Life Support Care" AND "Cancer" OR "Advanced" AND "Dehydration" OR "Hydration" OR "Artificial hydration"</p>		
Udvælgelseskriterier:		
Inkludér	Ekskludér	Databaser
<p><b>Litteraturtyper</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Metaanalyser</li> <li>• Systematiske oversigtsartikler</li> <li>• Randomiserede klinisk kontrolrede studier</li> <li>• Kohortestudier</li> <li>• Evidensbaserede kliniske retningslinjer</li> </ul> <p><b>Limits</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• All adult</li> <li>• Human</li> </ul> <p><b>Patientpopulation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voksne døende kvinder og mænd (&gt;19 år) med dokumenteret kræftsygdom.</li> </ul>	<p><b>Litteraturtyper</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ikke dansk-, svensk-, norsk- eller engelsksprogede artikler.</li> </ul>	<p><b>Databaser</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• The Cochrane Library</li> <li>• PubMed (MEDLINE)</li> <li>• CINAHL</li> </ul> <p><b>Internethjemmesider</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• www.sygeplejersken.dk</li> <li>• www.sykepleien.no</li> <li>• Sekretariatet for Referenceprogrammer</li> <li>• Scottish Intercollegiate Guidelines Network</li> <li>• New Zealand Guidelines Group</li> </ul> <p><b>Hånd søgning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Referencelister fra de udvalgte artikler.</li> </ul>

Den omtalte metode kan i hovedtræk inddeles i fire faser:

1. Identificering af litteraturen ud fra en eksplicit søgestrategi
2. Udvælgelse af litteratur ud fra definerede inklusions- og eksklusionskriterier
3. Evaluering ud fra pålidelige metodiske standarder
4. Udarbejdelse af anbefalinger (7).

I de følgende afsnit præsenteres artiklens metode og materiale gennem de fire ovenstående faser.

### Identificering ud fra søgestrategi

I fase 1, der omhandler identifikation af litteratur, udarbejdedes en søgestrategi. Det er her vigtigt, at litteratursøgningen er grundig og dækkende for derved at minimere bias. Ved bias menes systematiske fejl i forskningsdesign, metode og gennemførelse af studiet, hvilket kan føre til en over- eller undervurdering af interventionens effekt (9).

Ydermere er det vigtigt at afgrænse, hvilke specifikke

områder der skal belyses. Derfor formuleres en problemstilling i et såkaldt "fokuseret spørgsmål", der anvendes som basis for litteratursøgningen. Jo mere præcist og veldefineret det fokuserede spørgsmål er, jo mere præcis bliver søgningen. Med udgangspunkt i denne artikels formål struktureres søgestrategien på baggrund af følgende fokuserede spørgsmål:

"Hvilken effekt har intravenøs væskeinfusion sammenlignet med ingen intravenøs væskeinfusion i forhold til risikofaktorer og komplikationer hos voksne (>19 år) døende kræftpatienter?"

Se endvidere tabel 1 herover for skematisk oversigt over det fokuserede spørgsmål. Ved at sætte de enkelte elementer af det fokuserede spørgsmål ind i et skema gives et større overblik, hvilket ligeledes er med til at anskueliggøre kriterierne for søgningen (10).

### Udvælgelse af litteratur ud fra kriterier

Fase 2 omhandler udvælgelse af litteratur ud fra definerede inklusions- og eksklusionskriterier for derved at kunne besvare det fokuserede spørgsmål (7). Herved kan

]] der opnås et mere præcist og antalsmæssigt overskueligt søgeresultat, da mange af kriterierne kan indgå i søgestrategien. Den mest effektive litteratursøgning foregår gennem elektroniske databaser, hvor det som minimum kræves, at søgningen dækker The Cochrane Library, PubMed (MEDLINE), Embase og samtidig også mere specifikke databaser alt afhængigt af emne. Søgninger i databaser skal baseres på en detaljeret søgestrategi, hvor der redegøres for, hvorledes søgningen er foregået, hvilke søgeord der er benyttet, og hvordan de skal kombineres (7,8).

I forbindelse med søgningen defineres således søgeord, der er fremkommet via søgning i MeSH/Tesaurus. At bruge MeSH-terminen via tesaurusøgning er den mest præcise måde at gennemføre en søgning på, da denne indeksering af søgeord garanterer, at søgningen vil identificere flest mulige relevante studier uden samtidig at identificere irrelevante studier. En anden metode til definering af søgeord er at bruge de emneord, de enkelte studier er tildelt ved registrering i databaserne (11).

Forskellige kliniske spørgsmål kræver evidens fra forskellige forskningsdesign. Med andre ord afhænger designet af det spørgsmål, som stilles. Det fokuserede spørgsmål, som er beskrevet tidligere, kan bedst besvares ved studier, der er designet til at evaluere effekten af

intravenøs væskeinfusion til døende kræftpatienter, hvortil kvantitative studier er bedst egnede (7). Søgestrategien skal endvidere være tilstrækkeligt dækkende og samtidig fokusere på de studier, der har den højeste grad af videnskabelig evidens. Derfor vælges primært at inkludere metaanalyser, systematiske oversigtsartikler, randomiserede klinisk kontrollerede studier, kohortestudier og evidensbaserede kliniske retningslinjer. Desuden vælges at udelukke den kliniske erfaring, vel vidende at den også kan indeholde værdier. Ved inddragelse af kliniske erfaringer kunne der utvivlsomt være kommet en bredere viden frem, men dog stadig langt fra evidensbaseret, da der inden for det palliative område så godt som ingen effektmåling finder sted (12).

Da der trods den megen debat på området fortsat er begrænsede mængder af systematiske oversigtsartikler (4,5,6), vælges det ikke at begrænse søgeperioden, vel vidende at en del af studierne derved kan være forældet. Ydermere vælges kun at inkludere dansk-, svensk-, norsk- og engelsksproget litteratur.

På baggrund af ovenstående er der i januar 2008 foretaget søgning på en kombination af søgeordene beskrevet i søgeprotokollen vist i tabel 2 side 57 i The Cochrane Library, PubMed, Cinahl og forskellige internetsider, ligesom der er søgt ved håndsøgning i referencerne i de fundne studier.

Følgende limits har været anvendt ved søgning i databaserne: Human og all adult.

Gennem den systematiske litteraturgennemgang fremkom 232 abstracts, der opfyldte inklusionskriterierne, og som umiddelbart kunne give svar på det fokuserede spørgsmål.

Den supplerende søgning i de forskellige studiers referencer bidrog med yderligere 11 studier. De studier, der ikke havde tilgængeligt abstract, og i hvilke det heller ikke var muligt at gennemskue studiets indhold ud fra titel og emneord, blev bestilt. Som resultat heraf fremkom en liste på 243 abstracts. Ved gennemlæsning af abstracts blev det vurderet, hvorvidt det enkelte studie kunne give svar på det fokuserede spørgsmål. Svaret på spørgsmålet er oftest at finde i studiets formål, der findes i begyndelsen af et abstract (10). Den første gennemgang medførte således, at 199 abstracts umiddelbart blev kasseret ud fra de fastsatte udvælgelseskriterier. På den måde blev listen reduceret til 44 abstracts. Alle studierne blev herefter revideret i fuld længde og gennemlæst, hvilket medførte, at ekstra 34 studier blev kasseret. Det drejer sig bl.a. om studier, der ikke eksplicit beskrev metode og søgestrategi, samt studier, der ikke anvendte kontrolgrupper. Endeligt blev der altså udvalgt 10 studier, der alle levede op til de fastsatte inklusionskriterier.

### **Evaluering ud fra metodiske standarder**

I fase 3 foretages en evaluering ud fra metodiske standarder, hvor de enkelte studiers metodiske kvalitet vurderes.

#### **]]] TO CASES**

Spørgsmålet om væskeinfusion til døende kræftpatienter er ofte til debat. I det følgende præsenteres to cases, der kan være med til at danne baggrund for en diskussion af emnet. Casene er klassiske eksempler på den kompleksitet, sygeplejersker ofte står over for, når beslutningen om væskeinfusion skal træffes. Begge cases er fremstillet for at give et bredt indblik i et område, hvor der ikke er noget entydigt svar.

##### *Case 1*

Patienten, en 43-årig kvinde, er døende som følge af en fremskreden lymfekræft med spredning til vitale organer. Hun får væskeinfusion og lider muligvis som følge heraf af store sekretproblemer. Endvidere har hun udviklet ascites og pleuravæske. Både kvinden og de pårørende ønsker, at patienten skal have væskeinfusion, da de ikke ønsker, at hun skal dø af tørst.

##### *Case 2*

En 72-årig mand med nydiagnosticeret akut leukæmi indlægges til palliativ pleje og behandling. Han er hallucineret og lider af svær kvalme og får udelukkende et par mundfulde væske dagligt. Både manden og de pårørende ønsker ikke livsforlængende behandling, hvorfor der ikke er opstartet væskeinfusion.

##### *Spørgsmål til refleksion*

- Hvilke faglige overvejelser vil du lægge til grund for beslutningen om væskeinfusion?
- Hvordan og hvad vil du informere patienterne og deres familier om i de to tilfælde?

Se forfatterens overvejelser i boks 2 side 59.

Der fremkom som sagt 10 studier med relevans for det fokuserede spørgsmål i denne artikel. Disse studier skal nu gennemgås kritisk med henblik på at vurdere resultaternes og konklusionernes validitet. Endvidere vurderes det enkelte studies stringens og gennemskuelighed i formidling af forskningsresultater ud fra de gældende kvalitetskrav til studiets interne og eksterne validitet, som den anvendte metode foreskriver. For at øge kvaliteten af denne vurdering anvendtes tjeklister, der er udarbejdet af SfR. Tjeklisterne er skematisk bygget op, hvilket er med til at sikre, at gennemgangen bliver systematisk og ensartet.

Der findes fem forskellige tjeklister til at vurdere henholdsvis metaanalyser og systematiske oversigtsartikler, randomiserede klinisk kontrollerede studier, kohortestudier, casekontrolstudier og diagnostiske test. De enkelte tjeklister er kendetegnet ved, at de er opdelt i tre overordnede afsnit, der er vist i tabel 3 side 61. Afsnittet om intern troværdighed har til formål at evaluere og bedømme, om det enkelte studie er omhyggeligt gennemført. Afsnittet om overordnet bedømmelse af studiet omhandler en klassificering af den metodiske kvalitet ud fra et kodesystem. Den kode, det enkelte studie tildeles sammenholdt med typen af undersøgelse, er bestemmende for, hvilket evidensniveau studiet gives. Kodesystemet er vist i tabel 4 side 61 og er inspireret af noterne fra tjeklisterne. Det sidste afsnit i tjeklisterne omhandler en beskrivelse af de enkelte studier, hvor der foretages et sammendrag af studiets hovedpointer.

Inden for de tre afsnit i tjeklisterne er der en række spørgsmål, som skal besvares med henblik på at vurdere de enkelte studier. Til hver tjekliste findes således nogle uddybende noter, der giver et kort indblik i de spørgsmål, der skal besvares. Endvidere gives der anvisninger for, hvornår et studie skal nedgraderes eller betegnes som værende uegnet for kilde til evidens (7).

Efter den kritiske læsning og bedømmelse ud fra tjeklisterne blev yderligere fire studier ekskluderet.

I de næste to afsnit beskrives kort, hvilke karakteristika der er ved henholdsvis de inkluderede og ekskluderede studier.

### Karakteristika af de inkluderede studier

I alt blev seks studier inkluderet. Det drejer sig om to oversigtsartikler, to randomiserede klinisk kontrollerede studier og to kohortestudier. De to oversigtsartikler handler om, hvilken litteratur der er i forhold til dehydrering og væskeinfusion til døende kræftpatienter (4,5), mens de to randomiserede klinisk kontrollerede studier evaluerede, hvordan væskeinfusion påvirker døende kræftpatienter (13,14). De inkluderede kohortestudier viste dels effekten af væskeinfusion på døende kræftpatienter i forhold til blod- og urinprøver (15), og dels hvilke dehydreringssymptomer der ses hos henholdsvis patienter, som får væskeinfusion, og dem, der ikke gør (16).

### »» BOKS 1. EVIDENS OG ANBEFALING I FORHOLD TIL VÆSKEINFUSION TIL DØENDE KRÆFTPATIENTER

- Væskeinfusion påvirker ikke graden af dehydreringssymptomer hos døende kræftpatienter.
- Væskeinfusion har ingen effekt på døende kræftpatienters oplevelse af tørst og mundtørhed.
- Væskeinfusion kan øge risikoen for udvikling af lungeødem, sekretproblemer samt ascites og pleuravæske hos døende kræftpatienter.
- Dehydrering hos døende kræftpatienter medfører udskillelse af hormonet endorfin, der kan være med til at lindre smerter.
- Væskeinfusion kan være med til at lindre symptomer som hallucinationer, kvalme, opkast og krampes hos døende kræftpatienter.

#### Anbefaling

Væskeinfusion til døende kræftpatienter kan generelt ikke anbefales, da det kan medføre forskellige ubehagelige symptomer. Dog er der enkelte undtagelser på området i forhold til oplevelsen af hallucinationer, kvalme, opkast og krampes, hvorfor det må bero på en individuel vurdering i samråd med patient og pårørende.

### »» BOKS 2. FORFATTERENS OVERVEJELSER OM DE TO CASES

I casen med den kvindelige patient kan væskeinfusion medføre en stor lidelse for patienten grundet overhydrering. Det er i den forbindelse vigtigt at informere både patient og de pårørende om, hvorledes kroppens fysiologi ændres, når døden er nær. Informere om, at kroppen ikke som tidligere er afhængig af væske, og om den lindrende effekt ved en eventuel dehydrering. Endvidere bør der informeres om, at væskeinfusion ikke har effekt på oplevelsen af tørst, og hvorledes tørsten i stedet kan afhjælpes.

I casen med den mandlige patient kan væskeinfusion muligvis være med til at mindske hallucinationer og kvalme og som følge deraf være med til at lindre lidelse. Det er her vigtigt at informere patient og de pårørende om, hvorledes væskeinfusion muligvis kan være med til at lindre symptomerne, så de får en forståelse heraf. Samtidig skal de selvfølgelig informeres om mulige risici ved væskeinfusion.

Målet med plejen af døende kræftpatienter er at lindre lidelse (3). Beslutningen i klinisk praksis om, hvorvidt der skal gives væskeinfusion eller ej, skal derfor bygge på en grundig overvejelse af, hvilke fordele og ulemper der er hos den enkelte patient. Ved at diskutere fordele og ulemper ved væskeinfusion kan sygeplejersken hjælpe patienten og de pårørende med at træffe det for dem rigtige valg.

Følgende spørgsmål kan i samråd med patient og pårørende være med til at danne baggrund for beslutningen om opstart af væskeinfusion eller ej:

- Hvad er vigtigt for patient og pårørende?
- Hvordan influerer væskeinfusion på patientens tro og værdier?
- Hvilke fordele og ulemper er der ved opstart af væskeinfusion?
- Kan væskeinfusion medføre en lindring af lidelse, er det nødvendigt, eller kan det ligefrem medføre unødigt lidelse?

### Karakteristika af de ekskluderede studier

Ved den kritiske læsning af artiklerne blev yderligere fire artikler ekskluderet. Det drejede sig om en systematisk oversigtsartikel (6), hvor søgestrategien ikke var fyldestgørende beskrevet. Uklart formål og metodebeskrivelse var endvidere begrundelsen for at ekskludere to kohortestudier (17,18). Derudover blev der ekskluderet et randomiseret klinisk kontrolleret studie (19) grundet mangelfuld metodebeskrivelse og høj risiko for bias.

### Udarbejdelse af anbefalinger

Fase 4 omhandler udarbejdelse af evidensbaserede anbefalinger. Evidens graderes ud fra en femtrins hierar-



» kisk model, hvor evidensniveauet afgøres på baggrund af det enkelte studies metode. Evidensniveauet angives som regel med romertal fra I til IV, hvor I angiver højeste og IV laveste evidensniveau. Styrken derimod graderes fra A til D på baggrund af evidensniveau og afspejler studiets validitet, forudsigelighed og påvirkelighed af bias og confounding (7). Ved confounding forstås det forhold, at en sammenligning mellem eksponering og en effekt helt eller delvist kan forklares ved en anden eksponering (9).

Evidensniveauet af de inkluderede studier gradueres efter kriterierne, der er vist i tabel 5 side 62. På baggrund af den hierarkiske model skal de inkluderede studier evidensgraderes og dermed danne basis for fremtidige anbefalinger.

I den forbindelse skelnes mellem henholdsvis A-, B-, C- og D-anbefalinger. En A-anbefaling betyder, at grundlaget for anbefalingen er stærk, da resultaterne er fremkommet på baggrund af mindst ét randomiseret klinisk kontrolleret studie. En B-anbefaling omfatter forskningsresultater fra en række forskningsmetoder, som generelt er mindre stringente end dem, der ligger til grund for et A, mens en C- og D-anbefaling ikke er en evidens-, men en erfaringsbaseret anbefaling.

I tilfælde af at de enkelte studier er behæftet med flere forskellige bias, kan det være nødvendigt at nedgradere et studies kvalitetsvurdering, hvilket vil være markeret med \* (7).

## Diskussion

Diskussionsafsnittet er delt op i to overordnede afsnit, hvor det første vil omhandle en diskussion af den valgte metode og det andet en diskussion af de fremkomne resultater fra den systematiske litteraturgennemgang.

### Metodediskussion

En systematisk litteraturgennemgang er en videnskabelig metode, hvorfor den i lighed med andre metoder har en række begrænsninger og forbehold. For at kunne fortolke, diskutere og generalisere resultaterne fra de inkluderede studier er det således nødvendigt, at disse begrænsninger og forbehold bliver tydeliggjort.

Formålet med denne artikel har været at foretage en systematisk litteraturgennemgang med henblik på at finde frem til, hvilken betydning væskeinfusion har for døende kræftpatienter, og hvilken evidens der er på området. Det er i den forbindelse nærliggende at stille spørgsmål ved, om alle relevante studier er blevet identificeret? Det fokuserede spørgsmål, som er grundstenen i den systematiske litteraturgennemgang, skal bl.a. bruges til at kontrollere det (7). Svaret er delvist ja, da der er foretaget en systematisk litteratursøgning i relevante databaser ud fra veldefinerede søgeord, og der samtidig er foretaget hånd-søgning i referencelisterne. Det kan dog ikke udelukkes, at enkelte relevante studier ikke er blevet identificeret, idet bøger og kapitler i bøger grundet manglende indeksering ikke let lader sig identificere. Desuden er det valgt ikke at søge i databasen Embase, da det er en betalings-database. Sandsynligheden for, at de ekstra studier, der muligvis findes i Embase, vil rokke ved de fremkomne resultater, er dog tvivlsom (20).

Endvidere er tendenserne i de identificerede studier så entydige, at hvis det skulle være tilfældet, at eventuelt relevant litteratur er blevet udeladt, synes det ikke at kunne ændre ved de samlede konklusioner. I den forbindelse antages det dog, at der kun vil være tale om enkelte studier inden for hvert område, der ikke er blevet identificeret.

Eventuel relevant litteratur, som ikke er blevet identificeret, må derfor primært formodes at være ikke-indeksret litteratur, også kaldet grå litteratur. Den grå litteratur er generelt karakteriseret ved at være svær at identificere, og det kan dermed ikke udelukkes, at relevant grå litteratur ikke er blevet identificeret. Inden for interventionsforskning tillægges den grå litteratur generel stor betydning, da det formodes, at denne type litteratur i højere grad end peer-reviewed litteratur afreporterer fra interventionsstudier, som ingen effekt har fundet.

Et kritikpunkt mod den aktuelle systematiske litteraturgennemgang kunne således være, at der udelukkende er inkluderet publicerede studier, hvilket kan være en kilde til publikationsbias. Det er ofte lettere at få publiceret studier, der viser effekt af en given intervention, frem for studier, hvor der ikke er effekt af en given intervention. Den nærværende systematiske litteraturgennemgang kan derfor kritiseres for at overvurdere effekten. For at undgå de nævnte muligheder for publikationsbias, kunne der med fordel have været taget kontakt til de enkelte forfattere i de inkluderede studier samt være søgt efter upublicerede studier og grå litteratur (10).

En yderligere indvending er, at der udelukkende er inkluderet danske, norske, svenske og engelske studier. Det kan ligeledes have medført ekskludering af relevante studier. Dog er det oftest engelsk, der bruges i forsknings-sammenhænge (11), hvorfor det ikke anses for at have nogen større betydning for de fremkomne resultater.

I denne artikel er der ikke opsat kriterier for, hvor stor

### »»» STOP OP OG TÆNK

1. Har I anbefalinger i afdelingen vedrørende væskeinfusion til døende kræftpatienter?
2. Hvordan informerer du patient og pårørende vedrørende væskeinfusion til døende kræftpatienter?
3. Hvilke overvejelser gør du dig i forhold til væskeinfusion til døende kræftpatienter?
4. Hvilke oplevelser har du selv haft i forhold til væskeinfusion til døende kræftpatienter?

TABEL 3. TJEKLISTERNES OVERORDNEDE OPBYGNING

1. afsnit	<b>Intern troværdighed</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relevant problemstilling</li> <li>• Vurdering af metode</li> <li>• Statistik</li> </ul>
2. afsnit	<b>Overordnet bedømmelse af studiet</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan gradueres med ++/+/÷ (se tabel 5 side 62)</li> </ul>
3. afsnit	<b>Beskrivelse af studiet</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Udfald, effekt, population</li> <li>• Sammenfatning af studiets hovedpointer</li> </ul>

TABEL 4. KODESYSTEM TIL KLASSIFICERING AF STUDIERNES METODISKE KVALITET

++	Alle eller de fleste kriterier er opfyldt. Hvor de ikke er opfyldt, er det alligevel højst usandsynligt, at konklusionerne i studiet eller oversigten ændres.
+	Nogle af kriterierne er opfyldt. Alligevel er det usandsynligt, at de kriterier, der ikke er opfyldt eller ikke tilstrækkeligt beskrevet, vil ændre konklusionerne.
÷	Få eller ingen kriterier er opfyldt. Studiets konklusioner kan sandsynligvis eller højst sandsynligt forandres.

patientpopulationen skal være. En kritik mod de inkluderede studier er netop, at studierne er baseret på en relativt lille patientpopulation. Resultaternes præcision øges med større population, hvorfor antallet i et studie er en vigtig faktor. Der kunne derfor, som SfR anbefaler, vælges kun at inkludere studier med mindst 100 deltagere. Det blev fravalgt, da der dels var for få studier, der opfyldte dette kriterium, dels for få studier, der i det hele taget omhandlede og var relevante for det fokuserede spørgsmål. Det havde endvidere været optimalt, hvis de enkelte studier var blevet vurderet uafhængigt af minimum to personer (7). Grundet ressourcemæssige årsager var det dog ikke muligt.

#### Resultatdiskussion

I det følgende præsenteres de seks identificerede studier i en samlet beskrivelse, der kan anvendes som retningsgivende for, hvorvidt døende kræftpatienter skal have væskeinfusion. Samtidig er beskrivelsen med til at give et overblik over evidensen på området.

De seks studier er som nævnt forskellige og vil derfor også have forskellig evidensstyrke, hvilket vil fremgå. Desuden er de fundne studier i nogle tilfælde af dårlig metodisk kvalitet, hvorfor det i disse tilfælde har været nødvendigt at nedgraduere dem. Niveaue og styrken af de enkelte studier er gradueret ud fra de opsatte kriterier, der er vist i tabel 5.

Der er udført meget få gode kliniske studier om betydningen af væskeinfusion. Det kan derfor være svært at finde nogen entydig evidens på området, og nogle af resultaterne beror ligefrem på tilfældigheder, men ikke at forglemme er disse studier alligevel de bedste på området.

Hos de fleste døende kræftpatienter indtræder et nedsat behov for væske, hvilket medfører en vis form for dehydrering. Denne tilstand er imidlertid en normal del af dødsprocessens fysiologi (3). Dehydrering er således hyppigt forekommende hos døende kræftpatienter, hvorfor flere studier har undersøgt, hvorledes dehydrering

påvirker døende kræftpatienter, og om det medfører gener, som gør væskeinfusion aktuel. I et kohortestudie ses signifikant færre objektive symptomer på dehydrering hos de patienter, der modtog mere end 1.000 ml væske, end dem, der modtog mindre end 100 ml om dagen (16). Der findes imidlertid meget få studier, der underbygger denne påstand, hvorfor det står i skarp kontrast til andre studier, der viste, at væskeinfusion ingen indflydelse havde på dehydreringssymptomer (5,13). Det understøttes i et kohortestudie, der viste, at væskeinfusion til døende kræftpatienter ikke bidrager til bedring af dehydreringssymptomer, herunder bevidsthedsniveau, træthed, hovedpine, konfusion m.m. Samtidig påvirker det ikke de biokemiske forhold i blodet (15). Der er således stor variation mellem de få studier, der har fokus på dehydreringssymptomer hos døende kræftpatienter. Det skyldes muligvis, at studierne er små, varierende i kvalitet og samtidig evalueret på forskellig måde. I forhold til dehydrering hos døende kræftpatienter kan man således rejse tvivl om, hvorvidt væskeinfusion kan afhjælpe dehydreringssymptomer. Trods de divergerende studier på området tyder de fleste studier dog på, at der ikke er belæg og dermed evidens for væskeinfusion. Evidensstyrke Ib B\*.

De mest almindelige symptomer ved dehydrering er tørst og mundtørhed. Ved minimalt væskeindtag opstår spørgsmålet om, i hvilken udstrækning patienterne føler tørst og mundtørhed. Spørgsmålet er da, om disse symptomer kan lindres ved at give væskeinfusion? To systematiske oversigtsartikler (4,5), der omhandlede væskeinfusions betydning for døende kræftpatienter, viste, at der ikke blev sporet gavn af væskeinfusion. Det tyder således på, at der ikke foreligger overbevisende studier og evidens, der understøtter, at væskeinfusion kan være med til at lindre døende kræftpatienters oplevelse af tørst og mundtørhed. Fugtning af mundslimhinden kan derimod være med til at mindske fornemmelsen af mundtørhed hos patienten. Evidensstyrke Ib B\*.

Det kan endvidere være en fysiologisk fordel at und-

**»»» TABEL 5. GRADUERING AF EVIDENS**

Publikationstype	Evidens	Styrke
Metaanalyse Systematisk oversigt Randomiseret kontrolleret studie, RTC	Ia Ib	A
Kontrolleret ikke-randomiseret studie Kohortestudie Diagnostisk test (direkte diagnostisk metode)	IIa IIb	B
Casekontrolstudie Diagnostisk test (indirekte nosografisk metode) Beslutningsanalyse Deskriptivt studie	III	C
Mindre serier Oversigtsartikel Ekspertvurdering Ledende artikel	IV	D

» lade at give væskeinfusion. Det forklares ud fra den mulige analgetiske virkning, som dehydrering kan have hos døende. I den forbindelse frigives kroppens eget smertestillende hormon endorfin, hvilket kan være med til at lindre smerte, og samtidig virker det bevidsthedsløvendende (4). Evidensstyrke Ib B\*. Set ud fra dette synspunkt er dehydrering hos døende altså en naturlig fysiologisk reaktion på at lindre smerter og lidelse.

Fleere studier antager, at væskeinfusion til døende kræftpatienter er formålsløs, og at det måske oven i købet kan påføre patienten unødige lidelser (5,16). Væskeinfusion kan således have uheldige konsekvenser for patienterne. Et kohortestudie, hvor patienterne modtog 1.000 ml væske eller mere om dagen i de sidste tre uger af deres liv, viste, at de havde signifikant større risiko for at udvikle lungeødem, ascites og sekret i lungerne i forhold til de patienter, der fik mindre væske (16). Sundhedsstyrelsen påpeger ligeledes, at der hos døende kræftpatienter efterhånden opstår et svigt af organerne, hvilket kan medføre en øget sensibilitet over for væske, da det ikke kan udskilles på normal vis. Døende er således mere følsomme over for væskeinfusion, hvorfor risikoen for udvikling af lungeødem, ascites og sekret i lungerne øges ved væskeinfusion (3). Evidensstyrke IIa C\*.

Der er dog alligevel nogle klare indikationer for opstart af væskeinfusion. Det drejer sig bl.a. om symptomer såsom hallucinationer, kvalme, opkast og kramper. Et randomiseret klinisk kontrolleret studie blandt døende kræftpatienter viste, at væskeinfusion på 1.000 ml kan være med til at mindske disse symptomer (14). Det fremhæves ligeledes af Sundhedsstyrelsen, der fastslår, at væskeinfusion netop kan være med til at lindre de førnævnte symptomer (3). Evidensstyrke Ib B\*.

Opsummerende kan derfor siges, at undladelse af væske til døende kræftpatienter kan være en fordel, men som ellers i medicinen verden findes der altid undtagelser, herunder i forhold til mindskning af hallucinationer, kvalme, opkast og kramper. Desuden tyder meget på, at døende kræftpatienter kan få en bedre død uden væskeinfusion, da væske i de fleste tilfælde ikke vil være med til at lindre deres lidelse. Dog må beslutninger om væskeinfusion altid baseres på en individuel vurdering, som fremhævet hos Sundhedsstyrelsen (3), hvor der tages hensyn til patienternes symptomer, behov og ønsker. Fordele og

ulemper må derfor drøftes i hvert enkelt tilfælde, og væskeinfusion må derfor aldrig blive givet som rutine. Dels kan det påføre patienterne unødige lidelse, dels kan det, som nævnt indledningsvis, have unødige fysiske, psykiske, sociale og åndelige konsekvenser for patienten. Se boks 1 side 59 for en opsummering af de evidensbaserede resultater.

### Konklusion

Hensigten med denne artikel har været at gennemføre en systematisk litteraturgennemgang for derved at finde frem til, hvilken betydning væskeinfusion har for døende kræftpatienter, og hvilken evidens der er på området. Den systematiske litteraturgennemgang viser, at der er udført meget få gode studier om væskeinfusion til døende kræftpatienter, hvorfor det kan være svært at finde nogen entydig evidens på området. Det skyldes dels de inkluderede studiers dårligt definerede metoder, dels at de samtidig er behæftet med flere forskellige bias og confoundere. Alle de inkluderede studier er desuden baseret på en meget lille patientpopulation, og metoderne til måling af de forskellige interventioner er derudover forskellige fra studie til studie, hvilket ligeledes vanskeliggør generaliseringen. Det betyder, at der er brug for yderligere udvikling og forskning på området. Desværre kan der ikke ændres på, at de studier, der skal danne evidens, ikke er af bedre kvalitet, og derfor må den eksisterende evidens danne præcedens og accepteres som værende anvendelig, indtil anden forskning foreligger.

Generelt set er det dog ikke hensigtsmæssigt, at døende kræftpatienter får væskeinfusion, da der ikke er evidens herfor i forhold til at mindske dehydreringssymptomer, følelsen af tørst og mundtørhed. Tværtimod kan væskeinfusion påføre patienterne gener såsom øget sekret i lungerne, respirationsbesvær og udvikling af ascites og pleuravæske. Derudover tyder meget på, at dehydrering medfører udskillelse af kroppens eget smertestillende hormon endorfin, der kan være med til at lindre smerte og samtidig virke bevidsthedsløvendende. Der er dog enkelte tilfælde såsom ved kvalme, opkast, kramper og hallucinationer, hvor væskeinfusion vil kunne afhjælpe den døende kræftpatients lidelse.

Som det fremgår, er der altså ingen entydig evidens i forhold til væskeinfusion til døende kræftpatienter ind-

lagt på sygehus. Beslutningen om, hvorvidt patienterne skal have væskeinfusion, er således kompleks. Derfor må beslutningstagen om væskeinfusion baseres på en velovervejet og individuel beslutning i tæt dialog med patient og pårørende, så patienterne får den bedst mulige pleje og behandling.

*Jannie Christina Frølund  
er ansat som udviklingssygeplejerske  
ved hæmatologisk afdeling, Vejle Sygehus;  
jannie.christina.froelund@slb.regionsyddanmark.dk*

*Tak til sygeplejerske og master i rehabilitering og pædagogisk ledelse Grete Ingemann Sørensen for faglige kommentarer og sparring i forbindelse med udarbejdelse af artiklen. Grete Ingemann Sørensen er ansat som udviklingssygeplejerske ved onkologisk afdeling, Vejle Sygehus.*

#### Litteratur

- Døssing A et al. Væskeinfusion til døende? Klinisk Sygepleje. 2004;3.
- Lanuke K, Fainsinder R, DeMoissac D. Hydration management at the end of life. J Palliat Med. 2004;7(2):257-263.
- Sundhedsstyrelsen. Faglige retningslinjer for den palliative indsats. København: Komiteen for Sundhedsoplysning. 1999.
- Candace J M. Terminal dehydration: A review. The American Journal of Hospice & Palliative Care. 1994.
- Morita T et al. Artificial Hydration Therapy for Terminally Ill Patients with Cancer. Journal of Palliative Medicine. 2007;10(3).
- Bachmann et al. Summary version of the Standards, Options and Recommendations for palliative or terminal nutrition in adults with progressive cancer. British Journal of Cancer. 2001.
- Sekretariatet for Referenceprogrammer, Sfr. Vejledning i udarbejdelse af referenceprogrammer, Sfr. 2004. www.sst.dk > Vejledning i udarbejdelse af referenceprogrammer.
- SIGN. SIGN 50: A guideline developers' handbook. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN Publication NO 50. Edinburgh, SIGN Secretariat: Update Software. 2001.
- Laustsen S et al. Grundlag og metode for måling, dokumentation og forbedring af sygeplejefaglig kvalitet. Brug af kvalitetsmål og indikatorer. Sygeplejefaglig klaringsrapport. København: Dansk Sygeplejeråd. 2002.
- Sundhedsstyrelsen. Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering. 2007. www.sst.dk. > Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering.
- Korsbek L, Bendix AF, Kidholm K. Profil af en systematisk søgning. Ugeskr Læger. 2006;168(14).
- Venborg A, Forman B. Dialog med døende om væskeinfusion. Sygeplejersken. 2000;23.
- Morita T et al. Artificial Hydration Therapy, Laboratory Findings, and Fluid Balance in Terminally Ill Patients with Abdominal Malignancies. Journal of pain and Symptom Management. 2006.
- Bruera et al. Effects of Parenteral Hydration in Terminally Ill Cancer Patients: A Preliminary Study. Journal of Clinical Oncology. 2005; 23(10).
- Waller A, Herschkovitz M, Adunsky A. The effect of intravenous fluid infusion on blood and urine parameters of hydration and on state of consciousness in terminal cancer patients. American Journal of Hospice and Palliative Care. 1994: 22-27.
- Morita T et al. Association between hydration volume and symptoms in terminally ill cancer patients with abdominal malignancies. Annals of Oncology. 2005;16.
- Morita T et al. Fluid status of terminally ill cancer patients with intestinal obstruction: an exploratory observational study. Support care cancer. 2002;10.
- Ellershaw JE, Sutcliffe JM, Saunders CM. Dehydration and the Dying Patient. Journal of Pain and Symptom Management. 1995;10(3).
- Bruera et al. A randomized, placebo-controlled trial of parenteral hydration in terminally ill cancer patients. Journal of Clinical Oncology. 2004; 22(14).
- Thirup P, Nielsen KH. MEDLINE, PubMed – og Embase. Ugeskr Læger. 2002; 164(39):4553.

*En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatteren.*

#### ))) ENGLISH ABSTRACT

Frølund JC. Fluid drip infusions for terminal cancer patients. Sygeplejersken 2008; (25-26):56-63.

This article focuses on the significance of fluid drip infusions for terminal cancer patients and the evidence available in the field.

In this connection, a systematic review was made of the available literature with a view to collecting, sorting, critically assessing and summarising research in the field. Literature searches were carried out in The Cochrane Library, PubMed (MEDLINE), Cinahl and various websites, and manual searches were also made of reference lists.

Critical assessment was made of the quality of the studies by means of checklists containing questions relating to design and quality.

The existing results include a total of six studies including two systematic overview articles, two randomised clinically controlled studies and two cohort studies. The studies included are generally poor in terms of method. All the same, the results show that fluid drip infusions have no beneficial effect on dehydration symptoms, the experience of thirst and dryness of the mouth or on blood and your in samples, although it does have a certain effect on hallucinations, nausea, vomiting and cramp in terminal patients. The results also show that there is a need for further research and development in the field.

Key words: Fluid drip infusions, dehydration, palliative care and treatment, terminal cancer patients, systematic literature reviews, evidence-based nursing.

**»»» BOKS 1. REHABILITERINGSPROJEKT PÅ ONKOLOGISK AFDELING R**

Implementering af patientforløbsvejledere er første del af et større rehabiliteringsprojekt på Onkologisk afdeling R på Odense Universitetshospital. Projektet har fokus på tilbud før, under og efter behandling.

Projektet begyndte 2006, og ønsket er at optimere tilbuddet til de 2.700 nyhenviste kræftpatienter, som kommer i afdelingen årligt. 70 pct. af disse patienter skønnes at have et rehabiliteringsbehov (8).

Projektet har bl.a. taget udgangspunkt i tidligere kræftpatient *Erik Rasmussens* erfaringer, hvis sygdomsforløb opdeles i fire faser: Diagnosen, forberedelsen, behandlingen, genopbygningen (9).

Rasmussen peger i sin bog på nogle væsentlige mangler, som han har oplevet i de forskellige faser, og disse mangler kan genfindes i rapporten "Kræftpatientens Verden", der er en undersøgelse af, hvad danske kræftpatienter har brug for. Det slås fast, at det er patienten som individ og menneske, der svigtes eller overses i behandlingssystemet, og at der er behov for, at forløb, rammer og prioriteringer nytænkes. Der må nye aktører og tilbud på banen, såfremt kræftpatienternes behov skal dækkes (10).

**Artiklen henvender sig til kliniske sygeplejersker og ledere, som ønsker at fremme sammenhængende patientforløb.** Hovedbudskabet er, at en organisering med patientforløbsvejledere aflaster det øvrige personale i form af færre telefonafbrydelser, og patienterne oplever et forbedret overblik over behandlingsforløbet. Men der forestår stadig et arbejde i forhold til kontinuitet. Artiklen er skrevet på baggrund af et større rehabiliteringsprojekt på onkologisk afdeling R, Odense Universitetshospital.

# Patientforløbsvejledere i onkologien

AF KARIN BROCHSTEDT DIEPERINK, SYGEPLEJERSKE, SD, MCN, MERETE BECH POULSEN OG ANNA-GRETHE ANDREASEN, SYGEPLEJERSKER, SD

Kræftpatienters kontakt med hospitalssystemet kan være langvarig og præget af mange skift og opbrud. Ofte begynder patienten forløbet i ambulatoriet, får kemoterapi i kemodagafsnit eller sengeafsnit, strålebehandling i stråleafsnittet og for nogle patienters vedkommende terminal pleje og behandling i sengeafsnittet.

Den eneste gennemgående person gennem alle disse afsnit er patienten selv, og på Onkologisk afdeling R, Odense Universitetshospital, har vi ved etableringen af en patientforløbsvejlederfunktion ønsket at støtte patienten i de mange overgange mellem afsnit og tilbud. Vores vision er, at patient og pårørende – fra diagnosen bliver stillet, til patienten er helbredt eller afgår ved døden – oplever vores tilbud i kræftbehandlingen som sammenhængende og koordineret.

Etableringen af patientforløbsvejlederfunktionen er første del af et større rehabiliteringsprojekt på afdeling R (se boks 1 herover), der skal opfylde denne vision. Denne artikel beskriver funktionen som patientforløbsvejleder og en evalueringsundersøgelse af funktionen i perspektiv af patienter og organisation.

## Begrebet patientforløbsvejleder

Vi har valgt begrebet patientforløbsvejleder, fordi vi definerer funktionen som et bindeled mellem patient, sundhedsvæsen og kommune fra diagnostidspunkt til afsluttet kontrolforløb.

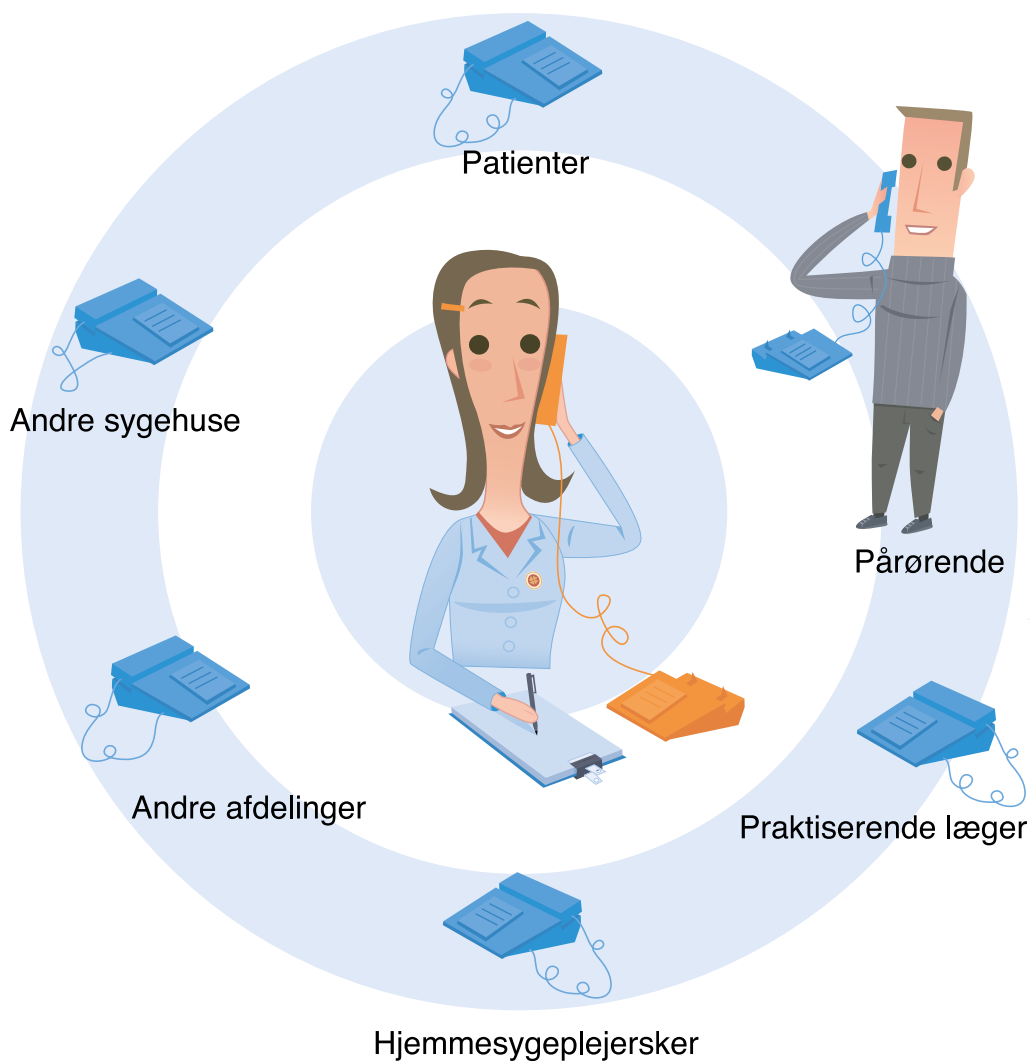
Det er vigtigt at skelne mellem patientforløbsvejle-

ren og patientens kontaktperson, idet kontaktpersonen er den sundhedsfaglige person, som patienten tildeles under indlæggelse eller i ambulatoriet. Patientforløbsvejlederen er et supplement til denne ordning, så patienten og dennes pårørende også imellem sine indlæggelser og ambulante besøg har mulighed for at komme i telefonisk kontakt med en sundhedsfaglig person med indsigt i patientens forløb.

Patientforløbsvejlederen må ligeledes ikke forveksles med de patientvejledere, som sidder i alle danske regioner og vejleder om problemer f.eks. i forhold til aktindsigt, klagemuligheder, ventetidsgarantier mv.

For at få viden om andres erfaringer har vi søgt litteratur om begrebet forløbsvejleder generelt og inden for den onkologiske sygepleje. Erfaringer med patientforløbsvejledere er i dansk sammenhæng sparsomt beskrevet. Der kan dog drages en vis sammenligning med begrebet specialist-kontaktsygeplejerske (1), hvor sygeplejersken fungerer som klinisk ekspert, koordinator og kontaktperson for patienter, pårørende og behandler-team i forhold til en afgrænset patientgruppe. Forskellen mellem specialist-kontaktsygeplejersken og vores patientforløbsvejledere er, at specialist-kontaktsygeplejersken har både telefonisk og personlig kontakt med patienterne, mens vores forløbsvejledere udelukkende har telefonisk kontakt.

En relateret søgning i de udenlandske databaser Cochrane, PubMed, Embase og Cinahl under søgeordene



cancer, oncology nursing, nurse casemanager, telephone and cancer support services viser, at der også kan drages en sammenligning til begrebet casemanager, som stammer fra USA. Her anvendes funktionen overvejende i forhold til særligt udsatte patientgrupper, som med baggrund i en rationel og økonomisk forståelse tilknyttes en casemanager, typisk ansat af et forsikringsselskab (2).

Der er kun få studier om specialistsygepleje (nursing case management) i forhold til kræftpatienter. Studierne er udført med forskellige metoder og er derfor ikke umiddelbart sammenlignelige. I det følgende beskrives nogle resultater:

*Goodwin et al.*, 2003, beskriver i en randomiseret undersøgelse (n=169), hvorledes signifikant flere ældre kvinder med brystkræft i interventionsgruppen har taget mod brystbevarende kirurgi, strålebehandling og adjuverende kemoterapi sammenlignet med kontrolgruppen.

Interventionen bestod af personlig eller telefonisk kontakt med en specialistsygeplejerske mindst én gang pr. måned i et år. Specialistsygeplejersken havde særligt fokus på, at patienterne blev i stand til at tage beslutning om foreslåede behandlingstilbud. Kontrolgruppen modtog den vanlige information fra læge om behandlingstilbud (3).

*Maliski et al.*, 2004, har i en deskriptiv journalundersøgelse ønsket at beskrive og kategorisere, hvilke syge-

plejehandlinger syv specialistsygeplejersker ydede til lavindkomstpatienter med prostatakræft. Interventionen bestod af en kombination af telefonisk kontakt med patienterne og byggede på empowerment. Hensigten var at øge patienternes self-efficacy (troen på, at man kan nå et bestemt mål).

Resultatet viste, at sygeplejehandlingerne kunne samles i følgende kategorier: at vurdere, at koordinere, at være talsmand for, at facilitere, at undervise, at støtte, at holde sporet i patientforløbet. Kategorierne skal fungere som en standard for specialistsygepleje, som senere kan testes i forhold til virkningen på patienternes self-efficacy (4).

*Cox et al.*, 2003, konkluderer ud fra et litteraturstudie over perioden 1980-2002, at telefonisk vejledning til kræftpatienter udført af sygeplejersker kan være en effektiv og acceptabel form for patientkontakt især i forhold til psykisk støtte og information (5).

*Badger et al.*, 2005, finder i en randomiseret undersøgelse (n=48), at telefonisk vejledning kan føre til reduktion af depression, stress og træthed hos kvinder med brystkræft (6).

Samlet må det siges, at erfaringerne med sygeplejersker som casemanagere inden for kræftområdet, især i nordisk sammenhæng, er ufuldstændigt beskrevet i litteraturen. Men de få undersøgelser, der er, tyder på, at telefonisk vejledning af specialistsygeplejersker kan have betydning for kræftpatienter.

»»» TABEL 1. ANTAL TELEFONOPKALD FRA HVEM OG TIDSFORBRUG

Registreringsundersøgelsen	2006 (n=69)	2007 (n=95)	Reduktion
Antal opkald til personalet (læger, sekretærer, sygeplejersker)			
Opkald fra patienter	239	134	105
Opkald fra samarbejdspartnere	279	187	92
I alt antal opkald	518	321	197
Viderestillinger	38	33	5
Tidsforbrug minutter	1.163	1.135	28
Tidsforbrug timer	19,4	18,9	
Antal opkald til patientforløbsvejledere			
Opkald fra patienter	0	114	
Opkald fra samarbejdspartnere	0	13	
i alt antal opkald	0	127	
Viderestillinger	0	2	
Tidsforbrug minutter		547	
Tidsforbrug timer		9,12	

»»» TABEL 2. OPLEVELSE AF AFBRYDELSER HOS PERSONALET

Spørgeskema, Personale	2006 (n=54)	2007 (n=102)
	Pct.	Pct.
Oplever ofte at blive afbrudt	92	59*)
Oplever sjældent at blive afbrudt	8	37*)
Oplever ikke at blive afbrudt	0	4*)
Afbrydelser influerer på kvaliteten	64	54
Afbrydelser influerer sjældent på kvaliteten	26	30
Afbrydelser influerer ikke på kvaliteten	10	16
Oplever, at patienter er velinformerede og trygge	83	83
Oplever, at patienter ikke er velinformerede og trygge	17	17
*) signifikant forskel (p < 0,0001)		

## »» Arbejdsopgaver og evaluering

Onkologisk afdeling R ansatte den 1. februar 2007 to sygeplejersker som patientforløbsvejledere i en etårig projektperiode.

Patientforløbsvejlederne har ansvaret for at varetage kontakten til patienter og pårørende i forhold til f.eks. ventetid, ændring i tilstand, uopklarede spørgsmål, bekymringer og angst, svar på blodprøver og undersøgelser. Derudover er der en række opgaver i forhold til samarbejdet med praktiserende læger og hjemmesygeplejersker, andre afdelinger/sygehuse vedr. forespørgsler og koordinering af overflytning samt koordinering og udvikling af de interne patientforløb på tværs af afdelingerne.

De to patientforløbsvejledere har begge stor erfaring med kræftpatienter i og uden for det onkologiske speciale og har kendskab til afdelingens personale og interne

arbejdsgange. De har fordelt arbejdet mellem sig ud fra afdelingens fem diagnosespecifikke team. Der er udarbejdet en funktionsbeskrivelse (7), og patientforløbsvejlederne har adgang til alt journalmateriale og dokumenter selv deres arbejde i patientjournalen.

Nyhenviste kræftpatienter modtager sammen med deres indkaldelsesbrev fra onkologisk afdeling en informationspjece om patientforløbsvejlederne. Der er således på et tidligt tidspunkt mulighed for at henvende sig telefonisk til patientforløbsvejlederne. Henvendelserne kan ske fra kl. 8.00-15.00 på alle hverdage.

## Evalueringen

Med ansættelsen af forløbsvejlederne var ønsket at kombinere støtte til patienten med en oplevelse hos patienterne af bedre kontinuitet og effektivitet. Derudover var hypotesen, at det øvrige personale ville kunne aflastes

”Men der forestår fortsat et arbejde med at forbedre patienternes oplevelse af sammenhæng i patientforløbet, og en mere fyldestgørende belysning af patientforløbsvejledernes betydning i et patientperspektiv ville her være relevant.”

ved, at alle telefonopkald blev samlet hos patientforløbsvejlederne.

Evalueringen er udført som en punktundersøgelse over to vilkårlige arbejdsdage, før patientforløbsvejlederne blev ansat, og ni måneder efter ansættelsen.

Evalueringen indeholder:

1. En registreringsundersøgelse over samtlige telefonopkald til afdelingens vagthavende læger, sekretærer, plejepersonale og (2007) patientforløbsvejledere over to dage. Formålet med registreringsundersøgelsen var at opnå viden om, hvorvidt ansættelsen af patientforløbsvejlederne havde indflydelse på antal og indhold af telefonopkald til det øvrige personale samt tid brugt på telefonsamtaler.
2. En spørgeskemaundersøgelse blandt afdelingens vagthavende læger, sekretærer, plejepersonale. Formålet var at undersøge, om mængden af telefonafbrydelser blandt afdelingens personale havde ændret sig efter patientforløbsvejledernes ansættelse.
3. En spørgeskemaundersøgelse blandt de patienter, som kom i afdelingen de to udvalgte dage i 2006 og 2007. Formålet var at få viden om, hvorvidt patientforløbsvejlederne gjorde en forskel på patienternes oplevelse af kontinuitet i forløbet. I 2006 var svarprocenten i patientdelen 87 med 185 besvarelser. I 2007 var svarprocenten 82 med 272 besvarelser.

Dataindsamlingen foregik i 2006 og 2007. De nødvendige etiske hensyn er overholdt, og undersøgelsen er godkendt ved Datatilsynet. For yderligere oplysninger om metode, analyse og resultater kan forfatterne kontaktes.

### Mere tid på telefonkontakter

Registreringsundersøgelsen viste, at patientforløbsvejlederne har overtaget en væsentlig del af de samlede telefonopkald til afdelingen. I alt er der sket en reduktion i opkald til personalet på 197 opkald fra 2006 til 2007 (se tabel 1 side 66), og patientforløbsvejlederne har overtaget 127 af disse. Men trods nedgang i telefonopkald er personalets tidsforbrug ved telefonerne stort set det samme, og det samlede tidsforbrug på telefonopkald i afdelingen er sammenlagt steget, idet patientforløbsvejlederne bruger al deres tid ved telefonen.

Vi kender ikke forklaringen på, at personalet anvender den samme tid på telefonkontakter, men måske er opkaldene nu bedre sorteret og har højere relevans, hvilket kræver længere tid i forhold til besvarelser af spørgsmål mv.? En anden mulighed er, at personalet, efter antallet af opkald er faldet markant, nu tager sig den nødvendige tid til at behandle henvendelserne grundigt. Endvidere kan patienternes krav til detaljeringsgraden i information og service generelt være steget?

Nedgangen i antal opkald til personalet har medført

en nedgang i antal personaler, der oplever at blive afbrudt. Der ses her en tilbøjelighed til, at de færre afbrydelser har en positiv afsmittende effekt på personalets oplevelse af kvalitet i det øvrige arbejde (se tabel 2 side 66), om end forskellen ikke er signifikant.

Samlet vurderer vi, at det faktum, at en stor del af telefonsamtalerne nu er samlet hos forløbsvejlederne, hvis hovedopgave er at have overblik over patienternes forløb, medfører en serviceforhøjelse i forhold til patienternes mulighed for sammenhæng og kontinuitet. Også det, at noget tyder på, at det øvrige personale nu behandler telefonhenvendelser mere grundigt end tidligere, tolker vi som en serviceforøgelse. Endvidere afbrydes personalet langt mindre end tidligere, hvilket dels må være en aflastning i deres arbejdssituation, dels kommer patienterne i afdelingerne til gode.

### Forbedret patientoplevelse, men ikke godt nok

Afdelingen håbede med ansættelsen af patientforløbsvejledere at give patienterne en bestemt person at henvende sig til igennem hele behandlings- og kontrolforløbet. Resultaterne viser på den ene side, at der er sket en signifikant forbedring i patienternes oplevelse af, at en bestemt sygeplejerske har det overordnede overblik (45 pct.), og patienterne ved også bedre, hvem denne person er (46 pct.). Men samlet set må det siges at være nedslående, at under halvdelen af patienterne i 2007 har disse oplevelser (se tabel 3 side 68). Resultaterne viser desværre også, at der er sket en øgning i antal patienter, der ikke ved, hvem de skal henvende sig til med spørgsmål, ligesom andelen, der føler sig trygge i behandlingsforløbet, er faldet fra 96 til 92 pct.

Der var flere nyhenviste patienter i 2007, hvilket kan have medført et øget behov for støtte, men resultaterne peger samlet på, at den ekstra henvendelsesmulighed patientforløbsvejlederne tilbyder, kræver en meget tydelig information til patienterne om, hvilket personale patienterne skal bruge til hvad og hvornår. Vi har derfor efterfølgende udarbejdet skriftlig patientinformation om patientens henvendelsesmuligheder i afdelingen.

På trods af, at evalueringen viste, at etableringen af patientforløbsvejledere endnu ikke har medført en øget sikkerhed hos patienterne om, hvem de skulle henvende sig til med problemer og spørgsmål, vurderer vi rent organisatorisk rehabiliteringsprojektets første fase som vellykket. En stor del af telefonsamtalerne er nu samlet ét kvalificeret sted, og det øvrige personale afbrydes meget mindre end tidligere.

### Fremtiden og afledte spørgsmål

Her knap to år efter ansættelse af patientforløbsvejledere på afdelingen er det vores oplevelse, at de efter spørges af patienter og pårørende, ligesom vi oplever, at



))) TABEL 3. PATIENTOPLEVELSE AF TRYGHED, VEJLEDNING, STØTTE OG OVERBLIK

Spørgeskema, Personale	2006 (n=185)	2007 (n=272)
Føler sig tryk ved behandlingsforløbet?		
Ja	96	92
Nej	2	3
Ved ikke	2	5
Får den støtte og vejledning, der er brug for?		
Ja	91	90
Nej	4	3
Ved ikke	5	7
Ved du, hvor og til hvem du skal henvende dig til ved spørgsmål?		
Ja	85	78
Nej	10	14
Ved ikke	5	8
Oplever du, én bestemt sygeplejerske har det overordnede overblik?		
Ja	42	45*)
Nej	56	41*)
Ved ikke	2	14*)
Ved du, hvem der har overblik over dit behandlingsforløb?		
Ja	40	46*)
Nej	58	37*)
Ved ikke	2	17*)
*) signifikant forskel (p < 0,0001)		

» det nyudarbejdede skriftlige informationsmateriale om patientens henvendelsesmuligheder i afdelingen har medført øget sikkerhed hos patienterne om, hvem de skal henvende sig til. Ordningen med patientforløbsvejlederne i onkologisk afdeling R fortsætter derfor, og afdelingen ansætter en tredje patientforløbsvejleder fra 2009.

Men der forestår fortsat et arbejde med at forbedre patienternes oplevelse af sammenhæng i patientforløbet, og en mere fyldestgørende belysning af patientforløbsvejledernes betydning i et patientperspektiv ville her være relevant. Vil nogle af de effekter af en specialistsygeplejerske, der er beskrevet i litteraturen, f.eks. kunne genfindes hos os? Får patienterne bedre hjælp i forhold til de rette behandlings- og rehabiliteringstilbud? Betyder den tætte telefoniske kontakt til patienterne, at de får bedre psykisk støtte og information, der måske fører til en reduktion af depression, stress og træthed?

Også en undersøgelse af patientforløbsvejledernes muligheder for at forebygge komplikationer og forhindre indlæggelser vil være værdifuld set fra såvel et sundhedsfagligt som et økonomisk perspektiv.

Sidst, men ikke mindst er det vigtigt at være bevidst om, at nye tiltag måske også skaber nye behov. Vores erfaringer i forhold til patientforløbsvejlederne er bl.a., at

patienterne nu efterspørger muligheden for også at kunne kontakte disse i weekender og på helligdage.

*Karin Brochstedt Dieperink er ansat som udviklingssygeplejerske på Onkologisk afdeling R, Odense Universitetshospital;*

*karin.dieperink@ouh.regionsyddanmark.dk*

*Merete Bech Poulsen er oversygeplejerske samme sted.*

*Anna-Grethe Andreasen er ansat som afdelingssygeplejerske Onkologisk afdeling R2, Odense Universitetshospital.*

#### Litteratur

1. Ravn E. Kontaktsygeplejerskeordninger i det danske sygehusvæsen. Red. Adamsen L, Timm H. Universitetshospitalernes center for sygeplejerske- og omsorgsforskning; 1997. København.
2. CM cancer program reduces readmissions: proactive approach starts at diagnosis. Case management advisor, 2008 Mar; 19(3):31-3.
3. Goodwin JS, Satish S, Anderson ET et al. Effect of nurse case management on the treatment of older women with breast cancer. J Am Geriatr Soc 2003;51:1252-1259.
4. Maliski SL, Clerkin B, Litwin MS. Describing a nurse case

## Tilbud til mennesker, der ufrivilligt skal tilbringe julen alene

Julen er nær, og uanset om man som sygeplejerske er ansat i en kommune, en region eller er privatansat, vil man i denne tid møde et eller flere mennesker, som skal tilbringe juleaften alene. For nogle vil fraværet af selskab være et bevidst valg – mens tanken for andre vil være næsten ubærlig.

Heldigvis findes der tilbud for dem, der ønsker selskab, og erfaringerne viser, at både unge, gamle, børnefamilier, socialt udsatte og socialt engagerede mennesker, som har lyst til at dele festen med andre end de nærmeste i juletiden, deltager i de eksisterende juleaftensarrangementer og besøgstjenester.

Sygeplejersker kan være med til at formidle kontakt til de private hjælpeorganisationer eller offentlige instanser, der tilbyder julearrangementer. Er man f.eks. indlagt og ønsker et besøg eller sidder hjemme alene, kan Røde Kors-frivillige træde til: [www1.drk.dk](http://www1.drk.dk) > Røde Kors i Danmark > besøgstjeneste

Eller kontakt kommunen og hør om, hvilke julearrangementer inden for det frivillige sociale arbejde de har støttet økonomisk i år, eller ring til den lokale Rotary eller Lions Club. Tilbudene er der, de skal bare findes.

(er)

## Rammeprogram for sygeplejeforskning på Gentofte Hospital

Tove Lindhardt, sygeplejerske, ph.d., har siddet for bordenden i Forskningens Hus på Gentofte Hospital i 1½ år. Som forskningsleder er hun sammen med en styregruppe ansvarlig for "Rammeprogram for sygeplejeforskning "Medinddragelse" – et program for forskning og forskeruddannelse".

I programmet forklares baggrunden for og formålet med at have fokus på temaet "medinddragelse".

Planen er at etablere fem ph.d.-forløb for sygeplejersker, og man er allerede godt i gang. Forskning i sygepleje er et relativt nyt felt i Danmark, og på Gentofte Hospital ønsker man at styrke den kliniske forskning ved at fokusere og organisere indsatsen, så den bliver en integreret del af den kliniske praksis. Ved at styrke fællesskaber for de forskende sygeplejersker i form af journal clubs og "spiregrupper" er det intentionen at gøre hospitalet til en attraktiv arbejdsplads for forskere og tilpasse sig fremtidens brugerorienterede sundhedsvæsen.

Der er ved at blive indgået en aftale om samarbejde med Aarhus Universitet, Afdelingen for sygeplejevidenskab, som har "Patient Participation" som forskningstema.

Yderligere oplysninger kan fås hos Tove Lindhardt; [tovlin01@geh.regionh.dk](mailto:tovlin01@geh.regionh.dk)

(jb)

### Svar på Testen side 55

1: b. 2: b. 3: a. 4: a. Bananer øger mængden af signalstoffet serotonin i hjernen, så man bliver i bedre humør, men de helbreder ikke. 5: a og b.

Kilde: [www.jerk.dk](http://www.jerk.dk) > tømmereænd og [www.netdoktor.dk](http://www.netdoktor.dk) > alkohol > artikler > tømmereænd

manager intervention to empower low-income men with prostate cancer. *Oncology Nursing Forum* 2004;31(1):57-64.

5. Cox K, Wilson E. Follow-up for people with cancer: nurse-led services and telephone interventions. *Journal of Advanced Nursing* 2003;43(1):51-61.
6. Badger T et al. Telephone Interpersonal Counseling with women with breast cancer: symptom management and quality of life. *Oncology Nursing Forum* 2005;32(2):273-279.
7. Funktionsbeskrivelse patientforløbsvejledere 2006, Onkologisk afdeling R.
8. Fyns amt. Den Fynske Kræftplan, Fyns amt 2004 bind 1 p. 75-80.
9. Rasmussen E. Den dag du får kræft, Viborg: Gyldendals Akademiske Bogklubber; 2003 p. 170-171.
10. Grønvold M, Pedersen C, Jensen CR et al. Kræftpatientens verden – en undersøgelse af, hvad danske kræftpatienter har brug for. København 2006.

En fuldstændig litteraturliste og funktionsbeskrivelse kan fås ved henvendelse til Karin Brochstedt Dieperink.

### ))) ENGLISH ABSTRACT

Dieperink DK, Poulsen BM, Andreasen A-G. Nursing case managers in oncology. *Sygeplejersken* 2008;(25-26):64-9.

Patients want cohesive treatment, for which reason nursing case managers are being appointed by municipal and regional authorities. The function requires insight into illness and treatment to allow nurses to help the patient professionally and in terms of their treatment.

The article describes some of the first Danish experiences with nursing case managers employed at the oncology department of the University Hospital, seen from an organisational prospective.

On the basis of a record and questionnaire surveys, the article concludes that the appointment of nursing case managers helps relieve the other staff, who are now less frequently interrupted by phone calls during their working day. At the same time, patients say they have experienced improvements in the breadth of view of their treatment. The article is relevant to clinical nurses who wish to promote cohesive treatments, as well as the managers who are considering the introduction of the function in their own departments.

Key words: Nursing case manager, cancer patients, disruptive phone calls.



1. Vask hænderne.



2. Gør tingene klar.



3. Pak alkoholservietten ud.



4. Pak sprøjten ud.



5. Tag sprøjten ud af pakningen.

# Selvinjektion af heparin

AF LISBETH KALLESTRUP, SYGPLEJERSKE, DIPLOM I LEDELSE • FOTO: CLAUD SØRENSEN, PROJEKTSYGPLEJERSKE

**Artiklen henvender sig til sygeplejersker, som arbejder med patienter med dyb venetrombose. Hovedbudskabet er, at hovedparten af alle patienter med dyb venetrombose kan mestre selvinjektion, såfremt sygeplejerskens indstilling til dette er positiv. Artiklen er skrevet på baggrund af en mindre undersøgelse på Tromboseklinikken på Århus Sygehus.**

Uddelegering af sygeplejeopgaver til patienterne selv kræver blandt flere andre ting, at sygeplejersker dels tror på, at patienterne kan varetage opgaven, dels at sygeplejersker er villige til at give opgaven fra sig. En undersøgelse af patienters parathed og evne til selvinjektion af lavmolekylært heparin peger på, at patienternes potentiale til selv at varetage denne opgave i høj grad er til stede.

## Lokale løsninger aktuelt

Sygepleje og behandling til patienter med dyb venetrombose (DVT) og lungeemboli (LE) er i Danmark afhængig af, hvor patienten er indlagt. Nogle steder indlægges patienten i en eller flere dage, mens andre tilbyder et ambulant forløb i tromboseafsnit. Procedurebeskrivelser for sygeplejen er hyppigt udarbejdet lokalt på baggrund af lokale erfaringer. Også i forhold til tilbud om oplæring i selvinjektion er dette forskelligt. Nogle steder får patienterne ikke et tilbud om selvinjektion, men må forblive indlagt i de 5-7 dage, injektionsbehandlingen varer, eller får hjælp til injektion af en hjemmesygeplejerske. Ved samtale med sygeplejersker disse steder giver de udtryk for, at de ikke mener, at patienterne er i stand til selv at varetage opgaven, og det tillige ikke kan betale sig for så få dages injektioner. Noget tyder derved på, at sygeplejerskernes holdning har betydning for det tilbud, patienten får, og dermed hvilken løsning der vælges.

## Praksis på Århus Sygehus

Tromboseklinikken på Århus Sygehus er etableret januar 2006 og tilbyder patienter til udredning og behandling af

DVT/LE et ambulant forløb. Klinikken modtager ca. 120 patienter årligt til instruktion i antikoagulationsbehandling og oplæring i selvinjektion af lavmolekylært heparin (LMH).

Sygeplejeopgaver til denne patientgruppe er bl.a.:

- at vurdere, hvordan patienten skal have sin medicin
- at oplære patienten i selvinjektion eller
- at bestille hjemmesygeplejerske til injektionsgivning.

Inden etablering af Tromboseklinikken påbegyndte denne patientgruppe behandling med LMH i stationært tromboseafsnit som dagpatienter. Her fik patienterne valget mellem at blive oplært i selvinjektion eller komme dagligt til injektion i afsnittet. Der blev ikke arbejdet målrettet med at oplære patienten i selvinjektionsteknik, og der foreligger ingen dokumentation for, hvor mange patienter der mestrede selvinjektion. Erfaringen var, at de fleste patienter valgte at møde hver dag. Patienterne var tilsyneladende tilfredse med at have kontakt til afsnittet.

Siden Tromboseklinikken blev etableret, er der arbejdet målrettet med at oplære patienterne i selvinjektion (se boks 1 nederst tv.). Baggrunden var, at sygeplejerskerne oplevede, at mange patienter gav udtryk for et ønske om et ambulant forløb og at være uafhængige af besøg af hjemmesygeplejerske.

Flere undersøgelser viser, det er en samfundsmæssig og økonomisk fordel, at antallet af sengedage på hospitalerne reduceres, og dødelighed og antal nye tilfælde af DVT reduceres, når patienten udskrives til behandling i eget hjem (1,2). I Sverige er vist (3,4), at 62 pct. af patienterne mestrede selvinjektion af LMH ved ambulant behandling af DVT og/eller LE. I undersøgelsen var planlagt målrettet undervisning af læger og sygeplejersker med henblik på at forhøje succesraten. Alternativet ville være dagligt besøg i afdelingen for at få injektion, da hjemmeplejen ikke kunne klare flere opgaver.

Tromboseklinikken mål i Århus blev derfor, at så mange patienter som muligt injicerer sig selv derhjemme på et fast tidspunkt i løbet af døgnet, som passer ind i den enkelte patients døgnrytme. Selvinjektion kan også ske med hjælp fra pårørende eller en ven.

## Undersøgelsen og metode

Tromboseklinikken har efterfølgende ønsket at undersøge, hvordan situationen med hensyn til selvinjektion ved DVT af LE-patienter er, hvorfor en undersøgelse

### ))) BOKS 1. STRATEGI I FORHOLD TIL AT OPLÆRE PATIENTERNE I SELVINJEKTION

1. Personalet er alle sidemandsoplært af specialekyndig. Fokus i undervisningen er selvinjektion som førstvalg og vurdering af egenomsorgskapacitet.
2. Gennem dialog med patienten bliver opgaven præsenteret som enkel og naturlig, og patienten/den pårørende får praktisk oplæring tilpasset deres forudsætninger.
3. Der er udarbejdet en detaljeret patientpjece til information og vejledning i de hygiejniske principper og injektionsteknik. Vejledningerne er evidensbaserede og indeholder foto af proceduren (se fotos øverst side 70-71).
4. Der er udarbejdet en sygeplejefaglig tjekliste for information til patienter med DVT og LE og en standardplejeplan til dokumentation af sygeplejen.
5. Alle patienter får udleveret kontaktkort med telefonnummer til klinikken, som de ved behov kan kontakte alle hverdage mellem kl. 7.30 og 15.30.



6. Fjern beskyttelses-hætten.

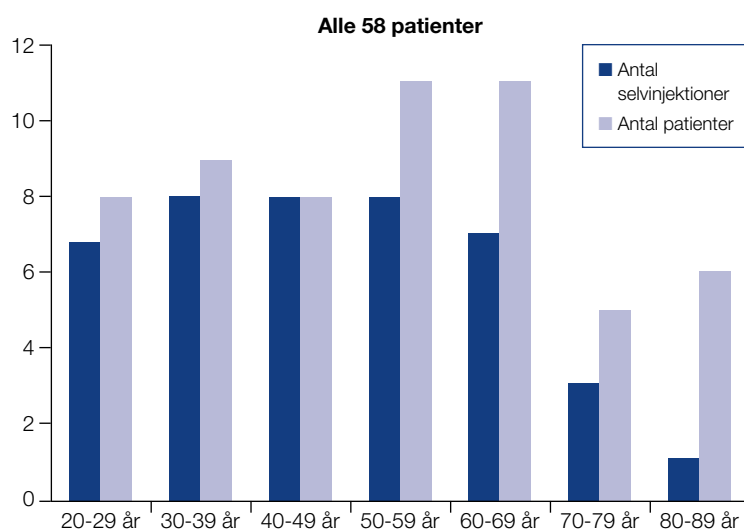
7. Sprøjten er nu klar til brug. Luftboblen skal blive i sprøjten og "bankes" op til stemplet.

8. Dan en hudfold på maven med to fingre, mindst 5 cm fra navlen. Tør huden af med alkoholservietten.

9. Stik kanylen ind (i en vinkel på 45 grader).

10. Tryk langsomt stemplet på sprøjten helt ned. Træk kanylen ud.

FIGUR 1. FORDELING AF PATIENTER, DER INJICEREDE SIG SELV/FIK HJÆLP AF ÆGTEFÆLLE ELLER VEN I FORHOLD TIL ALDER



heraf blev igangsat i februar 2008. Målet med undersøgelsen var at afdække:

- hvor mange og hvilke patienter med DVT og/eller LE der mestrer eller ikke mestrer selvinjektion af LMH efter oplæring i Tromboseklinikken
- fordelingen på køn og alder
- hvilke faktorer der karakteriserer gruppen, der ikke mestrer selvinjektion.

#### Metode

Undersøgelsen er retrospektiv over syv måneder. I undersøgelsen inkluderes nydiagnosticerede patienter med DVT eller LE indlagt i Medicinsk Kardiologisk afdeling A i perioden 1.8.07-26.2.08. Patienterne skulle være udskrevet til eget hjem til fortsat behandling med LMH og have været til en konsultation ved sygeplejerske i Tromboseklinikken før eller i forbindelse med udskrivelsen.

Patienter, der forblev indlagt under behandlingen med LMH, blev ekskluderet.

#### Resultater

Over de syv måneder indgik der 58 patienter i undersøgelsen.

34 (59 pct.) var kvinder med en gennemsnitsalder på 48,6 år (23-86 år).

24 (41 pct.) var mænd med en gennemsnitsalder på 58,7 år (33-85 år)

Hos én patient (2 pct.) var der ingen dokumentation for, hvem der gav injektionen. De øvrige fordeler sig således:

"Nogle steder får patienterne ikke et tilbud om selvinjektion, men må forblive indlagt de 5-7 dage, injektionsbehandlingen varer, eller får hjælp til injektion af en hjemmesygeplejerske."

#### Klarer det selv

- 42 patienter ud af alle 58 (72 pct.) injicerede sig selv/fik hjælp af ægtefælle eller ven, gennemsnitsalderen var her 46,3 år (se fig. 1 herover)
- 27 patienter (66 pct.) var kvinder, gennemsnitsalder på 43 år (21-72) (se fig. 2 side 72)
- 14 patienter (34 pct.) var mænd, gennemsnitsalder på 56 år (34-82) (se fig. 3 side 72).

#### Hjælp fra hjemmesygeplejerske

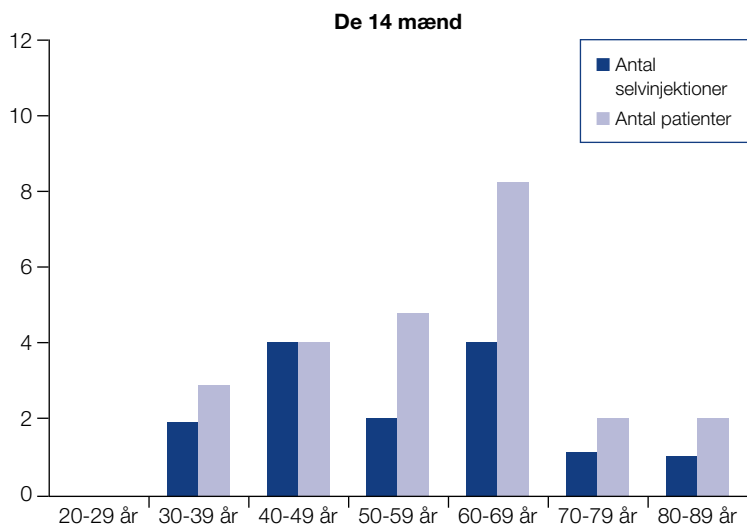
15 patienter (26 pct.) fik hjælp af hjemmesygeplejerskerne, gennemsnitsalderen var her 67 år.

- seks patienter var kvinder med en gennemsnitsalder på 72,5 år (27-86). Ni patienter var mænd med en gennemsnitsalder på 63,3 år (33-85).

#### Omstændighederne blandt disse 15 patienter var:

- tre terminale cancerpatienter (én mand og to kvinder)
- fire med et misbrugsproblem (tre mænd og én kvinde)
- tre med demenssygdom (to mænd og én kvinde).

))) FIGUR 2. FORDELING AF ANTAL MÆND, DER INJICEREDE SIG SELV/FIK HJÆLP AF ÆGTEFÆLLE ELLER VEN I FORHOLD TIL ALDER



))) Hos de øvrige fem patienter, der fik hjælp af hjemmesygeplejerske (tre mænd og to kvinder i aldersgruppen 54-86 år), var der ikke dokumenteret i læge- eller sygeplejejournal, hvorfor patienten ikke kunne injicere sig selv.

### Diskussion

I nyere amerikanske og europæiske undersøgelser angives incidensen af LE til at være højere hos mænd end hos kvinder (1,2,5), mens incidensen af DVT og/eller LE hos mænd og kvinder er ens i en undersøgelse fra 1991 (6). I den aktuelle undersøgelse var der overvægt af kvinder, specielt mellem 20 og 40 år. Da undersøgelsen ikke viser tal for hele patientgruppen med DVT i perioden (kun for patienter med et ambulant forløb via konsultation ved sygeplejerske i Tromboseklinikken), kan de generelle tal om køn og alder ikke sammenlignes. Hvis klinikken reelt har flere kvinder end mænd med DVT, kan dette skyldes, at klinikken har en specialistfunktion i Århus-området med behandling af gravide kvinder med DVT og derfor får henvist denne patientgruppe fra andre sygehuse.

Undersøgelsen kan heller ikke vise den præcise effekt af den målrettede strategi i forhold til undervisning af patienter med DVT og/eller LE i selvinjektion med LMH, idet der ikke foreligger dokumentation for, hvor mange patienter der mestrede selvinjektion inden etableringen af strategien og undervisningen. Formodningen er dog, at den målrettede indsats har medført, at flere patienter (72 pct.) i dag injicerer sig selv end tidligere. Og når man sammenligner med resultater fra Sverige (4), hvor 62 pct. af patienterne mestrede selvinjektion, tyder noget på, at konsultation og injektionsoplæring hos en trombosekyndig sygeplejerske fremmer muligheden for, at de patienter, der har lysten og ressourcerne til at lære injektionsteknikken, også mestrer det.

Overvægten af yngre kvinder mellem 20 og 40 år, der er med i undersøgelsen, kan være med til at forhøje antallet af patienter, der kan mestre selvinjektion. Dog er det tydeligt, at de øvrige patienter, der mestrer selvinjektion, gør dette på trods af alder, når de vel at mærke ikke har en anden sygdom/lidelse, der begrænser deres ressourcer.

For alle 58 patienter viser figur 1, at opgaven med selvinjektion løses fint indtil alderen 50 år. Gennemsnitsalderen for denne gruppe er 46,3 år, mens de, der har brug for hjælp af hjemmesygeplejerske, gennemsnitligt er 67 år. Dette tyder på, at patienternes mestring er betinget af alder, men en del af de patienter, der havde brug for hjælp af hjemmesygeplejerske, havde også en anden sygdom/lidelse. Og flere patienter i gruppen, der klarede selvinjektion, var over 80 år. Så det er i lige så høj grad patientens aktuelle egenomsorgsressourcer, som det er alderen, der er afgørende for, om der er brug for en hjemmesygeplejerske. Det må bero på en individuel afgørelse i hvert enkelt tilfælde.

Der ses en aldersforskel på 13 år på køn blandt dem, der mestrer selvinjektion, hvor mændene er 56 år og kvinder-

”Antallet af patienter, der kan mestre selvinjektion, vil og skal aldrig blive 100 pct., for nogle patienter har ikke forudsætningerne til dette.”

”Undersøgelsen tyder på, at konsultation og injektionsoplæring hos en trombosekyndig sygeplejerske fremmer muligheden for, at de patienter, der har lysten og ressourcerne til at lære injektionsteknikken, også mestrer det.”

ne 43 år. Dette kan skyldes den forholdsvis store andel yngre kvinder i undersøgelsen, der reducerer gennemsnitsalderen for kvinderne, og da der ikke er udført signifikantstest på tallene, kan der ikke konkluderes på eventuelle forskelle mellem kønnene.

Patienter med et misbrug og med demenssygdom, der ikke mestrer selvinjektion, kan karakteriseres ved at have en reduceret egenomsorgskapacitet, og sygeplejersken vil her ofte skønne, at en hjemmesygeplejerske øger sikkerheden for medicinering i den rette dosis og til den rette tid.

Også hos patienter med cancersygdomme lægger sygeplejerskerne i Tromboseklinikken op til, at injektionen gives med hjælp fra hjemmesygeplejerske. Årsagen er ikke en reduceret egenomsorgskapacitet som hos ovennævnte grupper, men at disse patienter ofte vil have kontakt til hjemmesygeplejersken i forvejen. Vi har endvidere ønsket at tage hensyn til disse patienters i forvejen meget udsatte situation. Vi oplever dog, at mange patienter med cancersygdomme vælger selvinjektion, hvis de på denne måde kan være uafhængige af hjælp så længe som muligt, hvorfor vi aktuelt diskuterer fremtidens model for denne patientgruppe.

### Den individuelle vurdering vigtig

Antallet af patienter, der kan mestre selvinjektion, vil og skal aldrig blive 100 pct., for nogle patienter har ikke forudsætningerne til dette. Men klinikens mål om, at så mange patienter som muligt skal oplæres i selvinjektion, vil ikke bare gøre patienterne mere uafhængige af sundhedssystemet, men også reducere antallet af opgaver for hjemmesygeplejersker og formentlig medføre en reduktion i antal indlæggelsesdage. Undersøgelsens resultat, hvor 72 pct. af de inkluderede patienter injicerede sig selv/fik hjælp af ægtefælle eller ven, tyder på, at konsultation og injektionsoplæring hos en trombosekyndig sygeplejerske fremmer muligheden for, at de patienter, der har lysten og ressourcerne til at lære injektionsteknikken, også mestrer det.

Årsagen til, at patienten ikke kan mestre selvinjektion, er ifølge herværende undersøgelse en kombination af alder og patientens grundlæggende sygdom, hvor specielt demenssygdom og misbrugsproblemer reducerer egenomsorgskapaciteten. Alder i sig selv er således ikke et selvstændigt parameter, hvilket kræver, at den sygeplejerske, der foretager vurderingen, dels er specialekyndig og dels har den nødvendige tid og rette redskaber til vurderingen.

På klinikken i Århus bliver der fremover indført registrering af årsag til, at der vælges injektion ved hjemmesygeplejerske, dels for at sikre dokumentation, dels for, at sygeplejerskerne fortsat kan fokusere på, hvilken løsning der er den bedste for patienten, og hvordan oplæringen i selvinjektion kan forbedres yderligere.

Antallet af patienter i undersøgelsen var 58, og det kunne være interessant at udvide undersøgelsen og få et

større vurderingsgrundlag, herunder undersøge, på hvilken måde patienternes sociale, ægteskabelige og uddannelsesmæssige vilkår spiller ind på lysten/ressourcerne til at lære selvinjektion. Desuden kunne det være interessant at gennemføre en landsdækkende undersøgelse af, hvor mange og hvilke patienter der aktuelt mestrer selvinjektion af lavmolekylært heparin.

*Lisbeth Kallestrup er afdelingssygeplejerske på medicinsk kardiologisk afdeling, Tromboseklinikken, Århus Sygehus; lisbeth.kallestrup@as.aaa.dk*

### Litteratur

- Othieno R, Abu Affan M, Okpo E. Home versus in-patient treatment for deep vein thrombosis. *Cochrane Database Syst.Rev.* 2007 Jul 18;(3)(3):CD003076.
- Marquard Sejers H, Kræmmer Nielsen H, Pontoppidan Thyssen J, Husted SE. Dyb venøs trombose. epidemiologi, diagnose og behandling. *Ugeskr.læger* 2007;169(2):109-111.
- Marquard Sejers H, Thielke D, Pontoppidan Thyssen J, Ørnstrup ML. Ambulant behandling af dyb venetrombose. *Ugeskr.læger* 2007;169(2):112-115.
- Lapidus L, Borretzen J, Fahlen M, Thomsen HG, Hasselblom S, Larson L et al. Home treatment of deep vein thrombosis. An out-patient treatment model with once-daily injection of low-molecular-weight heparin (tinzaparin) in 555 patients. *Pathophysiol.Haemost.Thromb.* 2002 Mar-Apr;32(2):59-66.
- Husted SE. Lungeemboli: klaringsrapport fra en arbejdsgruppe nedsat af Dansk Cardiologisk Selskab. [S.l.]: Dansk Cardiologisk Selskab; 2004.
- Hull RD, Raskob GE, Pineo GF. Venous thromboembolism. An evidence-based atlas. Armonk, NY: Futura Pub. Co; 1996.

### ENGLISH ABSTRACT

Kallestrup L. Self-injection of heparin. *Sygeplejersken* 2008;(25-26):70-3.

The article presents a survey of how many and which patients with deep venous thrombosis (DVT) were able to inject themselves with low molecular heparin, and what characterised the group of patients not able to do so.

The study, which was retrospective, included 58 patients with DVT treated by specialist nurses at the thrombosis clinic of Århus Hospital.


The result was that 72 per cent were able to inject themselves and the study suggests the potential for patients to master self-injection of low molecular heparin can be improved when nurses have the required competencies and information material is prepared for the patients.

Those patients who were unable to inject themselves suffer from other complaints which may constitute the reason for their choosing district nursing.

The knowledge that the majority of patients can learn to inject themselves may in future reduce the number of tasks to be carried out by district nurses and is also likely to lead to a reduction in the number of days spent in hospital.

Key words: Self-injection, patient, deep venous thrombosis (DVT), nursing, mastering.

## Sygeplejerske som hovedperson og heltinde

 *Nina Berg* er sygeplejerske i et Røde Kors Center, hendes veninde beder hende hente en kuffert i et garderobeskab på Hovedbanegården. Kufferten indeholder en bevidstløs dreng på tre år. Bogens heltinde har ikke tillid til politi og hospitalsvæsen, derfor tager hun barnet med til en læge fra det frivillige netværk, der er opbygget omkring illegale indvandrere. Hun pjækker fra jobbet og forsømmer sin egen familie for at bringe barnet tilbage til sin mor. Hun er en rigtig redder og umådelig dårlig til at tage vare på sig selv. Hun kommer i livstruende situationer forfulgt af en aggressiv bodybuilder fra Litauen.

Bogen rummer de elementer, en god spændingsroman skal have. Forfatterne fortæller sidehistorierne om drengens mor i Litauen, veninden og hendes arbejdsgiver, prostituerede på Vesterbro og Ninas egen historie. Langsomt tegner der sig et billede af årsagen til, at dren-

gen befinder sig i Danmark, og spændingen holdes helt til slut i bogen.

Det er den første spændingsroman af makkerparret forfatteren *Lene Kaaberbøl* og journalisten *Agnete Friis*. Deres plan er at skrive tre bøger med sygeplejerske Nina Berg som gennemgående person.


Bogen fanger fra start til slut. Jeg fik megen sympati for drengens mor i Litauen. Personen Nina Berg derimod er lidt sværere at forstå, hun handler indimellem ulogisk, og hun virker lidt småskør i sin iver efter at ville redde hele verden. Hovedpersonens uforudsigelighed øger spændingen i bogen, det er vanskeligt at tænke sig frem til, hvad der sker på næste side, når Nina Berg er på banen. Eneste minus ved bogen er, at den er alt for hurtigt læst.

*Af Berit Fekkes, psykoterapeut, MPF og sygeplejerske.*



Lene Kaaberbøl og Agnete Friis  
**Drengen i kufferten**  
People's Press 2008  
319 sider – 299 kr.  
ISBN 978-87-7055-477-0

## Anmelderen ved, hvor skoen trykker

 I november 2005 døde en ung kvinde, *Margaret*, af leukæmi. I denne meget bevægende og personlige bog fortæller Margarets søster, journalisten *Anna Bridgwater*, om de år, der går forud for Margarets død, om et ganske almindeligt ungdomsliv i København, om familie, kærlighed, kærestesorger og kriser, og om diagnosen, der ændrede alt.

Anna Bridgwaters bog "Søster til låns" ligger på mit skrivebord med en mørk dokumentarisk forside. På bogens bagside skriver forlaget med få velvalgte ord om alt det skrækelige, som følger med, når man i ung alder får leukæmi, som ikke kan kureres, og efter års håb, behandling og jagt på en knoglemarvsdonor dør. Et liv, der bliver for kort og stopper et livsmod, som vanskeligt lader sig bremse.

Margaret og Anna bliver søstre, da Anna er fem år, og familien har besluttet at adoptere. De to søstre oplever en betingelsesløs kærlighed til låns. Nu, tre år efter Margarets død, har Anna skrevet en bog om deres liv for at lindre den pine, tabet førte med sig, nedbryde tabu om døden og ikke mindst for at hendes søster vil blive husket.

I årene inden Margaret får leukæmi oplever søstre flere tab. Deres fars død bliver det første, og året efter mister de ved selvmord. Det forstærker deres følelsesmæssige bånd og samtidig afmagtsfølelsen, da Margaret får konstateret leukæmi. Håbet om helbredelse fylder søstrenes liv de næste år, kemobehandling, livsstilsforandringer og magisk tænkning. I jagten på knoglemarv får Margaret forbindelse med sin biologiske familie. Hun modtager kort før sin død Statens Kunstfonds treårige

arbejdslegat som smykkekunstner for sin sikre formførmelse, humor og fantasi.

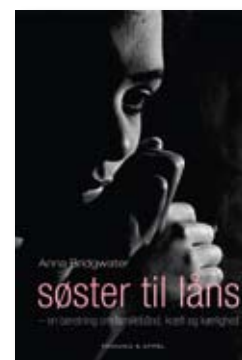
Midt i bogen ændrer forfatteren skrivestil. Fra en kompakt indledning pakket med fakta, bliver bogens sidste del mere følelsesrig. Bogen afsluttes med tiden op til døden, hvor ønsket om at få det bedste ud af restlevetiden er i kamp med store forandringer, der overanstrenger Annas mestringsbevne. *Simon*, forfatterens længe ventede adoptivbarn, skal midt i det hele hentes i Vietnam. Han er en skræmt baby, og det nyindkøbte hus er en ruin. Det er svært at rumme det hele. Utilstrækkelighedsfølelse og kaos hersker og kalder på alle typer følelser hen mod Margarets død. Det liv, der fortsætter efter døden, indeholder en omsiggribende sorg, der lammer alle funktioner, og efter flere år bliver livet væsentligt forandret.

Da jeg gik i gang med at læse bogen, spurgte min mand, om jeg var inhabil. Dette efterår er det seks år siden, min søster døde pludseligt, alt for ung. Så bogens titel fik ham til at overveje min dømmekraft. Jeg svarede: "Den ved bedst, hvor skoen trykker, som har den på."

De læsere, der ikke har oplevet et liv med fodtøj, der trykker af voldsomme sorgoplevelser, kan med bogen få indsigt i tab og traume.

Margaret vil med bogen blive husket. Til en særlig lejlighed kan man låne et af hendes smykker, se: [www.statenskunstfondssmykkeskrin.dk](http://www.statenskunstfondssmykkeskrin.dk)

*Af Jorit Tellervo, uddannelseskonsulent, ansat i kursusafdelingen SOSU-Uddannelser i Greve.*



Anna Bridgwater  
**Søster til låns**  
– en beretning om familie-  
bånd, kræft og kærlighed  
Thanning & Appel 2008  
190 sider – 199,95 kr.  
ISBN 978-87-413-0980-4

## Kritisk over for øget centralisme



Janne Lehmann Knudsen,  
Mads Ellegaard Christensen og  
Bente Hansen (red.)

### Regulering af kvalitet i det danske sundhedsvæsen

Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck  
2008  
210 sider – 249 kr.  
ISBN 978-87-17-04020-5

Bogen er den første danske af sin slags og giver læseren en samlet, grundig introduktion til regulering af kvalitet i det danske sundhedsområde. Bogen beskriver systematisk, hvordan kvalitet og regulering er en obligatorisk mangefacetteret opgave for de fagprofessionelle og lederne i det danske sundhedssystem. Bogen begrebsafklarer regulering af kvalitet ved hjælp af en gennemgående analysemodel og forholder sig kritisk til reguleringsmekanismerne og til den øgede centralisme på området. Regulering gennemgås i et teoretisk perspektiv, kvalitetsudviklingens historie beskrives, virkemidlerne til regulering af faglig adfærd og de økonomiske incitamenter gennemgås, akkreditering og Sundhedsstyrelsen som regulator behandles tillige.

Områdets politiske bevågenhed og indflydelse beskrives og problematiseres. Selve reguleringsmekanismerne illustreres gennem otte meget relevante cases: Landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, Sundhedsstyrelsens stjernesystem, Den Danske Kvalitetsmodel, forløbsydelsen for diabetes i landsoverenskomsten om almen lægegering, Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning, sundhedsaftaler, regeringsaftalen om kræft som akut sygdom og Sundhedsstyrelsens tilsyn i kommunerne.

Hvis patientsikkerhed skal være en bærende, integreret værdi i det danske sundhedsvæsen, levnes den meget lidt omtale (fire sider ud af 205), og emnet behandles løst fra bogens andre kvalitetsområder.

Patientens synsvinkel på regulering og kvalitet ligger implicit mellem linjerne og fremhæves ikke særskilt.

Introduktionskapitlet af de tre kvalitetserfarne redaktører giver læseren et kort og overordnet indblik i området, hvis man altså som læser kan abstrahere fra de mange (u)nødvendige henvisninger til bogens senere kapitler om emnerne. Der er ingen tvivl om, at bogens tre redaktører og de øvrige forfattere er erfarne og velbevandede på regulerings- og kvalitetsområdet. Bogen er velegnet som lærebog på de længerevarende sundhedsuddannelser eller på andre overbygningsdele/specialemoduler. Kliniske sygeplejespecialister/vejledere, ledere og andre erfarne sygeplejersker, som arbejder med kvalitetsområdet og regulering, kan tillige have stor glæde af denne samlede beskrivelse.

Af Birgit Simonsen,  
kvalitetskoordinator og centerprojektleder,  
ansat ved Juliane Marie Centret, Rigshospitalet.

## Bekymringskulturen er omsiggribende



Søren Hertz  
Børne- og ungdomspsykiatri  
– Nye perspektiver  
og uanede muligheder  
Akademisk Forlag 2008  
360 sider – 369 kr.  
ISBN 978-87-500-3948-8

Her er et væsentligt indlæg i den verserende debat om et Danmark, hvor flere og flere diagnosticeres og behandles. Er vi en nation, der skal støttes og behandles, eller er der en fremtid med andre muligheder?

Søren Hertz er praktiserende børne- og ungdomspsykiater med års erfaring inden for det traditionelle behandlingssystem. Han har altid haft en reflekterende holdning til diagnosticering og eksisterende behandling.

Risikoen for, at diagnoser er med til at fastholde børn, unge og deres familier samt det professionelle netværk i en sygdomsfokuseret forståelse, hvor det anderledes og syge skal støttes og rummes, står i grel kontrast til den erfaring, Søren Hertz præsenterer fra sin nuværende praksis.

Diagnoser og bekymringskultur stilles op over for symptomer og adfærd set som øjeblikbilleder med potentiale til at skabe rum for ændringer og udvikling af uanede muligheder.

Bogen er i sin opbygning tro over for det traditionelle diagnosesystem, men her hører ligheden i det væsentlige også op. Autisme, ADHD, skizofreni, PTS, tilknytningsforstyrrelse og empatiforstyrrelser ses som reducerende beskrivelsesmodeller, hvor vi mister barnet/den unge til fordel for kategorien, og på den måde mister vi nysgerigheden efter at forstå, hvad de forsøger at fortælle os og ønsker at få os med til at udvikle.

Udgangspunktet er at forstå symptomer og adfærd som

barnets/den unges udtryk for dets livsvilkår, erfaringer, og tro på og forventninger til fremtiden. Barnet spejler sig i den bekymringsadfærd, det oplever hos omgivelserne. Når fokus lægges på helheden og det, der ikke ligner det problematiske, er der mulighed for en ny forståelse, der rækker ud over opfattelsen af en kronisk tilstand. Barnets og den unges samspil med omgivelserne kan indeholde muligheder for nytænkning og udvikling. Muligheder vi oftest kun kan ane.

Der bringes talrige eksempler fra forfatterens praksis. Jeg er blevet meget inspireret og har fået mange nye vinkler og konkrete ideer til mit arbejde med børn og unge.

Teoretisk bygger bogen på et bio-psyko-socialt videnskabssyn med referencer til den moderne neurovidenskab og udviklingspsykologi i samspil med et socialkonstruktionistisk menneskesyn. En transdisciplinær videnskabsteori, hvor helheden udgør mere end summen af de enkelte dele.

Bogen er tænkt som en grundbog for dem, som arbejder eller uddanner sig i det sociale, pædagogiske, psykologiske og psykiatriske fagfelt. Og denne bog, hvor alvor, alsidig teoretisk fundering og uforbederlig optimisme er gennemgående, er ikke til at komme udenom.

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



## Ujævnt trav

”Udsatte børn” er en antologi skrevet af forskellige forskere på det socialfaglige område. ”Udsatte børn og deres forældre har ofte omfattende kontakt med offentlige myndigheder,” skriver en af bidragyderne. Hensigten med bogen er at bidrage til en helhedsorienteret forståelse af det udsatte barns situation og kvalificere de professionelle omkring barnet og familien til at kunne analysere og reflektere over deres praksis.

Jens Guldager lægger ud med at beskrive forskellige helhedsmodeller for børne- og familierarbejdet.

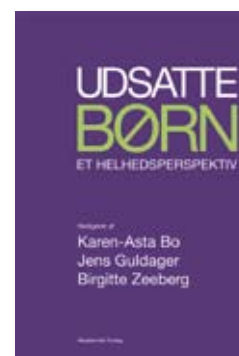
”Et barn kan aldrig forstås i sig selv, men må ses som del af en helhed, der omfatter og medtænker afgørende forhold og faktorer i barnets livssituation.”

Det enkelte barns problemer og ressourcer kan ses fra mange vinkler. Det tydeliggør Morten Ejrnæs i sit kapitel: ”Praktikeres holdninger i socialt arbejde – normalitet og afvigelse”. Her beskriver han resultatet af sin undersøgelse fra 2006, hvor forskellige faggrupper, bl.a. socialrådgivere, sundhedsplejersker og pædagoger, blev bedt om at analysere og perspektivere forskellige cases om udsatte børn. Det overraskende i undersøgelsen var, at den store forskel i holdninger til, hvordan problemerne skulle forstås og gribes an, ikke var at finde de forskellige faggrupper imellem, men inden for de enkelte faggrupper. Morten Ejrnæs forklarer det sådan: ”Faggrupper, som i arbejdet med mennesker bruger deres egen personlighed og deres relationer til andre mennesker, har den faglige uenighed som et grundvilkår. Tydeliggøres denne uenighed, vil den give mulighed for at nuancere synet på barnet og familien.

Birgitte Zeeberg refererer i kapitlet: ”Det udsatte barn blandt mange professionelle” til et andet undersøgelsesresultat i ovennævnte undersøgelse. De adspurgte professionelle delte sig i to lejre på spørgsmålet om forældreinddragelse: Cirka halvdelen mente, at forældrene ikke burde deltage i det tværfaglige samarbejde, mens den anden halvdel mente, at forældrene burde deltage.

Både børn og forældre har på en række områder krav på inddragelse, når de kommer i forbindelse med de offentlige myndigheder. Flere undersøgelser viser, at med hensyn til udsatte børn og deres forældre, er det afgørende for indsatsen, at både børn og forældre kan komme til orde og gøre sig gældende i samarbejdet med de mange professionelle. Birgitte Zeeberg henviser til undersøgelser, som viser de forskellige dilemmaer i samarbejdet set fra både familiens og de professionelle side. Dilemmaet for familien kan bestå i, at det på den ene side kan være en fuldtidsbeskæftigelse at skulle mødes og samarbejde med de professionelle omkring et barn med vanskeligheder. På den anden side er autonomi og mulighed for selvbestemmelse og kontrol over egen livssituation væsentlig for livskvaliteten. Et tankevækkende kapitel i en bog, der har praktikerne som målgruppe. Set med de øjne er travet noget ujævnt. Omkring visse kapitler er luften så tynd, at det er svært at se konturerne af praksis.

Af Hanne Lindhardt, sundhedsplejerske i Furesø Kommune.



Karen-Asta Bo, Jens Guldager og Birgitte Zeeberg (red.)

**Udsatte børn**  
– et helhedsperspektiv  
Akademisk Forlag 2008  
292 sider – 349 kr.  
ISBN 978-87-500-3978-5

## Sæt lyd på

I 2002 udgav Munksgaard ”Anatomi og fysiologi – ind under huden”, anmeldt i *Sygeplejersken* i 2005 i forbindelse med 2. udgave. Nu udgiver forlaget et supplement til bogen: 99 anatomiske kort med flotte gengivelser af illustrationerne fra bogen. Målgruppen er formodentlig den samme som bogens. Kortene er disponeret i 10 områder ligesom bogen, hver med sin farvekode: Lymfe, urinveje, sanser, kønsorganer, fordøjelse, respiration, nervesystem, kredsløb, knogler og muskler. De fleste kort er farvelagt, udmærket udarbejdet og gen-givet. Den ene side er forsynet med illustration og latinske navne, den anden side blot med illustration.

Nu kunne man fristes til at sige ”merchandise”, men faktisk er der tale om en pædagogisk set god idé, idet mange studerende har svært ved de latinske og græske navne. Her får de mulighed for i deres studiegrupper eller ved selvstudium at tilegne sig navnene med et moment af leg. Illustrationerne er kendte, hvis man har læst bogen, og træningen i fagterminologien ligger lige for, dog følger den anvendte terminologi desværre ikke bogen slavisk (f.eks. vesica bilians.)

Der er mange kort vedrørende bevægeapparatet, flere kort kunne med fordel indeholde flere oplysninger på

samme kort, så der kunne blive plads til kort, som jeg savner, f.eks.: Håndens knogler, nefronet og ventriklens anatomi. På enkelte kort er typografien for lille og dermed svært at læse: Det er nærmest umuligt at læse, om der står cornea eller comea, jeg synes, man skal anvende samme tydelige typografi på alle kort. Kortene er jo ment som en hjælp til studerende, der f.eks. har tilegnelses- eller måske læsevanskeligheder. En del studerende har desuden svært ved at udtale de fremmedartede navne. Det kunne måske anspre forlaget til at udvikle materiale til nettet eller på cd, så man kunne få udtalen med. Studerende, der studerer via fjernstudier, vil også have stor glæde af at få udtalen på plads.

Grundlæggende er udgivelsen af kortene en gevinst og et læringsmæssigt konstruktivt tiltag, men de kunne med fordel bearbejdes og raffineres. Den pædagogiske tanke bag udgivelsen er rigtig god, og mon ikke de studerende tager den positivt op, hvis prisen er overkommelig?

Af Ole Bjørke, lektor ved Professionshøjskolen Metropol, ansat ved Sygeplejerskeuddannelsen, Herlev.



**99 anatomikort**  
Munksgaard Danmark 2008  
156 kr.  
ISBN 978-87-628-0793-8

**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.

## Refleksion over rollatorernes indmarch

Juletravlhed. Vi jager rundt og køber ind efter meterlange ønskesedler. Dufte til damerne, halstørklæder til herrerne, bløde bamser til børnene. Og når alle har travlt, bliver de rigtig gamle mennesker, de seje +80-årige, synlige for dem, som tør se. De gamle mennesker kan ikke klare tempoet og forsinker dermed produktive borgere og forbrugere.

De står stille foran rulletrappen, overvejer, hvornår det er sikkert at stige på og tager tilløb for at undgå en skæv og uharmonisk himmelstigning. De betaler med dankort, men vender det på hovedet og lufter chippen i stedet for at begrave den, enkelte har glemt deres pinkode, viser det sig. Rollatorerne fylder, og stokkene falder til jorden med høje brag, mens de står i kø med kurve, hvor bunden knap er dækket. Kvinderne har taskesnoren tværs over brystet, så lomme- og tasketyve ikke har frit spil. På vej hjem hviler de på halvvåde bænke eller på det bekvemt udformede rollatorsæde for at få vejret. Når de stadigvæk kører bil, blinker de til højre, men drejer til venstre og slår en stor bue for at få vognen anbragt i en gunstig position før parkering.

De gamle er langsomme, og derfor er de usynlige. Vi ser igennem dem og lader, som om de ikke eksisterer frem for at anerkende og respektere dem for det mod, de udviser ved at begive sig ud i den kogende og uhøflige juletravlhed.

Alternativet for de travle forbrugere er at købe noget mindre og huske at tage den almene dannelse ned fra hattehylden, inden indkøbsturen starter. Tænke 40-50 år frem. Hvordan vil man gerne behandles, når ens egen rollator tur tager sin begyndelse?

Mange af de rigtig gamle modtager hjælp fra det offentlige. De er visiterede til specifikke ydelser fra rengøring over brusebad til medicindosering. Men hvor meget ved vi om dem?

Sygeplejersker har forsket i hjælp til spisning, nedre toilette, tillid og læreprocesser, men rigtig gamle, som bor hjemme, i beskyttede boliger eller på plejehjem, er der ikke fokus på. Endnu. Der må være mange områder, som trænger til belysning. Ikke med en svag lommelampe, men med en projektør af de store. For i sundhedssektoren er vi mestre i at regne andre menneskers behov ud, men det er vel en mulighed, at der ikke er overensstemmelse mellem de behov, vi tillægger de gamle, og de behov, de selv ville formulere, hvis de blev spurgt.

Alle de gamle har en historie, vi kan spørge til som en start. De har levet så længe, at der er mange beretninger, fortællinger og minder i hjerneboksen, og hvis vi giver lov, slipper de gamle gerne ordene løs. Og det er underholdende. Ikke på ha-ha-måden, men på aha-måden. Det giver bunker af viden om, hvad plejen til den enkelte skal indeholde for at være optimal.

Derfor et hib til primærsektoren. Der må gang i flere projekter derude i det kommunale land. Hvorfor er det udelukkende universitetshospitalernes sygeplejersker, som render med de gode idéer, realiserer dem og får publiceret undersøgelser og forskning? Der må være basis for meget mere i kommunerne, specielt nu hvor de er blevet større.

Ansættelse af udviklingssygeplejersker med akademisk baggrund, sygeplejesymposier, forskningsgrupper og journal clubs er velkendte måder at gøre et fagligt miljø på, men det kan være, der kan opfindes andre og bedre måder at sætte fut i forskningen på.

Rollatorgenerationen kræver det ikke, men har krav på forskning, der binder ny viden til praksis. Tag handsken op, derude.

*jb@dsr.dk*

**"Sygeplejersker har forsket i hjælp til spisning, nedre toilette, tillid og læreprocesser, men gamle, som bor hjemme, i beskyttede boliger eller på plejehjem, er der ikke fokus på. Endnu."**