

LOKKET TIL DANMARK AF FALSKE JOBLØFTER • KOM I GANG MED MINI-MTV

SYGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR. 17 » 18. SEPTEMBER 2009 » 109. ÅRGANG

KORT NYT

**Fyret under
barselsorlov**

Emblemer til salg

**Sygeplejerske ny
formand for Læger
uden Grænser**

NY FORMAND FOR DSR

**VI SKAL GENVINDE
VORES GAMLE STYRKE**

FAG: KAMPEN FOR ET MENINGSFYLDT LIV

Til dine patienter med primær hyperkolesterolemie eller kombineret dyslipidæmi



Ved risici fra flere sider, tilføj en tresporet lipidbehandling.

NY TREDAPTIVE®*

**Sænker LDL-C
Sænker TG
Øger HDL-C¹**

**NY
Tredaptive®***
(Nikotinsyre/laropirant, MSD)
modified-release tablets

Præparatbeskrivelse

TREDAPTIVE®* (nikotinsyre/laropirant, MSD)

(▼) **INDIKATION:** TREDAPTIVE er indiceret til behandling af dyslipidæmi, især hos patienter med kombineret dyslipidæmi og hos patienter med primær hyperkolesterolemie. TREDAPTIVE bør anvendes sammen med statiner, når den kolesterolsænkende effekt af monoterapi med statiner er utilstrækkelig.

(▼) **LÆGEMIDDELFORM OG DOSERING:** Tabletter med modificeret udløsning, 1000 mg/20 mg. Startdosis: 1 tablet én gang dagligt. Efter fire uger bør dosis øges til en vedligeholdelsesdosis på to tabletter én gang dagligt (2000 mg/40 mg). Bør tages p.o. sammen med mad, om aftenen eller ved sengetid. Samtidig indtagelse af alkohol eller varme drikke kan forstærke flushingeffekten.

KONTRAINDIKATIONER: Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller et eller flere af hjælpestofferne. Signifikant eller uforklarlig leverinsufficiens. Aktivt ulcus pepticum. Arteriel blødning.

(▼) **INTERAKTION:** Forsigtighed bør udvises ved samtidig indtagelse af ganglieblorende stoffer, vasoaktive lægemidler (såsom nitrater, calciumkanalblokkere og adrenerge receptorblokkere), midazolam og galdesyrebindende lægemidler.

(▼) **GRAVIDITET OG AMNING:** Bør ikke anvendes.

(▼) **BIVIRKNINGER OG RISICI:** Samlede bivirkninger ved TREDAPTIVE: Meget almindelige (>1/10): Flushing. Almindelige (>1/100, <1/10): Svimmelhed, hovedpine, paræstesi, diarré, dyspepsi, kvalme, opkastning, erytherma, pruritus, udslæt, urticaria, varmekølelse, stigninger i ALAT og/eller ASAT, fasteglucose, urinsyre. Ikke almindelige (>1/1000, <1/100): Stigninger i CK, totalt bilirubin, fald i fosfor og antal blodplader, hypersensitivetsreaktioner inklusive angioødem, dyspnø, forhøjet blodtryk, hævede læber og ben, brændende fornemmelse, takykardi, bevidsthedstab, rysten, kuldegysninger. Nikotinsyrerelaterede bivirkninger:

www.univadis.dk

Hyppighed ukendt: Atrieflimren og andre hjertearytmier, palpitationer, takykardi, migræne, synkope, cystisk makulært ødem, toksisk amblyopi, dyspnø, mavesmerter, ødem i munden, opstød, ulcus pepticum, acanthosis nigricans, tør hud, hyperpigmentering, makulært udslæt, svedtendens (natte- eller koldsved), vesikulært udslæt, muskelsvaghed, myalgi, nedsat glucosetolerans, urinsur gigt, rhinitis, (ortostatisk) hypotension, asteni, kuldegysninger, ansigtsødem, generaliseret/perifer ødem, smerter, angioødem, type I-hypersensitivitet, icterus, angst, søvnløshed. Risici: Forsigtighed bør udvises hos fig. patientgrupper: Lever-, nyreinsufficiens, akut koronar syndrom, diabetikere.

PAKNINGER OG PRISER: Der henvises til dagsaktuelle priser på medicinpriser.dk (AUP, september 2009 inkl. recepturgebyr): Vnr. 150539, 28 stk. kr. 216,65; Vnr. 150550, 56 stk. kr. 412,90; Vnr. 028177, 196 stk. (2x98 stk.) kr. 1.399,15.

UDLEVERING: B.

TILSKUD: Generelt klausuleret tilskud.

INDEHAVER AF MARKEDSFØRINGSTILLADELSEN:

Merck Sharp & Dohme, dkmail@merck.com.

Baseret på produktresumé dateret: 16.10.2008

© Copyright MSD 2009

*Varemærke registreret af Merck & Co. Inc., Whitehouse Station, N.J., USA

(▼) Afsnit omskrive og/eller forkortede i forhold til EMEAs godkendte produktresumé, som vederlagsfrit kan rekvireres fra MSD.

Se venligst EMEAs godkendte produktresumé inden receptudskrivelse

www.tredaptive.dk

Reference1: EMEAs godkendte produktresumé for TREDAPTIVE®* (Nikotinsyre/laropirant, MSD)



September 2009 07-2010-CVT-09-DK-001-J



Stress er et modeord og et vink med en vognstang

Det sidste skal tages alvorligt

Din stress skal blandt andet løses gennem
en ærlig snak med dine kollegaer og din chef.
Få materiale og hent mere viden om stress og trivsel på



 Videncenter for
ARBEJDSMILJØ
arbejdsmiljoviden.dk/trivsel

DET KAN DU LÆSE I DETTE NUMMER AF SYGEPLEJERSKEN:

20 Filippinske sygeplejersker fik knust deres jobdrømme

Det danske rekrutteringsbureau Scandinavian Nursing Bureau hjalp tre filippinske sygeplejersker til Danmark. I dag er de alle tre havnet i bundløs gæld, og de har ikke fået det arbejde, de havde håbet på.

24 Mød din nye formand

Sygeplejerskerne har stemt, og valget af ny formand faldt på Grete Christensen. Læs hvad der er hendes første prioritet som ny formand, og hvordan hun vil sikre fornyelse i Dansk Sygeplejeråd.

**FORMANDSVALG
2009**

30 På job: Hun har selv formet jobbet i lægehuset

Konsultationssygeplejerske Susanne Malmstrøm og hendes kolleger har over årene fundet flere og flere områder, hvor de kan aflaste lægerne og få et selvstændigt ansvar.

34 Mit holdepunkt: Meninger – det er da noget, man siger højt!

Judit Kyed Jensen, der er formand for de Sygeplejestuderendes Landssammenslutning, SLS, synes, det er synd, at så mange unge i hendes generation ikke er rigtig bevidste om, hvor vigtigt det er med en stærk fagforening. Det vil hun gerne have lavet om på.

37 Red patienten fra at drukne i information

Lad være med at oversvømme patienterne med skriftlig information. Fortæl kun det nødvendige, og gør det kort. Se hvordan.

38 Der er brug for dig

Det kan nås endnu! Alle aktive medlemmer af Dansk Sygeplejeråd kan senest ved udgangen af september stille op til organisationens kredsbestyrelser. 158 tillidsposter er på valg.

Månedens gode råd

LÆS SÅDAN SIDE 33



Kom i gang med mini-MTV

Nye madrasser, anderledes sårpleje eller ny patientuddannelse. Kan det betale sig? Medicinsk teknologivurdering, MTV, er et vigtigt værktøj, når der skal prioriteres i sundhedsvæsenet, men endnu er der kun få sygeplejersker, der er involveret i eller har taget initiativ til udarbejdelse af en mini-MTV. Læs, hvordan du kan komme i gang med at skaffe evidens for ny sygepleje.

LÆS SIDE 28



>>> FAG

Find ny mening med livet

Når det næsten ubærlige sker, f.eks. en ulykke, der involverer svære kvæstelser, efterfølgende fysiske begrænsninger og afhængighed af andre, kan det være mere end svært at finde en ny mening med livet. Og netop hjælpen til dette er en af sygeplejens centrale kerner. Et ph.d.-studie viser nu, hvorledes sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelles holdninger og handlinger påvirker rygmarvsskadede patienters kamp med at komme videre med livet gennem den lange rehabiliteringsproces. Studiet viser, at de professionelle i værste fald, trods deres intentioner, påvirker den rygmarvsskadedes situation og proces negativt.

LÆS SIDE 48

”Det overgås lidt senere, da en anden ønsker at være i centrum og uden blusel beretter om, hvordan skuespilleren P netop har fået sin tredje abort. Jeg siger ikke noget . . . de andre tilstedeværende gør heller ikke. Men hvorfor denne fejhed i nuet?”

LÆS 5 FAGLIGE MINUTTER SIDE 64

54 Medinddragelse i egen pleje og behandling – fra retorik til realiteter

Det er nødvendigt at få skabt klarhed over, hvad medinddragelse i egen pleje og behandling konkret betyder.



”Ubærligt, ekstra sørgeligt, at de under hospitalsopholdet og så møder personale, som er inkompetent og galvaniseret. Anna konkluderer, at en god læge og sygeplejerske er et menneske, der tør investere sig selv.”

LÆS ANMELDELSERNE SIDE 60

I HVERT NUMMER

- 6 Eftertanker
- 6 Kort nyt
- 41 Dansk Sygeplejeråd mener
- 42 Debat
- 46 Fagtanker
- 46 Faglig information
- 47 Resuméer
- 53 Agenda
- 59 Testen
- 60 Anmeldelser
- 64 5 faglige minutter
- 65 Stillingsannoncer
- 76 Kurser/Møder/Meddelelser

FORSIDEFOTO: SIMON KNUDSEN

www.sygeplejersken.dk

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



Om at skrive i datid, før det egentlig er sket

Kære læser.

Når du sidder med dette blad i hånden, har Dansk Sygeplejeråd haft en ny formand i knap en uge – eller mere, hvis du mod forventning ikke læser *Sygeplejersken* og min lille klumme den første dag, du modtager det.

Det pudsige er bare, at formandsvalget er afgjort, når bladet lander i din postkasse, men jeg sidder faktisk og skriver denne klumme, fire dage før afgørelsen falder den 14. september kl. 14. Så i skrivende stund, som det hedder, ved jeg ikke, hvem af de to kandidater, der har vundet.

Det er skønheden ved at lave fagblad, som det her – vi er ikke altid først med det sidste i *Sygeplejersken* – så langtfra.

Faktisk skriver jeg denne klumme om onsdagen – ni dage før vi udkommer.

Andre artikler i dette blad er skrevet og lavet færdige langt tidligere.

Alligevel har vi sørget for, at du med dette blad har historien om resultatet af formandsvalget. Det kunne vi godt nå – med det alleryderste af fingerspidserne i løbet af mandag den 14. september.

Men det betyder samtidig, at vi har andre artikler i *Sygeplejersken*, hvor vi har talt med de to kandidater, Grete Christensen og Irene Hesselberg, mens de var hhv. fungerende formand og formand for Lederforeningen, og i artiklerne optræder de derfor med de titler. Men sådan var det, da vi talte med dem tidligere. Det er selvfølgelig lidt forvirrende, men ikke desto mindre logisk, når man ved, hvor lang tid det tager at skrive, trykke og udsende et fagblad som *Sygeplejersken*.

God læselyst og husk, at vi har endnu mere om valget på www.dsr.dk



Sigurd Nissen-Petersen,
chefredaktør
snp@dsr.dk



KVALIFICERET,

AF MARIA JØRVAD, JOURNALIST • FOTO: SIMON KNUDSEN

Medlemsdemokrati. Positive reaktioner på valget af Grete Christensen som DSR's nye formand. Flere end fire ud af 10 medlemmer deltog i afstemningen.

Efter en månedlang valgkamp blev det mandag den 14. september kl. 14 afgjort, hvem der skal stå i spidsen for sygeplejerskerne de næste tre år som ny formand for Dansk Sygeplejeråd. Det skete ved et pressemøde på DSR's hovedkontor i København under lyslamper og opbud af bl.a. journalister og fotografer. Her kunne direktør Kirsten Kenneth Larsen offentliggøre, at Grete Christensen fortsætter i spidsen for sygeplejerskerne som ny formand direkte valgt af medlemmerne med et 50,8 pct af stemmerne.

Lydhør over for modkandidaten

Ud af knap 60.000 stemmeberettigede sygeplejersker havde 42,7 pct. valgt at stemme. Grete Christensen, som under hele valgkampen har slået et slag for, at Dansk Sygeplejeråd er medlemmerne, takkede efter sin sejr for valget og for kampen:

"Medlemmerne har talt, og jeg har fået medlemmernes opbakning til, at det er mig, der står i spidsen for Dansk Sygeplejeråd de næste tre år."

Hun sendte en tak til sin modstander gennem valgkampen, Irene Hesselberg, som fik 47,3 pct. af stemmerne, og erklærede, at hun vil gå til opgaven med ydmyghed og lytte til sin modkandidats budskaber.

Knus fra Bent Hansen

Blandt Dansk Sygeplejeråds tætte samarbejdspartnere lød der et tillykke til Grete Christensen. Bent Hansen, formand for Danske Regioner, glæder sig på den nye formands vegne:

"Et rigtig, rigtig stort tillykke og et knus på afstand," lød det først og fremmest fra Bent Hansen.

"Jeg kender hende gennem et mangeårigt samarbejde som en kvalificeret, dygtig og seriøs organisationskvinde, så jeg glæder mig til samarbejdet med hende på en lang række fronter, og derfor er jeg sikker på, at vi kan nå mange gode ting sammen i forhold til at udvikle sundhedsområdet."

Også i Sundhedskartellet var der lykønskninger fra fungerende formand Johnny Kuhr:

"Først og fremmest tillykke til Grete for et resultat oven på en ny demokratisk proces i Dansk Sygeplejeråd, urafstemning blandt samtlige medlemmer. Jeg synes, at det er rigtig flot, at der har været

DYGTIG OG AMBITIØS VINDER



Grete Christensen (tv.) vandt kampen om at blive formand for Dansk Sygeplejeråd. Hendes modkandidat, Irene Hesselberg, var den første til at ønske tillykke med resultatet og overrakte en cykelhjelm til den nyvalgte formand.

en stemmeprocent på 42,7. Jeg glæder mig meget til at samarbejde med Grete.”

En anden nær samarbejdspartner er FTF, hvor formand Bente Sorgenfrey ser frem til et fortsat samarbejde:

”FTF har haft et godt samarbejde, og jeg har haft et godt samarbejde med Grete, så det ser jeg frem til at fortsætte med hende som formand for Dansk Sygeplejeråd.”

Glæde i egne rækker

I Dansk Sygeplejeråds kredse er der stor opbakning til den nye formand.

”Jeg er glad for, at Grete vandt. Hun har det kendskab til organisationen, der

gør, at hun bedst kan få os fremad herfra. Samtidig vil jeg så også sige, at Irene har fået et utrolig godt valg. Og det synes jeg lægger op til, at vi alle sammen, og også Grete, skal have øje for, hvordan man så er formand for alle sygeplejersker i Dansk Sygeplejeråd. Det, der umiddelbart kan se ud som en splittelse, ligger der en stor opgave i at få vendt, så vi er en samlet organisation,” lyder det fra Anni Pilgaard, formand i Kreds Syddanmark.

I Kreds Sjælland, som er geografisk hjemstavn for begge formandskandidater, er der også glæde over resultatet.

”Det er jeg rigtig godt tilfreds med. Jeg er overbevist om, at Grete med de kom-

petencer og den personlighed, hun har, er kvinden, der både kan forny Dansk Sygeplejeråd og fastholde det værdifulde i vores fællesskab,” siger Helle Dirksen, formand for Kreds Sjælland i Dansk Sygeplejeråd.

Læs også interview side 24-25.

mjo@dsr.dk

På www.dsr.dk findes video fra dagen, hvor resultatet af formandsvalget blev offentliggjort. Her findes også en detaljeret oversigt over fordelingen af stemmerne i de enkelte regioner.

DSR-kritik Special- uddannelse syltes

Specialuddannelse i kræftsygepleje går som aftalt i gang i Vestdanmark pr. 1. oktober, men ikke i hovedstadsregionen. Det får nu Dansk Sygeplejeråds Kreds Hovedstaden til at reagere over for regionsformand Vibeke Storm Rasmussen (S), Region Hovedstaden.

"Vi har fået den tilbagemelding fra regionens administrative system, at regionen også mener, det er vigtigt at komme i gang med uddannelsen. Der er afsat penge til skoledelen, men ikke til hospitalernes udgifter med at sende personale på uddannelse, lønudgifter og vikardækning. Derfor kommer specialuddannelsen ikke i gang, og det er vi ikke tilfredse med," siger Dansk Sygeplejeråds kredsformand Vibeke Westh. Hun tilføjer, at Region Hovedstaden henviser specialuddannelsen til planlægningen af budget 2010 med den tilføjelse, at dette budget skal lægges inden for en ganske stram ramme.

"Vi mener ikke, det er rimeligt, at der ikke sker mere med specialuddannelse i kræftsygepleje, når meningen med trepartsaftalen var, at der skulle ske en kvalitetsforbedring for patienterne også på denne måde," siger Vibeke Westh. Også formanden for kræftsygeplejerskernes faglige selskab, Birgitte Grube, kritiserer, at specialuddannelsen ikke kommer i gang i hovedstadsregionen på trods af den indgåede aftale. (sp)

Interne vikarer uden tvang

Forhandlinger mellem Dansk Sygeplejeråds Kreds Syddanmark og ledelsen på Odense Universitets Hospital (OUH) førte torsdag i sidste uge til, at en intern sygeplejerskevikarafdeling oprettes helt på frivillig basis og altså uden tvang, sådan som det ellers fremgik af det første udspil fra ledelsen. Forhandlinger om de tilknyttede sygeplejerskers løn- og ansættelsesvilkår har fundet sted efter redaktionens slutning. Dansk Sygeplejeråds kredsformand i Syddanmark, Anni Pilgaard, udtrykker stor tilfredshed med, at vikarafdelingen nu etableres på frivillig basis. Derimod tager Dansk Sygeplejeråd afstand fra, at OUH's ledelse fortsat vil tvinge personalet til afspadsring uden at nedbringe aktivitetsniveauet. Ledelsen kalder denne beslutning for en bunden opgave pga. hospitalets budgetproblemer.

"Det er klart i modstrid med Region Syddanmarks overordnede personalepolitik," siger Anni Pilgaard, som nu understreger det vigtige i at understøtte de lokale MED-udvalg, hvor konflikt mellem personaleressourcer og aktivitetsniveau skal tages op. Denne konflikt kan vise sig meget forskellig fra område til område, tilføjer Anni Pilgaard.

Vikarafdelingen skal først etableres fra den 1. januar 2010. Oprindeligt var det planen, at afdelingen skulle stå klar fra den 1. november i år. (sp)



Emblem til salg

AF SUSANNE BLOCH KJELDSEN, JOURNALIST

Tilhører DSR. I flere tilfælde har sælgere forsøgt at afsætte emblemer på online-auktionssiden QXL. Det er forbudt, for emblemerne tilhører Dansk Sygeplejeråd.

"Nydelig sygeplejerskenål. Sikkerhedsnål er intakt på bagsiden, mærket er fejlfrit, ingen revner eller slag på bagsiden." Sådan lyder beskrivelsen på det emblem, der var til salg på QXL i begyndelsen af september. Og det er ikke første gang, en sælger på QXL har haft et sygeplejerskeemblem til salg. Det skete også i juli måned. Dengang blev auktionen stoppet, og QXL besluttede at sætte emblemet på listen over varer, som ikke lovligt kan sælges på auktionen. Men alligevel er endnu et sygeplejerskeemblem til salg altså undsluppet QXL's opmærksomhed. Prisen på det seneste emblem til salg nåede aldrig op over mindsteprisen på 25 kr., før salget blev stoppet af QXL.

"Det er en principiel sag for os, at vi vil have emblemerne tilbage, fordi det er Dansk Sygeplejeråds ejendom. Det er ulovligt at sælge dem, da man ikke har ejendomsretten over emblemet," siger jurist og chefkonsulent i Dansk Sygeplejeråd, Anne Hjortskov.

Går rettens vej

QXL må ikke oplyse navne på købere og sælgere, medmindre

der foreligger en dommerkendelse, og Dansk Sygeplejeråd forsøger nu med rettens hjælp at få emblemerne igen.

Alle medlemmer af Dansk Sygeplejeråd får et emblem med medlemsnummeret indgraveret. Men emblemet er kun til låns. Alle emblemer er mærket på bagsiden med "Tilhører DSR", og det står udtrykkeligt på æskerne, at emblemerne skal leveres tilbage ved udmeldelse eller ved dødsfald. Mister man sit emblem, kan man betale for at få udleveret et erstatningsemblem.

»»» NÅR EMBLEMET RYGER MED VASKETØJET

Hvert år mister et par hundrede sygeplejersker deres emblemer, typisk ved at det ryger med vasketøjet. En del emblemer kommer retur til Dansk Sygeplejeråd fra vaskerierne og bliver derefter sendt tilbage til medlemmet. Det sker i få tilfælde, at emblemer bliver stjålet.

Et nyt erstatningsemblem koster 250 kr., men for den halve pris kan man få et brugt emblem, som er blevet omgraveret.

Fyret under barselsorlov

AF NANA VOGELBEIN, JOURNALIST

Uenighed. Da sygeplejerske Kirsten Erck bliver fyret under sin barselsorlov, skønner Dansk Sygeplejeråds jurister, at ligebehandlingsloven er overtrådt. Selvom arbejdsgiveren ikke er enig, bliver afskedigelsen trukket tilbage.

Sygeplejerske og klinisk sygeplejevejleder Kirsten Erck har arbejdet på Rigshospitalets Neurocenter gennem en årrække og ved, at økonomien er trængt. Da hun midt i sin barselsorlov i sommeren 2009 bliver kaldt til samtale af sin oversygeplejerske, er hun klar over, hvad der skal ske. Kirsten Erck opfordres nemlig til at tage en bisidder med til samtalen, hvor også hospitalets personalechef vil være til stede.

"Jeg var ikke i tvivl om, at jeg skulle fy-

res. Jeg har været vidne til mange spare-runder, og nu var turen altså nået til mig. Når der skal spares, er det ofte de stillinger, der har med uddannelse og udvikling at gøre, som i panik skæres væk," siger Kirsten Erck.

Kan ikke tage imod tilbud

Til samtalen lyder beskeden, at Kirsten Ercks stilling skal nedlægges som led i Neurocentrets budgetbesparelser. Hun tilbydes fem måneders fratrædelse og omplacering til en basisstilling som intensivsygeplejerske, et tilbud Kirsten Erck ikke kan tage imod.

"Jeg er enlig mor med to små børn, og derfor kan jeg umuligt arbejde i skiftende vagter. Det ved afdelingsledelsen, og der-

for ved de også, at jeg ikke vil takke ja til stillingen. Selvom jeg ikke opfattede afskedigelsen som en personlig aktion mod mig, er det aldrig rart at blive fyret," forklarer Kirsten Erck.

Efter Kirsten Ercks afskedigelse kontakter Dansk Sygeplejeråd (DSR) Rigshospitalet. Juristerne mener, at der er sket et brud på ligebehandlingsloven, da det er sandsynligt, at fyringen er begrundet i sygeplejerskens barselsorlov. Personaleafdelingen på Rigshospitalet gennemgår sagen på ny, og efter en måneds tid trækkes afskedigelsen tilbage.

Riget: Vi har ikke brudt loven

Rigshospitalet mener dog ikke, det har handlet ulovligt, og i et brev til Kirsten Erck hedder det bl.a.: "Det er fortsat Rigshospitalets opfattelse, at den varslede stillingsnedlæggelse som følge af besparelser ikke er begrundet i din udnyttelse af retten til at holde barselsorlov. Ud fra en samlet vurdering af sagen har Rigshospitalet, Neurocentret, imidlertid besluttet alligevel ikke at nedlægge din stilling som tidligere varslet."

Brug din fagforening

Kirsten Erck er usikker på, hvad fremtiden bringer. Hun ved, der er en risiko for, at hun bliver fyret igen, når barselsorloven er overstået, men hun er glad for den bistand, DSR har ydet. Brug din fagforening, lyder opfordringen derfor fra sygeplejersken.

"Jeg kan kun opfordre DSR-medlemmer, der kommer i en lignende situation, til at kontakte fagforeningens jurister. De hjalp mig, og de kan også hjælpe andre," fastslår Kirsten Erck.

Sygeplejersken har i forbindelse med denne artikel kontaktet Rigshospitalet, men hospitalet ønsker ikke at kommentere sagen yderligere.



ARKIVFOTO: SCANPIX

"Hvis arbejdsgiverne bare lægger armene over kors, henviser til krisen og afviser reallønsfremgang, så leger de med ilden. Vores medlemmer har ikke glemt, at den offentlige sektor fik gode lønstigninger i 2008, nu er det de privates tur."

Formand for HK/Privat Karin Retvig.

www.aminojern.dk • tlf 39 617 618

PRØV LAVEST EFFEKTIVE DOSIS



AminoJern tilbyder:

- Høj biotilgængelighed*
- Uden mavegener
- Vegetabilsk produkt
- 1 tablet dagligt

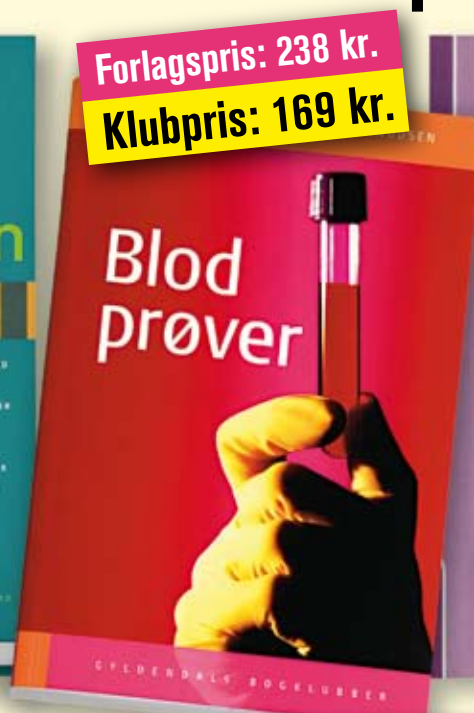
*Journal of Applied Nutrition, vol. 46, numbers 1 & 2, 1994, Oscar Pineda, DeWayne Ashmead, et al.
Effectiveness of Amino Acid Chelate on the Treatment of Iron Deficiency Anemia in Adolescents

pharmoital

Bogklubben for Sundhedsprofessionelle



Forlagspris: 398 kr.
Klubpris: 299 kr.



Forlagspris: 238 kr.
Klubpris: 169 kr.



Forlagspris: 218 kr.
Klubpris: 129 kr.

Køb dine sundhedsfaglige bøger på

www.sundhedsprof.dk

Helle Juhl (th.) og Stine Svendsen er begge langtidsindlagte barselspatienter, som mener, at det vil være godt at få mulighed for at chatte med sygeplejerske og jordemoder under indlæggelsen.



FOTO: THORKILD AMIDI CHRISTENSEN

Chat med din sygeplejerske under indlæggelse

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST

Fagre nye verden. *Hospitalet over hele landet har afprøvet, hvordan teknologi som f.eks. lydbøger, faglig information, chat og webcam kan forbedre indlæggelsen for især langtidsindlagte barsels- og svangrepatienter og unge kræftpatienter.*

For 30-årige Helle Juhl er tiden lang. Hun er indlagt på Rigshospitalets barselsafdeling pga. en kompliceret graviditet med tvillinger i uge 20, og hun er nødt til at være sengeliggende stort set hele tiden. I uge 36 fra den 31. august til den 4. september deltog hun i et projekt "En dosis kultur", hvor hun fik tilbud om adgang til en særlig hjemmeside med emner specielt målrettet forældre. Hun kunne se film om graviditet, nyfødte og hospitalsfødsler. Men hun kunne også se spillefilm og tv-programmer og lytte til lydbøger og livekoncerter fra Århus Festuge. Derudover

havde hun mulighed for at chatte online med en sygeplejerske og en jordemoder fra Obstetrisk Klinik i tidsrummet kl. 15-17.

"Jeg er interesseret i ekspertviden, der handler om de uger af graviditeten, som jeg er i lige nu. Jeg har f.eks. ikke lyst til at se film om fødsler. Chat med sygeplejerske og jordemoder er en god idé, men så skal forsøget køre længere end en uge, for man skal lige have tid til at vænne sig til det og blive klar på, hvad man egentlig vil spørge om," siger Helle Juul, som har prøvet at stille spørgsmål på chatten om plukkeveer.

Spis aftensmad sammen via webcam

Projektet "En dosis fremtid" er et samarbejde mellem mange forskellige aktører: Danmarks Radio, Århus Festuge, Århus Universitetshospital Skejby, Århus Sygehus, Herlev Hospital, Odense Universitets-

hospital og Rigshospitalet. Formålet er at undersøge, hvordan nutidens og fremtidens teknologi kan forbedre indlæggelsen for patienter, pårørende og plejepersonale. En række af hospitalerne afprøver muligheden for at være sammen med familien via webcam både hjemme og på hospitalet. På den måde kan en mor, der er indlagt, sige godnat og godmorgen til familien og børnene hjemme og spise aftensmad sammen med dem via webcam.

Projektet skal evalueres ved hjælp af spørgeskemaer og kvalitative interview med personale og patienter for at samle ny viden om digitale muligheder på fremtidens hospital.

Læs mere om projektet på www.dr.dk/endosis

Virksomhed konkurs

Virksomheden PhaseOneTrials A/S, Hvidovre, er erklæret konkurs.

Dansk Sygeplejeråd anmoder alle medlemmer, som har været beskæftiget i virksomheden, og som har tilgodehavender i form af løn, feriepenge eller andet, om at kontakte Dansk Sygeplejeråds juridiske afdeling på telefon 3315 1555.

Vidste du at ...

... alene sygefravær pga. overvægt koster det danske samfund over 1,6 mia. kr. om året?

Kilde: Adipositasforeningen.

Få bedre råd

Tegner du en Studieforsikring, donerer BAUTA 100 kr.* til ICN projekterne. Anbefalet af Sygeplejestuderendes Landsammenslutning



Med en Studieforsikring i BAUTA er du sikret til lav pris

Studieforsikringen omfatter

- Indboforsikring
- Rejseforsikring Verden inkl. afbestillingsforsikring
- Ulykkesforsikring

Prisen for Studieforsikringen er 328-424 kr. pr. kvartal (indeks 2009) alt efter, hvor du bor. Spar 8 % ved at betale én gang om året.

> Har du en Studieforsikring i BAUTA, kan du få 25 % studierabat på Bil-, Motorcykel- og Knallertforsikring <



BAUTA FORSIKRING A/S

www.lb.dk - Tlf.: 3315 1545

* BAUTA donerer i perioden 1. august 2009 til og med 31. december 2009, 100 kr. for hver Studieforsikring, der bliver tegnet i BAUTA

Har vi ligestilling?

AF TINE BENDIXEN, JOURNALIST • FOTO: SØREN BIDSTRUP

Kommunikationsrådgiver og livsstilscommentator i tv-programmet "Kender du typen", Christine Feldthaus:

"Selvfølgelig skal vi have lige løn for lige arbejde. Ellers bliver det kvinderne, der ofrer karrieren for familien. Desuden: Vi har et kraftigt voksende singlemarked, og vi har skilsmisseprocenter og eneforsørgende kvinder med børn. Så det er ikke ligefrem, fordi kvinder skal klare mindre, vel?"

Jeg har selv været ligestillet i mine job, men kun fordi jeg er mere mand end kvinde. Vi har et kønsopdelt arbejdsmarked, vi er nødt til at kæmpe på mændenes præmisser. Kun meget stærke "alfahan"-kvinder er ligestillede. Stine Bosse. Lisbeth Knudsen. Kvinder, der har forstået, at man afgiver noget af sin kvindelighed for ligestilling. Østrogentunge og sociale kvinder magter ikke kampen om pengene og magten.

Ligestilling på arbejdsmarkedet får vi først, når vi har skabt det i hjemmene, hvor 70 pct. af kvinderne føler sig alene om ansvaret og samtidig har svært ved at slippe det. Glem hjemmechef-rollen! Karrieremuligheder koster.

Lige nu søger masser af mennesker tilbage i ly i offentlige job på grund af recessionen. Er det så fair, at de skal arbejde til en lavere løn for den tryghed? Ikke på den korte bane, men det er markedsvilkårene. På den anden side: Vi ønsker at være foregangsnation på uddannelse og sundhed, men halter bagud lønmæssigt på de samme områder. Ubegribeligt. Det trækker ikke moderne mennesker til de fag, som ender med kun at rumme idealister."

Hvis du var ligestillingsminister?

"Så ville jeg skabe en familiepolitik, som ligestillede mænd og kvinder i hjemmet. Kigge på børnepasning, barsel og fleksibelt arbejdsmarked. Vi er nødt til at få klarhed over, hvordan vi deler pligterne i hele vores liv.

PS: Og så må vi gifte os med nogle skønne, søde mænd. Hold dig fra neandertalernerne!"



Politisk aktive sygeplejersker

Den 17. november 2009 er der valg til de danske kommunalbestyrelser og regionsråd. Men hvem skal man stemme på? Og hvilke spørgsmål er vigtige at stille i dialogen med politikerne?

Et godt sted at starte er DSR's nye side om kommunal- og regionsrådsvalg. På siden kan du se de sygeplejersker, der har gjort opmærksom på, at de stiller op til kommunal- og regionsrådsvalg. Du kan finde skarpe spørgsmål, som du kan tage med til valgmøder med kommunal- og regionsrådspolitikerne. Siden giver også politikerne mulighed for at debattere – både med hinanden og med DSR's medlemmer.

Du kan se DSR's side om kommunal- og regionsrådsvalg på www.dsr.dk/kv09 eller www.dsr.dk/rv09

Moderne at stemme digitalt

Ved formandsvalget har mange af DSR's medlemmer sparet turen til postkassen og i stedet afgivet deres stemme digitalt via mail eller sms.

Nåede du ikke med på den digitale bølge i denne omgang, har du chancen ved valget til kredsbestyrelserne i november. Det eneste, du skal gøre, er at opdatere din mailadresse og dit mobilnummer under "Mit DSR" på www.dsr.dk. Så modtager du et elektronisk valgkort i din mailboks samtidig med, at du får det almindelige valgkort med posten.

Køb bøger med rabat

Det er studiestart, og der er igen gang i salget af studiebooks fra "DSR udgivelser". For øjeblikket er det "ICN – Sygeplejers grundlæggende principper", der er mest populær blandt de studerende. Og der er penge at spare ved at købe bøger gennem DSR – både som almindeligt medlem og som studerende. Medlemmer får rabat på både DSR's egne udgivelser og pjecer. Studerende får 10 pct. på alle lærebøger. *Se alle bøger, pjecer og udgivelser på www.dsr.dk/udgivelser*

Vidste du at ...

... 97 pct. af de danske konsultationssygeplejersker dagligt har selvstændige konsultationer? De sidste 3 pct. har selvstændige konsultationer hver uge.

Kilde: DSR Analyse.

Vidste du at ...

... 68 pct. af de danske konsultationssygeplejersker selvstændigt udreder og iværksætter behandlinger for infektioner?

Kilde: DSR Analyse.



Information om seniorordninger

Ved OK 08 blev der indgået aftaler om ret til seniorordning for sygeplejersker fra 60 år på det regionale og kommunale område samt fra 62 år på det statslige område. Ordningerne er gældende i denne overenskomstperiode og udmøntes sidste gang i 2011.

Det regionale område

Sygeplejersker har ret til seniorbonus fra 1. januar året efter, de fylder 60 år. Bonussens størrelse er afhængig af alder. Bonussen kan konverteres til betalte fri-/seniordage, ekstraordinær pensionsindbetaling eller selvvalgt kompetenceudviklingsforløb.

Hvis du ønsker at konvertere din seniorbonus i 2010, skal du give din arbejdsgiver besked senest den 1. oktober 2009. Det samme gælder, hvis du var omfattet af ordningen i 2009 og ønsker at ændre dit valg for 2010.

Det kommunale område

Sygeplejersker har ret til seniordage fra det år, de fylder 60 år. Antallet af dage er afhængig af alder. Seniordagene kan konverteres til seniorbonus eller ekstraordinær pensionsindbetaling.

Hvis du ønsker at konvertere dine seniordage i 2010, skal du give din arbejdsgiver besked senest den 1. oktober 2009. Det samme gælder, hvis du var omfattet af ordningen i 2009 og ønsker at ændre dit valg for 2010.

Det statslige område

Sygeplejersker har ret til seniorbonus fra det år, de fylder 62 år. Bonussen kan konverteres til fri-/seniordage eller ekstraordinær pensionsindbetaling.

Du skal selv give din leder besked om, at du ønsker din seniorbonus udbetalt. Det samme gælder, hvis du ønsker at konvertere bonussen. Udbetalingen sker ved den først mulige lønudbetaling, efter at du har anmodet herom.

Du kan se mere om de tre seniorordninger på www.dsr.dk



Nye uddannelsesmulig

Officielt godkendt. Mindst halvdelen af professionshøjskolerne tilbyder diplommoduler for sygeplejersker i almen praksis fra 2010.

Der er godt nyt på vej til de konsultationssygeplejersker, som ønsker mere efteruddannelse end de mange korte kurser, de hidtil har haft adgang til.

I sommer godkendte undervisningsministeriet to nye diplommoduler, målrettet til almen praksis. Og de to moduler sætter en række professionshøjskoler nu på deres program.

Det ene modul er konsultationssygepleje med fokus på kroniske patienter. Det andet er konsultationssygepleje med fokus på akutte patienter og forebyggende arbejde.

En rundringning, som Dansk Sygeplejeråds professionsafdeling har foretaget, viser, at fire af de i alt otte professionshøjskoler udbyder modulerne fra 2010, og at yderligere to har planer om at udbyde

»»» DOBBELT SÅ MANGE SYGEPLEJERSKER I LÆGEHUSE

På 10 år er antallet af sygeplejersker, der arbejder i almen praksis, fordoblet. I 1997 havde de praktiserende læger 745 sygeplejersker ansat, i 2007 var tallet 1.401.

I samme periode steg antallet af sygeplejersker hos praktiserende speciallæger og ambulatorier fra 301 til 508.

I 2007 var konsultationssygeplejersker den største gruppe blandt de privatansatte sygeplejersker. Tilsammen havde alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger ansat seks gange så mange sygeplejersker som privathospitalerne.

Kilde: Danmarks Statistik/DSR Analyse.

Aalborg Sygehus har

AF SUSANNE BLOCH KJELDSEN, JOURNALIST

Atjuuuh. En smittet borger var den direkte årsag til, at Region Nordjyllands Pandemigruppe besluttede at oprette landets første pandemihospital i en nedlagt bygning, som nu står klar til, at influenza H1N1 for alvor sætter ind.

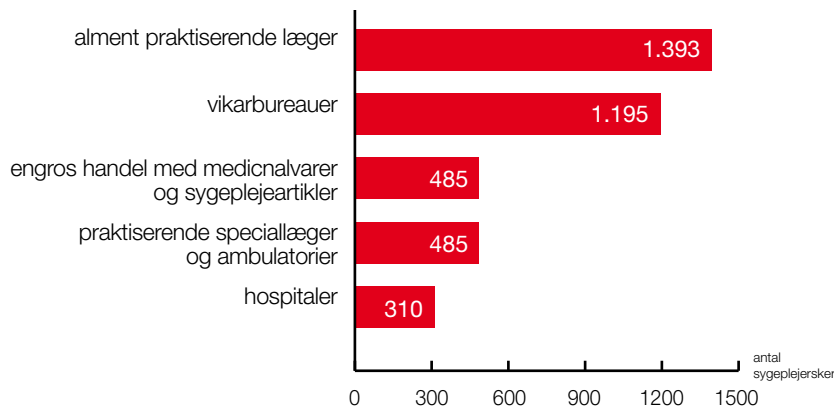
I løbet af sommerferien har Aalborg Sygehus indrettet et minihospital i en ældre bygning, der netop var blevet tømt. I dag står bygningen klar med 60 sengepladser indrettet på tre afdelinger, én til respiratorpatienter, én til observation og én afdeling til de influenzaramte.

"For langt de fleste influenzasmittede gælder, at de blot skal hjem under dynen og pleje deres sygdom. Men Pandemihospitalet er tiltænkt de mennesker, der er i særlige risikogrupper, fordi de lider af en kronisk lungesygdom eller er svækkede af anden sygdom," fortæller oversygeplejerske Elsebeth Bols, der er chef for Aalborg Sygehus' patienthotel. Derudover er hun leder af Pandemihospitalet sammen med ledende overlæge Jørn M. Møller.

Hospitalet har endnu ikke været i brug og skal først tages i

heder for konsultationssygeplejersker

))) PRIVATANSATTE SYGEPLEJERSKERS ARBEJDSPLADSER – TOP FEM



Figuren viser de fem brancher i den private sektor, der havde flest sygeplejersker ansat i november 2006. Sygeplejersker med bijob i den private sektor er ikke talt med.

Kilde: Danmarks Statistik/DSR Analyse

dem i et samarbejde. De to moduler giver ECTC-point og kan kombineres med fire andre moduler til en fuld sundhedsfaglig diplomuddannelse i professionspraksis.

Jytte Schmidt, formand for Fagligt Selskab for Konsultations- og Infirmerisygeplejersker, tager meget positivt imod de nye tilbud.

"Det er virkelig noget, der er brug for," si-

ger hun. "Vi er formentlig en af de grupper, der får mest undervisning i forvejen, men det er i høj grad i form af enkeltstående kurser."

Stort ønske om uddannelse

Mange af de yngre vil gerne have noget, der giver uddannelsespoint, og som de kan henvise til, hvis de på et tidspunkt forlader

almen praksis igen. "I dag bliver man ikke 30 år i en praksis, man bliver der måske 10, og så er det meget godt at have papir på det, man har lært," siger Jytte Schmidt.

Det store ønske om efteruddannelse blev dokumenteret i 2008, da DSR Analyse gennemførte en undersøgelse blandt konsultationssygeplejerskerne. 89 pct. havde været på kursus inden for det seneste år. Men ikke desto mindre vurderede 78 pct., at de havde brug for mere uddannelse.

"For det første er der jo kommet mange flere sygeplejersker i almen praksis, og de sygeplejersker, der kommer fra hjemmeplejen eller et sygehus, møder nogle andre arbejdsgange og opgaver," forklarer Jytte Schmidt.

"For det andet skal vi overtage en række opgaver fra lægerne, fordi der ikke er læger nok. I dag er der 1.600 praktiserende læger, men om nogle år vil der kun være 1.200. De er nødt til at afgive opgaver, ellers kan de ikke nå deres patienter."

Se rapporten "Konsultationssygeplejerskernes arbejdsområde og vilkår i almen praksis" på www.dsr.dk > Fag > Sygepleje > Sygepleje i almen praksis

indrettet landets første pandemihospital



ARKIVFOTO: SCANPIX

anvendelse, når de 60 pandemi-sengepladser, der i øvrigt findes på landsplan, er fyldt op.

Det var en smittet udvekslingsstudent, der kom hjem fra USA, som var den direkte udløsende faktor til, at Region Nordjyllands Pandemi-gruppe besluttede at indrette Pandemihospitalet.

"Udvekslingsstudenten kom hjem og smittede sine to søstre. Der blev holdt en fest for den studerende, og Pandemi-gruppen frygtede, at flere mennesker kunne være blevet smittet. Det har så efterfølgende vist sig ikke at være tilfældet. Men der er en forventning om, at influenzaen kommer med et brag, når den mørke, kolde tid sætter ind, og vi stimulerer sammen," siger Elsebeth Bols.

Hun håber dog, at Sundhedsstyrelsen når at frigive vaccinen, så de særlige risikogrupper kan nå at undgå smitte.

Sundhedsstyrelsen har endnu ikke frigivet H1N1-vaccinen i Danmark, den er stadig ved at blive testet.

Fedme har mange årsager

AF ANNETTE HAGERUP, JOURNALIST

Fosterernæring. Fedmeforskere går nye veje for at finde forklaringer på fedmeepidemien. Måske grundlægges overvægt og fedme allerede i fostertilstanden.

Måske programmeres vi allerede i fostertilstanden til at blive overvægtige som voksne.

Ny dansk forskning peger nemlig på, at både miljøpåvirkninger og moderens ernæring under svangerskabet har betydning for barnets stofskifte og senere risiko for fedme.

At der ikke findes nogen simpel forklaring på den fedmeepidemi, Danmark og andre lande i disse år oplever, stod klart, da Det Strategiske Forskningsråds Programkomité for Sundhed, Fødevarer og Velfærd forleden havde indkaldt førende fedme- og ernæringsforskere m.fl. til en konference om velfærdssygdomme på Christiansborg. Fedme og overvægt er ikke alene et spørgsmål om for mange

kalorier og for lidt motion, lød det på konferencen. Forskerne kan f.eks. stadig ikke forklare, hvordan fedtet kommer ind i fedtcellerne og heller ikke, hvordan fedtet kommer ud, når det først har lagret sig. Og hvorfor er det svært at tabe sig, når man først har taget på?

I det danske fedmeforskningscenter DanORC (Danish Obesity Research Centre) ser man på, om bestemte kosttyper spiller en rolle for fedtomsætningen. Her interesserer forskerne sig specielt for forskellige former for fedtsyrer fra henholdsvis fiske- og planteolier, for transfedtsyrer og for de såkaldt ruminante fedtsyrer (fra drøvtyggere), der findes i mælkeprodukter. Desuden ser man på, om mælkeproteinerne spiller en rolle.

Fedme grundlægges hos fostre

De mange ubesvarede spørgsmål øger behovet for at gå nye veje i fedmeforskningen. Foreløbig har Det Strategiske

Råds Programkomité for Sundhed, Fødevarer og Velfærd støttet den alternative fedmeforskning med ca. 130 mio. kr.

Flere af de forskningsprojekter, der er blevet støttet, er specielt rettet mod fostertilstanden. Hvis samfundet fremover ønsker at forebygge fedme, skal man være særlig opmærksom på de gravidernes ernæring. Læge, ph.d. Pernille Poulsen fortalte på konferencen, at dårlig vækst i fostertilstanden og den tidlige barndom er forbundet med udvikling af fedme og aldersdiabetes senere i livet og dermed også øget risiko for hjerte-kar-sygdom. Årsagerne til dårlig vækst tilskrives enten mangel på næringsstoffer hos mor og barn, genetiske årsager eller en kombination af begge.

Også kosten i de første leveår menes at have betydning for en persons vægt og sygdomsrisiko senere i livet. På Institut for Human Ernæring ved Københavns Universitet leder professor Kim Fleischer Mi-

INTERNETGUIDE

- til den private sygeplejerske



Gå som på en sky

- Strømper udviklet specielt til diabetikere og andre, som ønsker velvære til fødderne.
- Strømperne lukker ikke for blodtilførelsen.
- Strømperne er strikket helt specielt med bl.a. skjult ketsøm.
- Strømperne er med frottéstrik i indersålen, der holder fødderne varme og transporterer fugt og sved væk.
- Strømperne fås med og uden skaft (sneakers).



Læs mere på
www.camette-direkt.dk

NYHED

Her kan du annoncere
for din internetbutik.

Ring og hør nærmere.
Tlf. 8948 5053

D
M

NYHED

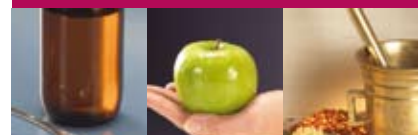


Salg af helsekost m.m.

- leveret direkte til dig

- Ingen minimumskøb
- Ingen ekspeditionsgebyr
- Fragtfri levering i Danmark - direkte til døren med PostDanmark
- Betaling: Netto kontant på vedlagte girokort som følger varen

- nemmere kan det ikke blive



www.camette-direkt.dk



ARKIVFOTO: SCANPIX

chaelsen et forskningsprojekt med 312 børn i alderen 12-36 måneder. Projektet kaldet SKOT (Småbørns Kost og Trivsel). Børnene er undersøgt ved 9- og 18-måneders-alderen og skal fra efteråret undersøges igen som treårige.

Det er velkendt, at en høj væksthastighed i de første leveår er forbundet med en større risiko for fedme, højere blodtryk og for type 2-diabetes, fortalte Kim Fleischer Michaelsen på konferencen.

Foreløbige analyser af SKOT-projektet viser, at de børn, der stadig ammes ved nímånedersalderen, vokser lidt langsommere og har betydelig lavere insulinværdier end de børn, der ikke ammes.

Hormonforstyrrende stoffer

Ny forskning peger også på, at en forklaring på den stigende fedmeforekomst måske skal søges i de hormonforstyrrende stoffer, som findes overalt i vores miljø.

Stofferne er i forvejen mistænkt for at kunne skade den mandlige fertilitet. Professor i miljømedicin på Syddansk Universitet, SDU, Tina Kold Jensen, fortæller, at stofferne findes i dagligdags produkter som hårshampoo, creme, kosmetik, plastik, slip let-pander m.m. og nærmest er umulige at undgå. Et af de mistænkte stoffer er bisphenol A.

“Mus, der i fostertilstanden udsættes for så små doser bisphenol A, risikerer ikke at blive syge og dø af det. De bliver overvægtige og fede i stedet,” fortæller Tina Kold Jensen. Bisphenol A findes bl.a. i hård plastik, som bruges til plastsutteflasker.

Sygeplejerske ny formand for Læger uden Grænser

Sygeplejerske Jesper H.L. Jørgensen, 38 år, er valgt som ny formand for den danske afdeling af Læger uden Grænser. Han afløser speciallæge Søren Brix Christensen, som de seneste ni år har stået i spidsen for Læger uden Grænser i Danmark.

Jesper H. L. Jørgensen har været tilknyttet organisationen i mange år. Han har været udsendt som sygeplejerske til Afghanistan, Rusland (Sibirien), Somalia, Sydsudan og Albanien, og han har

løst rekrutterings- og personaleadministrative opgaver for Læger uden Grænser i Malawi, Mozambique, Indien og Brasilien.

I seks år har han også arbejdet som rekrutterings- og udsendelseschef på Læger uden Grænsers danske kontor, og han har i flere omgange har været valgt til organisationens bestyrelse.

Jesper H.L. Jørgensen modtog i 2001 Florence Nightingale-medaljen for sit arbejde med at behandle tuberkulose-

patienter i russiske fængsler. Udover hvervet som ulønnet formand for Læger uden Grænser er Jesper H.L. Jørgensen international HR-konsulent i NNIT, gift og far til tre børn.

Ud over ny formand har den danske bestyrelse for Læger uden Grænser fået fem nye medlemmer: læge Jonas Torp-Olsen, jordemoder Thilde Knudsen, sygeplejerske Birthe Roelsgaard, læge Christian Fabiansen og sygeplejerske Anita Arslan.

Flest foretrak at brevstemme

Afstemningen til formandsvalget afslører, at sygeplejersker foretrækker at brevstemme med papir, kuvert og turen ned til den røde postkasse på gadehjørnet, fremfor at logge sig ind i et elektronisk system med brugernavn og pinkode. 56 pct. har stemt pr. brev og 44 pct. har stemt elektronisk.

(sbk)

Vidste du at ...

... hver tredje af alle læger og sygeplejersker har overvejet at forlade sit fag af frygt for fejl og utilsigtede hændelser?

Kilde: www.patientsikkerhed.dk

Produktinformation for annonce side 23.

**Forkortet Produktresumé.**

Gardasil® Human Papillomavirusvaccine [type 6, 11, 16, 18] (rekombinant, adsorberet). Gardasil er en quadrivalent vaccine, der består af højt oprensede viruslignende partikler (VLP'er) af kapsidprotein L1 fra HPV typerne 6, 11, 16 og 18. VLP'erne indeholder ikke virus-DNA. De kan ikke inficere celler, reproducere sig eller forårsage sygdom. De fire typer indeholdt i vaccinen er HPV 6 (20 mikrogram), HPV 11 (40 mikrogram), HPV 16 (40 mikrogram) og HPV 18 (20 mikrogram). **Indikation:** Gardasil er en vaccine til forebyggelse af præmaligne genitale læsioner (cervikal, vulva og vaginal), cancer i livmoderhalsen og udvendige kønsvorter (condyloma acuminata), der er kausalt relateret til HPV typerne 6, 11, 16 og 18. Indikationen er baseret på påvisningen af effekt hos voksne kvinder i alderen fra 16 til 26 år og på påvisningen af Gardasils immunogenicitet hos 9 til 15-årige børn og unge. Gardasil anbefales ikke til børn under 9 år. **Dosering og indgivelsesmåde:** Den primære vaccinationsserie består af 3 separate 0,5 ml doser, der bliver indgivet i henhold til følgende plan: 0, 2, 6 måneder. Hvis det ikke er muligt at følge den givne tidsplan, skal den anden dosis indgives mindst en måned efter den først dosis, og den tredje dosis skal indgives mindst 3 måneder efter den anden dosis. Alle tre doser skal gives inden for en periode på 1 år. Vaccinen skal gives som intramuskulær injektion. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller de anvendte hjælpestoffer. Indgivelse af Gardasil skal udsættes hos personer, der lider af akut sygdom med feber. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Som med alle injicerbare vacciner skal relevant medicinsk behandling være umiddelbart tilgængelig for det tilfælde, at der opstår anafylaktiske reaktioner efter indgivelse af vaccinen. Synkope kan forekomme ved alle vaccinationer, især hos teenagere og unge voksne. Derfor bør den vaccinerede overvåges nøje i cirka 15 minutter efter indgivelse af Gardasil. Gardasil bør gives med forsigtighed til personer med thrombocytopenia eller koagulationsforstyrrelser, da der kan opstå blødning efter intramuskulær administration. Der findes ikke data vedrørende brug af Gardasil hos personer med svækket immunforsvar. Som med andre vacciner vil vaccination med Gardasil ikke nødvendigvis yde beskyttelse til alle vaccinemodtagere. **Graviditet og amning:** Data er ikke tilstrækkelige til at anbefale brug af Gardasil under graviditet. Vaccination bør derfor udsættes til graviditeten er afsluttet. Gardasil kan gives til ammende mødre. **Bivirkninger:** Meget almindelige: pyreksi, og på injektionsstedet: erythem, smerte, hævelse. Almindelige: blødning og kløe på injektionsstedet. **Pakning og pris (ESP) 12.08.2009:** 1 dosispakning indeholdende 0,5 ml suspension i en forfyldt sprøjte og to kanyler. Opbevares i køleskab (2°C - 8°C). (Vnr. 098722) kr. 1.147,35. Se dagsaktuel pris på www.medicinpriser.dk. Udlevering A. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Sanofi Pasteur MSD SNC, 8 rue Jonas Salk, F-69007 Lyon, France. Fuldstændigt produktresumé kan rekvireres hos den danske repræsentant: Sanofi Pasteur MSD, Parallelvej 12, 2. Sal, DK-2800 Kgs. Lyngby eller på nedenstående internetadresse. Marts 2009. www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/gardasil/gardasil.htm



sanofi pasteur MSD
vaccines for life



Jeg fandt dit telefonnummer på nettet

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST

««« DET SKREV PRESSEN

Uønsket kontakt. Sociale medier som Facebook og Google gør det nemt for patienter og pårørende at finde frem til sygeplejersker privat.

Mariane fik en henvendelse på Facebook fra en tidligere patient, som kaldte hende "Frække" og gerne ville være venner og mødes.

Katarina blev ringet op af en pårørende, som var forelsket i hende og ville opsøge hende.

Mariane og Katarina fortalte deres historier til www.avisen.dk i forrige uge. Og resten af Danmark kender dem nu som to af de sygeplejersker, der har besluttet at holde deres efternavn for sig selv, fordi tidligere patienter har opsøgt dem privat. Historien om, hvordan patienter og pårørende finder frem til sygeplejersker og andet sundhedspersonale på Facebook, Google og Krak, blev nemlig samlet op af stort set samtlige danske nyhedsmedier.

www.avisen.dk kunne også fortælle, at alle sygeplejersker i den medicinske skadestue på Frederiksberg Hospital havde fået deres efternavne fjernet.

"Vi er nødt til at passe på os selv og opretholde en vis diskretion. Her på afdelingen taler vi meget om problemet," udtalte afdelingssygeplejersken Rikke.

På skadestuen på Århus Sygehus er det valgfrit, om sygeplejersker vil bruge

deres efternavn eller ej. Det fremgik af Århus Stiftstidende. Men selv om afdelingssygeplejerske Hanne Boyles forstår de sygeplejersker, der vælger at tildække efternavnet, er hun ikke glad for tendensen:

"Det gør forholdet mellem os og patienten upersonligt. Vi er voksne og professionelle, og vi burde kunne præsentere os for patienten med vores fulde navn," udtalte hun i www.stiften.dk

Hér understregede hun også, at chikane og trusler selvfølgelig skal meldes til politiet.

Lægeforeningens formand Jens Winther var på samme linje, da han blev spurgt af Dagens Medicin:

"Patienter lægger deres liv og førlighed i hænderne på os, og det er vigtigt, at det er et menneske med fuldt navn, de møder," var hans reaktion.

Dansk Sygeplejeråd opfordrer medlemmerne til at tage problemet op med ledelsen, når de henvender sig om krænkelse af privatlivets fred. Det udtalte fungerende formand Grete Christensen til flere medier.

"Vi ser desværre en tendens til, at sygeplejerskerne oftere får krænkelse deres ret til privatliv på sociale medier som Facebook, og det er i den grad intimiderende og uacceptabelt," sagde Grete Christensen til www.avisen.dk

"Det skrev pressen" bygger på, hvad andre medier har skrevet om det aktuelle emne og ikke på redaktionens egen research.

De har stadig efternavne på skiltet

Privatlivets fred. Nogle sygeplejersker fjerner deres efternavn fra navneskiltet, fordi patienter uopfordret kontakter dem privat. Det er forståeligt og i orden, synes disse fire. Men en bedre løsning er måske at tage problemet op sammen.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST



FOTO: KISSEN MØLLER-HANSEN

Anni Buhl, hjemmesygeplejerske, Syddjurs Kommune

Har du nogensinde overvejet at slette dit efternavn fra dit navneskilt?

"Nej. Jeg har aldrig oplevet, at nogen har kontaktet mig privat – ud over, hvad jeg selv har opfordret dem til, f.eks. i terminale forløb."

Virker det mere seriøst med både for- og efternavn på skiltet?

"Ja, der er jeg nok lidt gammeldags. Men det er helt berettiget at fjerne efternavnet, hvis man bliver chikaneret. Eller hvis ens kolleger gør det, og det er tendensen på arbejdspladsen."



FOTO: SØREN SVENDSEN

Annette Madsen, sygeplejerske, Ortopædkirurgisk sengeafsnit T 119, Herlev Hospital

Har du nogensinde overvejet at slette dit efternavn fra dit navneskilt?

"Nej, jeg har aldrig været ude for problemer.

Nu hedder jeg jo også noget, som mange andre hedder.

Men jeg kan godt forestille mig, at der er steder, hvor det kan være et problem at have et efternavn, der er lidt specielt. F.eks. i psykiatrien, hvor mange patienter ikke er helt virkelighedsnære."

Så er det berettiget at fjerne efternavnet?

"Ja, for man skal kunne føle sig tryk på sin arbejdsplads. Men jeg har nu aldrig været i en afdeling, hvor det var aktuelt. Og hvis der er et problem, synes jeg, man skal tage det op samlet og forholde sig til det."



FOTO: KISSEN MØLLER-HANSEN

Lis Østergaard Johansen, sygeplejerske, Medicinsk Visitationsafsnit, Sygehus Sønderjylland, Haderslev

Har du nogensinde overvejet at få slettet dit efternavn fra dit navneskilt?

"Nej, og jeg har heller aldrig været ude for, at oplysningerne blev misbrugt. Jeg synes bedst om, at begge navne står der, for i en afdeling som vores kan der være fire, der hedder det samme."

Hvornår er det berettiget at fjerne efternavnet?

"Jeg arbejder i en modtageafdeling, hvor vi godt kan få patienter ind, som man kan blive lidt småbange for, fordi de er truende. Men hvis man har erfaring for, at det sker jævnligt, synes jeg, man skal tage det op samlet i stedet for, at folk hver især begynder at sætte tape over efternavnet. Så må man tage nogle initiativer og få en fælles holdning til problemet."



FOTO: SØREN SVENDSEN

Pernille Friis Andersen, afdelings-sygeplejerske, Sikringsafdelingen, Nykøbing Sjælland

Har du nogensinde overvejet at få slettet dit efternavn fra dit navneskilt?

"Nej, jeg har aldrig følt mig utryk. Men jeg ved, at flere af mine medarbejdere har valgt at få hemmeligt nummer. Ikke fordi de er blevet opsøgt eller truet, men mere forebyggende. Og det har jeg fuld respekt for."

Har I alle efternavne på jeres navneskilte?

"Ja, men vi bruger dem sjældent i dagligdagen. Vores patienter er indlagt her i måske fem-seks år, så de ved godt, hvem vi er. Og skiltene er upraktiske. Somme tider er vi jo nødt til at gå ind og pacificere en patient, og det er hårde plastikskilte, som kan hænge fast i tøjet. Vi bruger stort set kun navneskilte uden for afdelingen, f.eks. til konferencer."

Børnepatienter til kontrol om aftenen

Nu behøver det ikke længere gå ud over skoletimerne eller mors og fars arbejdstid, når et barn skal til kontrol på Hillerød Hospital.

Fra den 21. september holder Børneafdelingen nemlig eftermiddags- og aftenåbent tirsdag, onsdag og torsdag

fra kl. 15.30 frem til kl. 18.00. I det tidsrum vil afdelingen kunne tage imod op til 10 børnepatienter til undersøgelse og kontrol. Aftenambulatoriet er bemandedt af en sygeplejerske, tre læger, og en sekretær.

Ændringen af den ambulante åb-

ningstid kommer nu, fordi Børneafdelingen gennem flere år har fornemmet et behov for mere fleksible åbningstider, så børn og forældre bedre kan tilpasse dagligdagen til et besøg på hospitalet.

(lha)

Filippinske sygeplejersker fik knust

Snydt. Det danske rekrutteringsbureau Scandinavian Nursing Bureau hjalp tre filippinske sygeplejersker til Danmark. I dag er de alle tre havnet i bundløs gæld, og de har ikke fået det arbejde, de havde håbet på.

AF MILLE DREYER-KRAMSHØJ OG BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALISTER • FOTO: KISSEN MØLLER HANSEN

”Kom til Danmark på studietur og få et job!”

Sådan lød opfordringen fra det danske rekrutteringsbureau Scandinavian Nursing Bureau, der ejes af en herboende thailandskfødt sygeplejerske, Lampa Holm. Bureauet rekrutterer filippinske og thailandske sygeplejersker til Danmark via internettet, med henblik på at de efter en kortere praktikperiode kan få fast ansættelse på et dansk sygehus.

I dag sidder tre filippinske sygeplejersker på femte måned og venter på det praktikophold og det job, de mener, bureauet har stillet dem i udsigt. Siden de kom til Danmark i april 2009, har de i to måneder modtaget undervisning i dansk sprog, kultur og sygepleje af Lampa Holm i hendes private hjem, der ud over at være skole og kontor, også er hjem for de tre sygeplejersker samt seks thailandske sygeplejersker. Pladsen er trang, og de filippinske sygeplejersker fortæller, at de i perioder har måttet sove tre personer i samme rum.

I juni stoppede danskundervisningen, og siden da har sygeplejerskerne hverken fået praktikpladser eller betalte job.

”Vi blev lovet, at vi efter et tremåneders praktikforløb kunne komme ud og arbejde som sygeplejersker, og fik at vide, at der allerede var lavet en aftale med et dansk sygehus om praktikpladserne,” fortæller 27-årige Bryan Lleses, der ligesom sine kolleger er uddannet sygeplejerske i Filippinerne.

De tre sygeplejersker har ikke indgået nogen kontrakt med Scandinavian Nursing Bureau, men inden afrejsen aftalte de at betale 40.000 kr. for studieophold i Danmark plus flybillet og kost.

Sygeplejerskerne har sammenlagt betalt omkring 82.000 kr. Penge, som Lampa Holm, siger er gået ind i en fælles kasse til at dække deres ophold i Danmark. Bryan Lleses betaler nu kun kostpenge, mens 34-årige Leonora Ligeralde og 38-årige

))) SAGEN KORT

Den 38-årige sygeplejerske Flordeliza Gimarino finder i løbet af sommeren 2008 Scandinavian Nursing Bureau på nettet og kontakter dem, fordi hun er interesseret i arbejde. Flordeliza, der på det tidspunkt arbejder som klinisk vejleder for sygeplejestuderende i byen Panabo i Filippinerne, har tre års erfaring som sygeplejerske og har tidligere arbejdet som lærer i 10 år.

Senere bliver Flordeliza Gimarino interviewet af indehaveren af Scandinavian Nursing Bureau, Lampa Holm, via webcam, og de enes om, at hun skal gå i gang med at skaffe visa og penge til et studieophold i Danmark. Opholdet koster 40.000 kr. plus flybillet.

Der er ingen kontrakt på aftalen, og Lampa Holm siger, at de 40.000 går ind i en kasse, der dækker fælles udgifter for seks thailandske og tre filippinske sygeplejersker.

Via Flordeliza Gimarino får også 27-årige Bryan Lleses og 34-årige Leonora Ligeralde kontakt til bureauet. De to sygeplejersker har henholdsvis tre års og 10 års erfaring som sygeplejersker. De tre sygeplejersker tager til Danmark 1. april. De får sprogundervisning af sygeplejerske Lampa Holm fra Scandinavian Nursing Bureau i to måneder samt løfter om et praktikophold på et jysk sygehus. Planerne strander, fordi sygeplejerskerne ikke har råd til at betale logi. De tre sygeplejersker har søgt om ophold i Danmark via greencard-ordningen, og deres sag er under behandling i Udlændingesservice.

Flordeliza Gimarino, stadig skylder ca. 38.000 kr.

Familierne er sat i gæld

En sygeplejerskeløn på Filippinerne er mellem 850 og 1.000 danske kroner om måneden, så de tre sygeplejersker har måttet låne en formue for at få penge til opholdet i Danmark.

”Lampa fortalte os, at man som sygeplejerske i Danmark kan tjene omkring 21.000 kr. i grundløn og oveni få tillæg og ekstra løn, hvis man tager en masse vagter. Vi tænkte, at hvis vi arbejdede rigtig hårdt, så ville økonomien efter tre-fire måneder ikke være noget problem,” fortæller Flordeliza Gimarino.

Hun tog et lån til høje renter hos en pantelåner i sit hjemland, som hun i dag betaler af med hjælp fra familien.

Også Bryan Lleses og Leonora Ligeralde har fået hjælp af deres familier.

”Mine forældre har belånt deres hus og solgt noget af deres jord fra, så jeg kunne komme til Danmark,” fortæller Leonora Ligeralde.

Bryan Lleses’ forældre er pensionister og

har ikke kunnet hjælpe meget. En fætter i USA hjalp i starten, men vil ikke længere sende penge.

”Han siger, det er et fupfirma, så han vil ikke hjælpe mere til. Og det kan jeg jo egentlig godt forstå,” siger Bryan Lleses, der mener, at Scandinavian Nursing Bureau er mere optaget af at tjene penge end af at hjælpe sygeplejerskerne.

”Lampa kom en dag og sagde til mig: ”Prøv at låne flere penge hos dine forældre. Hvis de virkelig tror på dig, så låner de dig også pengene.” Men det vil jeg ikke. Jeg vil ikke sætte dem i gæld, fordi Scandinavian Nursing Bureau ikke holder sine løfter,” siger han.

”Selvfølgelig kommer I for at arbejde”

Praktikpladserne på sygehuset blev aldrig til noget. Projektet strandede, fordi sygeplejerskerne selv skulle betale deres logi, og det havde de ikke råd til. Siden har Flordeliza Gimarino selv forsøgt at finde job, men hun mener, at det blev mødt med modstand af Lampa Holm:

”Jeg blev indkaldt til et møde, hvor hun truede mig med immigrationsmyndig-

deres jobdrømme



En sygeplejerske på Filippinerne tjener under 1.000 kr. om måneden. 27-årige Bryan Lleses (tv), 34-årige Leonora Ligeralde (bagest i billedet) og 38-årige Flordeliza Gimarino har måttet låne en formue i Filippinerne for at få råd til opholdet i Danmark. Efter fem måneders venten har de stadig ikke opgivet håbet om at finde en praktikplads, der kan føre til et arbejde som sygeplejerske.

hederne, så nu tør jeg ikke prøve selv. Jeg kender ikke de danske regler og er bange for, at hun får os smidt ud af landet.”

Lampa Holm fortæller derimod, at Flordeliza Gimarinos jobsøgning strandede på hendes manglende dansk kundskaber.

Sygeplejerskerne kom først hertil på et turistvisum, men ansøgte om opholdstilladelse via greencard-ordningen, kort efter de var ankommet. De venter nu på, at Udlændingsservice behandler deres sag.

De har hele tiden regnet med, at de efter et kort studieophold kunne få arbejde. Ifølge en mail fra Lampa Holm, som *Sygeplejersken* er i besiddelse af, er det netop, hvad de i sin tid blev stillet i udsigt. Lampa Holm skriver i mailen, at selvom sygeplejerskerne skal rejse til Danmark på et turistvisum, fordi de skal på studieophold, så har de udsigt til senere at komme i arbejde.

Håber på det bedste

Trods fem måneders venten har de tre sygeplejersker endnu ikke givet op.

”Vi er her, fordi vi vil arbejde, og fordi vi er blevet rigtig glade for landet, selvom de

sidste mange måneder har været hårde,” siger Leonora Ligeralde. Hun har igennem Scandinavian Nursing Bureau fået mulighed for ulønnet praktik i en hjemmepleje i Østjylland. Selvom hun er glad for at være der, gælder ansættelsen ikke som det godkendte praktikophold, hun havde regnet med at få.

Flordeliza Gimarino har også besøgt hjemmeplejen, men kun i tre dage, og Bryan Lleses og Flordeliza Gimarino venter stadig på et fast praktikophold.

”Jeg synes, Lampa Holm har givet os

falske og urealistiske håb,” siger Bryan Lleses, og Leonora Ligeralde tilføjer: ”Nu kan vi kun håbe på det bedste og frygte det værste.”

mdk@dsr.dk og bso@dsr.dk

Efter interviewet er de tre filippinske sygeplejersker flyttet fra Lampa Holms hjem, og de arbejder nu på at finde en praktikplads.

))) AUTORISATION I DANMARK

Udenlandske sygeplejersker, der skønnes at have en uddannelse på niveau med en dansk sygeplejerske, kan opnå en begrænset autorisation i Danmark, som giver ret til en prøveansættelse på et hospital. Hospitalet kræver typisk, at sygeplejersken taler nogenlunde dansk inden prøveansættelsen. Varig autorisation som sygeplejerske kan først opnås, når den udenlandske sygeplejerske har gennemført et prøveansættelsesforløb i minimum seks måneder på tilfredsstillende vis. De fleste filippinske sygeplejersker har en uddannelse, der i niveau svarer til en dansk uddannelse, og de kan dermed få en prøveansættelse, hvis de har de sproglige færdigheder, som det enkelte sygehus forlanger.

Kilde: Sundhedsstyrelsen.

”Jeg ville hjælpe fattige sygeplejersker med at realisere en drøm”

Barriere. Indehaveren af bureauet Scandinavian Nursing Bureau, Lampa Holm, afviser, at hun har fået tre filippinske sygeplejersker til Danmark på falske præmisser.

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

Kan du forstå, at tre filippinske sygeplejersker føler sig meget skuffede over, at det efter fem måneders ophold endnu ikke er lykkedes dem at få praktik og arbejde i Danmark?

”Jeg har virkelig knoklet for at få de filippinske sygeplejersker i gang i Danmark. De har fået to måneders intensiv undervisning i dansk, kultur og sygeplejerskepraksis, og vi har gjort alt, hvad vi kunne for at skaffe dem praktikophold. De tre filippinske sygeplejersker fik faktisk et praktikophold. En fik praktik en måned i hjemmeplejen, og de to andre fik tilbudt praktik på et sygehus, men afviste, fordi de selv skulle betale deres bolig. Jeg forstår godt de filippinske sygeplejerskers skuffelse, men samtidig må jeg sige, at jeg aldrig har lovet dem et arbejde her. Tværtimod ved jeg som herboende thailandsk sygeplejerske, hvor høje krav der stilles til sygeplejersker i Danmark. Opholdet var netop tænkt som et studieophold, hvor sygeplejerskerne skulle lære dansk, komme i praktik og forberede sig på livet her og så eventuelt senere finde et arbejde.”

Men i en mail skriver du bl.a., at sygeplejerskerne ”selvfølgelig kommer for at arbejde”?

”Jeg har hele tiden gjort det klart, at vejen til at komme i arbejde i Danmark først og fremmest er at lære dansk, og at jeg ikke kunne love de filippinske sygeplejersker job. Men jeg har gjort alt, hvad jeg kunne, for at skaffe en praktikplads. Og det lykkedes, men to af filippinerne sagde nej, fordi de ikke ville arbejde i hjemmeplejen. Og de afviste også et praktikophold på et sygehus, fordi de selv skulle betale for bolig.”

Sygeplejerskerne skal betale 40.000 kr. for opholdet. Er det ikke mange penge for en filippinsk sygeplejerske?

”Jeg har virkelig gjort det her for at hjælpe filippinske og thailandske sygeplejersker til en fremtid i Danmark. Det er

))) DANSK SYGEPLEJERÅD: IKKE I ORDEN

Det er helt nødvendigt med klare aftaler, når danske firmaer skal skaffe udenlandske sygeplejersker til Danmark. Det mener formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen.

”Vi mangler sygeplejersker i det danske sundhedsvæsen, og jeg tager afstand fra, at der er private firmaer, som slår plat på manglen på sygeplejersker. Jeg har set forholdene i Filippinerne og ved, hvad det er, sygeplejerskerne kommer fra. De er blevet stillet i udsigt, at de kunne fremme deres families økonomi ved at rejse hertil og få et job. At firmaet ikke inden afrejsen har sørget for, at de har fået en autorisation og forhåndsgaranti for et job – det er simpelthen ikke i orden,” siger Grete Christensen. Grete Christensen fortæller, at Dansk Sygeplejeråd nu vil forsøge at hjælpe de tre filippinske sygeplejersker med råd og vejledning, så det kan afklares, om det er muligt at få job og autorisation i Danmark.

korrekt, at de skulle betale 40.000 kr., som skulle dække deres leveomkostninger.

Det er ikke penge, som jeg har modtaget. De er blevet administreret i gruppen, men efter fem måneder er de ved at løbe tør for penge. Jeg er selv enlig mor til tre børn og har måttet bruge af mine egne penge for at sørge for undervisning, kost og logi til seks thailandske og tre filippinske sygeplejersker.”

Men vil det sige, at det her arrangement er kommet i stand, uden at Scandinavian Nursing Bureau har fået penge?

”Ja, de ni sygeplejersker, der har boet hos mig, ville gerne arbejde i Danmark, men det var svært at blive rekrutteret af et sygehus. De besluttede derfor at tage til Danmark for egen regning for at prøve lykken med min hjælp. Jeg tilbød dem et gratis undervisningsforløb og fri bolig, fordi jeg ville hjælpe dem med at realisere deres drøm, også selvom nogle af dem ikke havde de 40.000 kr.”

Men er der ikke noget, som tyder på, at forberedelsen ikke har været professionel nok, når der ikke fra starten er fundet praktikpladser til sygeplejerskerne?

”Vi havde oprindeligt en aftale med et sygehus, men den gik i vasken. Sygehuset ville have sygeplejerskerne i ulønnet praktik, og de skulle selv betale for en bolig. Vi holdt et fællesmøde, og de udenlandske

sygeplejersker besluttede at sige nej, fordi de mente, det var udnyttelse. Generelt synes jeg, vi er stødt panden mod en mur, fordi det har været svært at få asiatiske sygeplejersker ind på sygehusene.”

Vil du fortsætte med at forsøge at rekruttere sygeplejersker fra Filippinerne?

”Nej, ikke hvis rekrutteringen skal foregå for sygeplejerskernes egen regning. Kun hvis regionerne fremover vil have dem gennem mit firma. Det er frustrerende, at det er så svært at skaffe praktik og job til en gruppe asiatiske sygeplejersker, når der mangler masser af sygeplejersker i Danmark. Jeg har knoklet for, at det skulle lykkes, og jeg har bestemt ikke haft til hensigt at tage penge fra de filippinske sygeplejersker.”

bso@dsr.dk

))) STRANDET I DANMARK

Kender du eller har du hørt om sygeplejersker i lignende situationer? Så hører vi meget gerne fra dig. Ring eller skriv til journalist Britta Søndergaard, tlf. 4695 4261, e-mail: bso@dsr.dk eller journalist Mille Dreyer-Kramshøj, tlf. 4695 4111, e-mail: mdk@dsr.dk







GARDASIL®
Human Papillomavirus Vaccine
Types 6,11,16,18
Recombinant, adsorbed

Gardasil®

vaccinen mod livmoderhalskræft
der beskytter mod 4 HPV typer.*

Kan forebygge:

-  **Kræft i livmoderhalsen**
-  Svære celleforandringer på livmoderhalsen (CIN 2/3)**, i vagina (VaIN 2/3)*** og på ydre kønsdele (VIN 2/3)****
-  Kondylomer

forårsaget af HPV typerne 6, 11, 16, 18.¹

Nye data i gruppen af 15 –26 årige kvinder, viser effekt af Gardasil® også efter seksuel debut ²

The cervical* cancer vaccine against 4 types of HPV for wide protection and early benefits

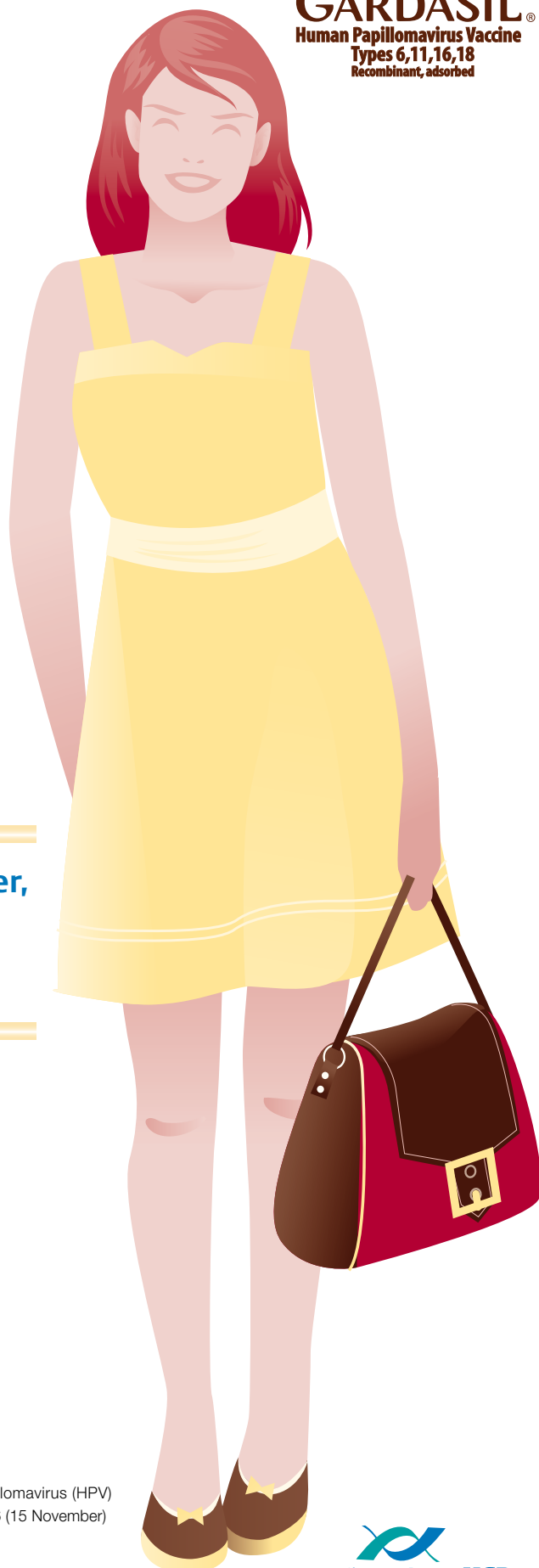
- * der er relateret til HPV 16 og 18
- ** CIN 2/3 : Cervikal intraepithelial neoplasi
- *** VaIN 2/3 : Vaginal Intraepithelial neoplasi
- **** VIN 2/3 : Vulval intraepithelial neoplasi

Ref:

- 1: Produktresumé
- 2: The FUTURE II Study Group. Prophylactic efficacy of a quadrivalent human papillomavirus (HPV) vaccine in women with virological evidence of HPV infection. *JID* 2007;196:1438-46 (15 November)

Sanofi Pasteur MSD ApS · Parallelvej 12, 2.sal · 2800 Kgs. Lyngby


sanofi pasteur MSD
vaccines for life





»» VALGRESULTATET

Urafstemningen blandt Dansk Sygeplejeråds aktive medlemmer om formandsposten fik en stemmedeltagelse på 42,7 pct. Af de afgivne stemmer fik Grete Christensen 12.699 stemmer eller 50,8 pct., mens Irene Hesselberg fik 11.822 stemmer eller 47,3 pct. af de afgivne stemmer. 461 af stemmerne var blanke svarende til 1,9 pct. Ved den seneste urafstemning om formandsposten for 37 år siden (Kirsten Stallknechts første genvalg) var stemmeprocenten 67,1.

Jeg vil lytte til dem, der stemte på Irene

Tæt. Som nyvalgt formand vil Grete Christensen skabe samling om et stærkt Dansk Sygeplejeråd. Formanden inviterer til meget tættere direkte dialog.

AF SØREN PALSBO, JOURNALIST • FOTO: SIMON KNUDSEN

Grete Christensen og Irene Hesselberg i et tæt kampvalg om formandsposten i Dansk Sygeplejeråd frem til 2012. Grete Christensen trak det længste strå. Kort efter offentliggørelsen af valgresultatet lagde den nyvalgte formand ikke skjul på, at hun vil lytte til de mange sygeplejersker, der med valgresultatet har markeret, at de ønsker forandring i Dansk Sygeplejeråd.

Grete Christensen:

”Vores allerstørste udfordring er de medlemmer, der ikke nødvendigvis synes, det er fedt at være medlem af Dansk Sygeplejeråd. Måske kan man kalde det et lunkent forhold til Dansk Sygeplejeråd. Jeg skal i dialog med rigtig mange medlemmer – også dem, der er meget kritiske over for os – sådan at vi kan finde en fælles vej hen mod et styrket Dansk Sygeplejeråd.”

Grete Christensen tilføjer, at hun ser frem til denne dialog. Men hun er ikke i tvivl om, at en del af utilfredsheden handler om Dansk Sygeplejeråds håndtering af konflikten sidste år, omfanget af konflikten og håndteringen af lønudbetalingerne under konflikten.

Hvordan vil Dansk Sygeplejeråds medlemmer mærke fornyelsen?

”Jeg vil være i meget tættere direkte dialog med medlemmerne. En række af de politiske linjer er lagt af kongressen og af hovedbestyrelsen. De ændres jo ikke ved, at jeg eller en anden vælges som ny formand. Men med formandsskiftet kan man ændre måden, formanden arbejder på. Jeg tror, medlemmerne vil opleve, at jeg er parat til at træffe nogle beslutninger og være anderledes i dialogen med medlemmerne. Jeg vil i forlængelse af valgkampen fortsat have en blog, hvor jeg vil blogge med medlemmerne, når de har behov for at være i direkte dialog med formanden.

Og hører jeg, at der er ønske på en arbejdsplads om at få besøg fra Dansk Sy-

geplejeråds top – så kommer jeg. Vi skal have afdækket de store udfordringer, vi har i øjeblikket, og vi skal i høj grad imødekomme medlemmernes ønsker.”

Forholdet mellem det offentlige sundhedsvæsen og de private aktører har været oppe ved de mange møder under valgkampen mellem dig og din modkandidat?

”Det er Dansk Sygeplejeråds klare sundhedspolitiske holdning, at vi skal have et stærkt offentligt sundhedsvæsen med fri og lige adgang for alle borgere. Det står faktisk også i sundhedsloven. Vi har accepteret, at der er en stigende andel af private sundhedsudbydere – det være sig klinikker eller hospitaler. Dem fjerner man ikke, selv om vi ønsker et stærkt offentligt sundhedsvæsen, og de af vore medlemmer, der arbejder i det private, skal have ordentlige løn- og ansættelsesforhold på samme måde som sygeplejersker, der arbejder i det offentlige.

Al respekt for, at der er en privat sektor, som udfordrer det offentlige i øjeblikket. Men min helt klare indsats vil ligge i at skabe opmærksomhed om de urimelige forskelle på, hvordan man behandler private hospitaler og offentlige hospitaler, f.eks. med afregningsmodeller til de private hospitaler. Derfor vil jeg kæmpe meget for, at vi får flere penge til det offentlige sundhedsvæsen.”

Det var et tæt valgresultat?

”Det må man sige. Kritikerne har helt klart oplevet, at de havde et talerør i Irene. Det har jeg fuld respekt for, og jeg er helt klar over, at dem skal jeg lytte til. Vi skal sammen sørge for, at de igen får en platform i Dansk Sygeplejeråd, de kan være stolte af.”

Har du en kommentar til stemmeprocenten på 42,7?

”Det er en udfordring for vores medlemsdemokrati, når der kun er 42,7 pct.,

der stemmer til et formandsvalg. Jeg mener, at vi skal diskutere med medlemmerne, hvordan vi bruger medlemsdemokratiet. Hvordan vi kan få flere medlemmer til at være med til at træffe beslutninger, som er vigtige for organisationen.”

Hvad bliver den største udfordring for dig som nyvalgt formand i samarbejdet med de nye kredsbestyrelser?

”Jeg ser det som den helt store udfordring at få organisationen til at spille sammen. At få kredsbestyrelsesmedlemmerne til at se deres rolle som dem, der er ansvarlige for både at varetage medlemmernes interesser lokalt og samtidig trække linjerne fra hovedbestyrelsen ud i det lokale arbejde.

Og så handler det også om at få hovedbestyrelsen til at tænke organisationen som én stor organisation. En organisation, som ikke er delt i fem lokale enheder og en hovedafdeling i Kvæsthuset i København, men som spiller sammen i hverdagen og lægger nogle linjer for, hvordan vi vil fremhæve sygeplejerskernes kvaliteter og Dansk Sygeplejeråds styrker.

Det kan vi godt blive bedre til, end vi har været. Sammenhængskraften er helt klart den store udfordring. Vi har i de senere år brugt mange kræfter på at få os organiseret i de nye enheder. Nu er der i høj grad behov for, at vi tænker, hvordan vi spiller sammen i organisationen og får den øgede styrke i organisationen ved, at vi spiller sammen.

Jeg kan ikke noget alene. Men jeg kan sammen med hovedbestyrelsen sætte retning for, at vi som organisation både styrker sygeplejerskernes situation på arbejdsmarkedet, sygeplejen som fag og hele sundhedsvæsenet.”

sp@dsr.dk

MINI-MTV

Et overkommeligt



redskab



MTV light. Nye madrasser, anderledes sårpleje eller ny patientuddannelse. Kan det betale sig? Medicinsk teknologivurdering (MTV) er relevant, når man vil indføre nye ting på plejeområdet. Den får afklaret evidensen og sikrer kvaliteten, når man vil udarbejde kliniske retningslinjer.

AF BIRGIT BRUNSTED, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

Mini-MTV er et vigtigt værktøj, når der skal prioriteres i sundhedsvæsenet, og det er ved at blive praksis, at sygehusbestyrelsen beder om en mini-MTV, når der skal anskaffes nyt eller indføres nye behandlingsmetoder.

MTV står for medicinsk teknologivurdering, og mini-MTV er en lettere udgave af en mere omfattende, traditionel MTV-rapport.

Endnu er der kun få sygeplejersker, der er involveret i eller har taget initiativ til udarbejdelse af en mini-MTV på trods af, at det er en god måde at indføre nye ting på plejeområdet på, fortæller udviklingssygeplejerske, cand. scient. Birthe Ottosen, Odense Universitetshospital. Hun er meget begejstret for MTV-tankegangen. Den er relevant som tilgang til mange ting, fordi den kommer bredt omkring:

”I klinisk praksis støder man ofte på nogle ting, man stiller spørgsmål ved, og man overvejer, om man skal udarbejde kliniske retningslinjer. Mini-MTV er et godt redskab, der danner afsæt til det videre arbejde. Men det kommer an på emnet. Det skal nøje udvælges. Det er forskningsmålene, der afgør, hvilken metode man skal bruge.”

Glemmer patientperspektivet

Birthe Ottosen har selv deltaget i udarbejdelsen af en mini-MTV om VAC-behandling af sår på afdeling Z på Odense Universitetshospital, hvor man ønskede at få afklaret evidensen for VAC-behandling, der skulle fremme sårhelingen ved at skabe et undertryk i såret. Her lavede en projektgruppe en rapport for at finde evidensen bag teknologien og udarbejde kliniske retningslinjer, instruks og patientinformation.

MTV har fire pinde:

- Økonomi
- Organisation
- Teknologi
- Patientperspektiv.

”Men patientperspektivet kommer man mange gange til at glemme. Det er de hårde data, der dominerer,” siger Birthe Ottosen.

Det skyldes også, at de internationale MTV'er ikke inddrager patientperspektivet, som man lægger mere vægt på i Danmark. Projektgruppen »

))) fandt heller ikke noget i den litteratur, de gennemgik, da de skulle udarbejde VAC-rapporten:

”Der var ikke nogen undersøgelser om patientperspektivet, så vi videregav vores egne erfaringer,” siger Birthe Ottosen.

VAC-rapporten endte med en række anbefalinger og kliniske retningslinjer. Men man fandt i øvrigt ikke overbevisende evidens for, at VAC altid er bedre til sårbehandling.

Arbejdet med VAC-rapporten tog et halvt år.

Litteratursøgning en forudsætning

Birthe Ottosen tror ikke, at sygeplejersker i praksis bruger MTV-tankegangen.

”Der er måske ikke så meget kendskab til MTV. Det kræver, at der skal være sådan én som mig, der kan være tovholder, og som har noget teori. En sygeplejerske i klinikken kan ikke overkomme det. Men måske skulle vi blive bedre til at gå på tværs – gå sammen med læger, sygeplejersker og en sygeplejerske fra praksis. Det er ikke lægerne, der kommer med det kvalitative. Men man kunne jo gøre tingene sammen og få

))) FAKTA OM MINI-MTV

En mini-MTV er en 3-4-siders medicinsk teknologivurdering, der tager udgangspunkt i en tjekliste med MTV-spørgsmål. Den er baseret på videnskabelig litteratur og lokal erfaring. Den er et driftsorienteret værktøj, der udarbejdes internt for det enkelte sygehus og giver input til beslutninger på afdelings-, center- og sygehusniveau.

MTV-tankegangen bygger på tre principper: evidensbaseret viden, en tværfaglig helhedsvurdering og dét, at MTV skal føre til en beslutning.

I en MTV vurderer man via litteratursøgning den videnskabelige baggrund bag en ny teknologi, ser på konsekvenserne for organisationen og foretager en cost-benefit-analyse.

En mini-MTV kan udføres på kort tid og kan let indpasses i det lokale eller regionale budget og planlægning.

Kilde: Sundhedsstyrelsen.

dækket alle fronter,” siger Birthe Ottosen, som anbefaler at man sætter sig ind i litteratursøgning, før man går i gang med en MTV. På Odense Universitetshospital sørger et videnscenter og en MTV-konsulent dog for litteratur og sundhedsøkonomisk vejledning.

”Uden dem ved jeg ikke, hvad vi skulle gøre,” siger Birthe Ottosen.

Hun medgiver, at det tager tid at læse en masse litteratur, og at det kan være svært

at planlægge med det øvrige arbejde på et hospital.

”Men vi vil med garanti lave flere MTV’er,” siger hun.

Fordomme om MTV

Hvorfor laves der stort set ikke mini-MTV’er inden for sygeplejen?

”Det har meget at gøre med arbejds-gange. F.eks. er det så moderne med accelererede patientforløb. Men hvad ligger der i det begreb? Hvad betyder det, at vi tonser patienterne igennem så hurtigt og effektivt, som vi gør? Det kunne da være spændende at gå ind og kigge på det med en mini-MTV. For som sygeplejegruppe står vi som patientens advokat, og ikke al sygepleje kan sættes i rammer,” siger Birthe Ottosen.

”Sygeplejerskerne skal have det med i deres bevidsthed, og det er godt, at vi også har højtuddannede sygeplejersker, der kan fange, hvad der sker, og især hvad der ikke sker. Man skal sørme vide, hvad der sker ude i praksis, ikke bare sidde på kontorerne,” siger Birthe Ottosen og fortsætter:

”Vi har fortalt kollegerne om MTV, men måske er der nogle fordomme, og jeg tror, nogle sygeplejersker er vaccineret med, at det kun er det kvalitative, vi tager os af. Men vi kan sagtens have kvantitative undersøgelser. Det er ren og skær manglende viden.”

))) MINI-MTV-ARBEJDSPROCESSEN:

- Idéen fødes.
- Arbejdsgruppe nedsættes.
- Man søger penge.
- Arbejdsgruppen udarbejder forskningsspørgsmålene inden for de fire pinde: økonomi, organisation, teknologi, patientperspektiv.
- Man finder litteratur med titler og abstracts.
- Sorterer litteratur ud fra titlen.
- Kigger på, hvilke studier der har kvalitet.
- Finder andre guidelines inden for området.
- Finder ud af, hvor der er noget galt.
- Bygger den fundne viden ind i de kliniske retningslinjer.
- Finder mål for behandlingen.
- Sætter mål for, hvornår der skal evalueres.
- Udarbejder selve MTV-rapporten.

Kilde: Udviklingssygeplejerske Birthe Ottosen, Odense Universitetshospital.

Kom i gang med mini-MTV

Ind i kampen. Det er underligt, det kun er lægerne, som udarbejder mini-MTV'er om nye behandlinger og ny teknologi. Hvorfor melder sygeplejerskerne ikke ind med evidens for ny sygepleje? spørger MTV-konsulent Kristian Kidholm, Odense Universitetshospital.

AF BIRGIT BRUNSTED, JOURNALIST • FOTO: ALEX TRAN

”Sygeplejerskerne har en svær sag, når de beder lægerne om noget nyt, hvis de ikke kan bakke det op med en mini-MTV,” siger Kristian Kidholm, MTV-konsulent og ph.d., i Forsknings- og MTV-afdelingen, Odense Universitetshospital.

”Og jeg har endnu ikke set en mini-MTV sat i gang af sygeplejersker.”

Kristian Kidholm ved, hvad han taler om, for på Odense Universitetshospital finder man den Nationale Database over mini-MTV (se boks).

En gang om året sender Danske Regioner brev ud til alle hospitaler for at spørge, om de har planer om nye behandlinger, der vil koste penge. Og når sygehusene svarer tilbage, er der oftest vedlagt en mini-MTV.

”I år har sygehusene meldt 100 nye ting ind. Men ikke nogen fra sygeplejerskerne. Og det er da underligt, det kun er læger, der melder ind om nye maskiner og ny medicin. Hvorfor kommer sygeplejerskerne ikke og siger: ”Her er evidens for ny sygepleje, vi burde tage i anvendelse på danske hospitaler”? Sygeplejen er jo en meget stor andel af budgettet,” siger Kristian Kidholm.

Relevant for alle faggrupper

”Min pointe er, at der er behov for, at alle relevante faggrupper deltager i udformning af mini-MTV'er. Hvis man f.eks. vil indføre en ny behandling, der påvirker sygeplejerskernes arbejdstilrettelæggelse, bør de, der udarbejder mini-MTV'en, deltage i gruppen, så konsekvenserne for deres personalegruppe kommer med,” tilråder Kristian Kidholm.

”Sygeplejerskerne kunne med en mini-MTV i hånden sige, at her er videnskabelig dokumentation for, at plejen kan blive bedre. Det kunne være ny sårbehandling, nye madrasser eller brug af motiverende samtaler. Mini-MTV er en god måde at præsentere evidensen for nye ting på plejeområdet og konsekvenserne for patienter, personale og økonomi. Og her burde sygeplejen også være med.”



Kristian Kidholm, MTV-konsulent på Odense Universitetshospital opfordrer sygeplejersker til at bruge mini-MTV, når der skal indføres ny sygepleje og regionen skal informeres. ”Sygeplejen er jo en meget stor andel af budgettet,” siger han.

Er det ikke mærkeligt, at sygeplejen fylder så lidt?

”Jo, for de fleste afdelingsledelser på danske sygehuse kender til mini-MTV, og på de kliniske afdelinger er der jo også sygeplejersker i ledelsen.”

”Sygeplejerskerne må se at komme i gang med at bruge mini-MTV som et redskab og huske at tænke i evidens, hvis de vil have penge til noget nyt,” siger Kristian Kidholm og fortsætter:

”På den anden side mangler vi forskning i sygeplejen, og hvis sygeplejerskerne tager udfordringen op og begynder at bruge mini-MTV, står de som udgangspunkt svagere, fordi der ikke er megen forskning.”

Nødt til at sætte tal på

Kristian Kidholm tilføjer, at sygeplejeforskningen har en stor interesse for det kvalitative område, men at sygeplejerskerne også er nødt til at kende til kvantitativ forskning, såsom måling af effekter på dødelighed, livskvalitet og patienttilfredshed.

”Kvantitativ forskning, altså måling af virkningen på patienternes helbred og livskvalitet, og gerne i randomiserede studier, er nødvendig for at komme op på et højt evidensniveau, når man skal dokumentere en behandlingseffekt. Man kommer ikke uden om at sætte tal på, hvor meget en ny type sygepleje er bedre end den gamle. Det er ikke nok at spørge patienterne, hvordan de har det,” siger han.

Kristian Kidholm mener, det er meget vigtigt, at sygeplejeuddannelserne og efteruddannelsen tager dette op. Han siger:

”På University College Lillebælt bliver sygeplejeeleverne undervist i mini-MTV som en del af undervisningen i kvalitetsudvikling, og min erfaring er, at de studerende er helt med på, at her er et redskab, de kan og skal bruge.”

redaktionen@dsr.dk

))) NATIONAL MINI-MTV-DATABASE

Forsknings- og MTV-afdelingen på Odense Universitetshospital har oprettet en database over alle mini-MTV'er udført i hospitalsregi. Målet er at styrke mini-MTV som beslutningsgrundlag på hospitalerne. Idéen er at undgå dobbeltarbejde. Databasen er fra fagpersoner til fagpersoner. Den kan bruges, når man overvejer ny behandling, og til at få overblik over nye behandlinger på vej.

Alle opfordres til at indsende mini-MTV'er. Materialet lægges direkte ind og er hverken redigeret eller vurderet. I databasen ligger flere end 100 mini-MTV'er.

Her finder du mini-MTV-databasen: www.ouh.dk/wm134445

NB: Basen er kun tilgængelig via pc'er på institutioner i de fem regioner eller i Sundhedsstyrelsen.



Mandag morgen starter altid med, at sygeplejerskerne og sekretæren selv går på vægten. Her er det sygeplejerske Karin Pilmann.



Susanne Malmstrøm slutter kostvejledningen til Sanne Musleh med et godt råd: Ingen trang varer mere end tre minutter. Så når du trænger helt vildt til noget sødt, så find på noget at lave imens. Læg vasketøjet sammen, eller lug et bed.



De tre sygeplejersker Susanne Malmstrøm, Karin Pilmann og Lisa Høj er for en gangs skyld i Lægehuset samtidigt, normalt er de to på arbejde ad gangen.

))) HVAD ER DIN BEDSTE OPLEVELSE MED EN PATIENT I DEN SENESTE UGE?

"Sanne Musleh, som var her i dag, kom efter vores første livsstilssamtale og har lavet de kostregistreringer, jeg har bedt om. Og hun er i den grad indstillet på at gå videre. Så jeg kan se, at her vil der komme til at ske noget."

Greb chancen. Konsultationssygeplejerske Susanne Malmstrøm og hendes kolleger har over årene fundet flere og flere områder, hvor de kan aflaste lægerne og få et selvstændigt ansvar.

HUN HAR SELV FORMET JOBBET I LÆ

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

For 10 år siden søgte Susanne Malmstrøm en stilling i Lægehuset, Allehelgensgade i Roskilde.

"Det var en sekretærstilling, men jeg tænkte, at der nok var noget, jeg kunne bruge min sygepleje på," fortæller Susanne Malmstrøm, smilende ved erindringen.

I dag har hun sit eget kontor, egne patienter og egne ansvarsområder, f.eks. rygestop og rejsevaccinationer. Foruden hende er der to andre sygeplejersker ansat.

Det er mandag morgen, og kl. 8 sidder den første af en lang række patienter i stollen over for Susanne Malmstrøm.

Christine Seidelin på 13 år skal egentlig bare have en hpv-vaccine. Men samtidig vil hun gerne have kigget på et sår på knæet. Hun er væltet på cyklen for nogen tid siden, og hun synes, såret ser forkeret ud, det er mørkfarvet og buler.

"Og du har passet på, at det ikke har fået sol?"

Christine Seidelin nikker.

Det var en langvarig proces at få såret lægt, og det kan godt blive aktuelt med

en henvisning til plastikkirurg på et tidspunkt, men ikke endnu, vurderer Susanne Malmstrøm.

Hun henter Niels Holm, en af de fire læger i praksis, og han er enig.

"Det er ikke kønt, men jeg tror ikke, det kan laves lige med det samme," siger han til den unge pige.

"Måske om 2-3 år."

"Så er jeg allerede 10 minutter bagefter," konstaterer Susanne kl. 8.15 efter konsultationen.

"Jeg regnede med, at det kun var en vaccine, men så fik vi lige kigget på det andet også."

Tiden er allerede indhentet, da den næste patient bliver væk uden afbud. Rygestopvejledning, og Susanne er ikke overrasket. Det kniber tit med motivationen.

Den er til gengæld i top hos dagens tredje patient, Sanne Musleh, der kommer for at få 2. samtale i et forløb med kostændringer og livsstilsvejledning.

Og sådan går det videre: svangreundersøgelse, blodtrykskontrol, prikttest osv.

Undersøgelsen af Sanne Høyer Ander-

sen, nygravid med det andet barn, er et eksempel på de opgaver, Susanne Malmstrøm deler med lægerne. Hun opretter vandrejournal og svangrejournal og tager sig af livsstilsdelen. Så kan lægen nøjes med at afsætte 20 minutter til undersøgelsen.

Andre delte opgaver er patienter med kroniske lidelser, som diabetespatienterne, der går til kontrol hos lægen én gang om året og de øvrige tre gange hos sygeplejersken.

Hvad skal man specielt kunne som sygeplejerske i et lægehus?

"Man skal være allround. Og hvis man har lidt fantasi og i øvrigt kender sine grænser, er det min erfaring, at man kan få de opgaver, man gerne vil have."

Man skal også være indstillet på at være på en lille arbejdsplads, hvor man er tæt på hinanden. Og så skal man kunne trække grænsen mellem arbejde og privatliv.

"Det er vigtigt i et lokalsamfund, hvor patienterne kan være folk, man kender fra gaden eller omgangskredsen."

kbj@dsr.dk



GEHUSET

Man kan få det, som man vil have det, hvis man gør en indsats, lyder Susanne Malmstrøms valgspog.



Det er Allan Christensens første priktest. Man starter fra en ende med at tjekke for birkefrø, græs, bynke, dyreskæl, kat, husstøvmider og svampe.



"Livsstilsknækkeren" kalder Lægehuset sit forløb med vejledning om kost, motion og livsstil.



Christine Seidelin er væltet på cyklen, og det tog lang tid at få såret på knæet hele. Nu synes hun, det ser forkert ud, er der noget i vejen?



Næsten alle pigerne i Christine Seidelins klasse har sagt ja til hpv-vaccinen, som forebygger mod livmoderhalskræft senere i livet.

Stiller du op for dine kolleger



Kredsbestyrelsesvalg

Er du den, der brænder for at skabe bedre arbejdsdage for dig og dine kolleger? Og har du lyst til at bidrage til udviklingen, når det handler om at sikre bedre løn, faglig udvikling og et stærkt sundhedsvæsen. Så er det nu!

Grib muligheden og stil op til Dansk Sygeplejeråds lokale bestyrelse i din kreds og bliv en del af det hold, der sammen med den nyvalgte formand skal lægge sporene for fremtidens Dansk Sygeplejeråd.

Du får netværk, indflydelse og erfaring

Som kredsbestyrelsesmedlem får du indflydelse på den politiske linje, Dansk Sygeplejeråd fører, og der er ikke langt fra tanke til politisk handling. Men du får meget mere end indflydelse. Du får et bredt netværk, erfaring med at arbejde i en bestyrelse, og ikke mindst erfaring med at skulle begå sig i et politisk miljø.

Har du en favoritkandidat?

Det kan også være du har en god kollega, som du mener vil være god til at tale sygeplejerskernes sag? Så kan du opfordre hende til at stille op til valget – send et elektronisk postkort via www.dsr.dk/kredsvalg2009
Her kan du også læse meget mere om, hvordan du bliver kandidat.

Sidste frist for at stille op er onsdag
den 30. september kl. 15.



Kredsbestyrelsesvalg 2009



RED PATIENTEN FRA AT DRUKNE I INFORMATION

Skrap sortering. Lad være med at oversvømme patienterne med skriftlig information. Fortæl kun det nødvendige, og gør det kort.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST

Mange patienter går død i den skriftlige information, de får udleveret. Det viser f.eks. en aktuel undersøgelse fra Gentofte Hospital. Patienterne føler sig faktisk godt informeret af sygehusets personale, men det kniber med at komme igennem det skriftlige materiale, ikke mindst de lange forklaringer om frit sygehusvalg.

”Patienterne synes, de får utrolig meget skriftlig information udleveret, og at det er svært at vide, hvad der er vigtigst. Hvis der så oven i købet er oplysninger, f.eks. om besøgstider, der optræder flere steder, står de af, og man risikerer, at de aldrig når frem til den væsentlige information,” siger kommunikationsmedarbejder Astrid Dalum.

Skriv kun det, der er nødvendigt for pa-

tienterne at vide, og gør det kort og klart. Det er Astrid Dalums anbefaling.

”Selv om det f.eks. er lovbealet at oplyse om frit sygehusvalg, kan man godt gøre det klart og kortfattet. Så kan man samtidig have noget særskilt materiale, man kan henvise de interesserede til,” siger Astrid Dalum.

Og selv om man forkorter og forenkler, behøver man ikke at være bange for at tabe den lille gruppe patienter, der gerne vil læse alt, uanset hvor meget og hvor langt.

”Det er aktive patienter, der i forvejen er gode til at spørge, gå på nettet og på biblioteket, hvis de vil vide mere,” siger Astrid Dalum.

kbj@dsr.dk

FALDGRUBERNE: for meget

uvedkommende oplysninger

fremmedord og fagudtryk

DET KAN DU GØRE:

- skriv kort og klart
- tænk over, hvad patienten skal bruge oplysningen til
- fortæl kun det, som er nødvendigt for patienten at vide
- sørg for, at der ikke er overlap, hvor den samme oplysning f.eks. både optræder i det personlige indkaldelsesbrev og det generelle velkomstmateriale.
- del materialet op og målret de enkelte dele
- brug kun det materiale, alle får, til oplysninger, der er nødvendige for alle
- læg oplysninger, som er relevante for mindre grupper af patienter, som tillægsinformation i særskilte informations-skrivelser eller pjecer
- overvej, hvornår det er relevant at dele materialet ud. Er der f.eks. grund til at uddele materiale om specifikke behandlingsformer til en patient, før det er afgjort, hvilken behandling patienten skal have?
- skriv i et sprog, som man kan forstå uden en sundhedsfaglig uddannelse.
- få hjælp udefra til at vurdere, om sproget er tilstrækkeligt klart og letforståeligt. Hvis arbejdspladsen ikke har en kommunikationsenhed, man kan trække på, kan man f.eks. bede nogle mennesker uden sundhedsfaglige forudsætninger om at læse materialet.

Kilde: Kommunikationskonsulent Astrid Dalum, Gentofte Hospital.

TING, SOM ER VIGTIGE FOR MIG



"Det er noget helt nyt, jeg har kastet mig over! Jeg besluttede mig for, at når jeg sidder på kontor meget af dagen, så må jeg også gøre noget for at holde mig i gang."



"Til venstre sidder min storesøster Sara med min niece Veronika på to år. Til højre er det min tvillingsøster Ester. Det har været rigtig svært at flytte fra dem, da jeg tog til København, og jeg savner dem meget."



"På grund af min ordblindhed kan jeg godt blive hurtigt træet engang imellem, hvis jeg f.eks. har læst meget i løbet af dagen. Men i det hele taget har jeg vist et ret godt sovehjerte og elsker det frirum, det er, når jeg kan kravle i seng, nyde freden og meditere lidt efter en lang arbejdsdag."



"Nålen fik jeg, da jeg var til ICN-konference i Durban, hvor jeg var oppe og holde tale for ICN Student Network. Man får en mønt, når man har holdt tale, men den ligger gemt i en flyttekasse i øjeblikket, så nålen må repræsentere, hvor privilegeret jeg følte mig over at deltage i konferencen."

"Jeg er ordblind, og det er noget, jeg har kæmpet en del med. Men det har også betydet, at jeg har bevist over for mig selv, at selvom jeg har et handicap, kan jeg komme langt, hvis jeg arbejder for det."



MENINGER –



Judit Kyed Jensen er formand for de godt 5.000 sygeplejestuderende, der er medlem af de Sygeplejestuderendes Landsammenslutning. Hun har kontor i Dansk Sygeplejeråds domicil, Kvæsthuset.

DET ER DA NOGET, MAN SIGER HØJT

AF MILLE DREYER-KRAMSHØJ, JOURNALIST • FOTO: SIMON KNUDSEN

Da Judit Kyed Jensen var lille, tog hun tit med sin præstemor på det tidligere Odder Sygehus, når moderen skulle besøge syge sognebørn. Hun blev dengang meget imponeret over, hvor seje sygeplejerskerne var, og at der altid var plads til smil, også når der var mest travlt. Hun besluttede sig for, at hun selv ville trække i den hvide kittel en dag, så hun kunne komme ud og få kontakt med mennesker – og gerne mange af dem.

Med to søskende og en livlig gennemgang af mange gæster i barndomshjemmet var hun vant til en masse aktivitet omkring sig, og forældrene lagde meget vægt på, at meninger, det var noget, der skulle ud og siges højt! Derfor har hun helt tilbage fra sin folkeskoletid siddet i elevråd og engageret sig i studentpolitik. Da hun startede på sygeplejerskeuddannelsen, var det nærliggende at kaste sig over bestyrelsesarbejdet i de Sygeplejestuderendes Landssammenslutning (SLS) og fortsætte interessen for at være med til at skabe et godt studiemiljø.

Judit Kyed Jensen synes, at jo mere hun interesserer sig for sin uddannelse og alt det politiske omkring den, jo mere gejst for faget giver det hende igen. Den gejst har nu ført til formandsposten i SLS, hvor hun tiltrådte den 15. juli i år og skal sidde et år på posten.

Judit Kyed Jensen er 24 år og er lige flyttet til København, hvor hun deler en lejlighed i Brønshøj med en anden studerende. Hun afsluttede sit 5. semester på sygeplejerskolen i Århus i juni og vender tilbage til studiet, når formandskabsperioden er færdig.

Min funktion

”Det er synd, at så mange unge i min generation ikke rigtig er bevidste om, hvor vigtigt det er med en stærk fagforening, så det er selvfølgelig noget af det, jeg gerne vil arbejde mere for at gøre opmærksom på. Ved semesterstart tager jeg i fællesskab med resten af forretningsudvalget ud på skolerne for at introducere SLS og DSR for de nye studerende, og ellers går en stor del af min tid med møder og en del administrativt arbejde.”

Lige nu

”I øjeblikket samarbejder vi i SLS med DSR om en ny strategi, hvor vi har fokus på at højne kvaliteten i klinikken. I første omgang vil vi gerne lave en undersøgelse, der bl.a. ser på, hvad kvalitet i det hele taget er, hvad det kræver, og om vi f.eks. skal se på, om de kliniske vejlederes uddannelse skal forbedres.”

Om fem år

”Der er jeg sygeplejerske på en kirurgisk afdeling, superkvinde og stolt af mit fag! Længere ude i fremtiden kunne jeg godt forestille mig at forske, men først vil jeg have en masse klinisk erfaring.”

mdk@dsr.dk



Taler du ledernes sag?

Lederforeningsvalg

Vil du være med til at give ledende sygeplejersker en stærkere stemme inden for Dansk Sygeplejeråds fællesskab? Og har du idéer til, hvordan lederne kan være med til at skabe de bedst mulige rammer for både medarbejdere og patienter i et stærkt sundhedsvæsen? Så er det nu!

Lederforeningen i Dansk Sygeplejeråd skal vælge ny formand og bestyrelse. Det er din chance for at være med til at fastlægge den politiske linje i Lederforeningen.

Unik mulighed

Men du får meget mere end indflydelse. Du får et bredt netværk i og uden for Dansk Sygeplejeråd, erfaring med at arbejde i en bestyrelse og med at skulle begå sig i et politisk miljø. Samtidig får du en unik mulighed for at præge en ung organisation i den retning, du synes er vigtig.

Har du en favoritkandidat?

Det kan også være, du har en god kollega, som du mener vil være god til at tale de ledende sygeplejerskers sag? Tænk over, hvem du mener, vil være bedst til at repræsentere dig og dine synspunkter og vær med til at opfordre dem til at stille op. Det kan du bl.a. gøre via elektroniske postkort og andet materiale, som findes på www.dsr.dk/lederforeningsvalg2009, hvor du også kan læse meget mere om, hvordan du bliver kandidat.

Sidste frist for at stille op er onsdag den 30. september kl. 15.





ARKIVFOTO: ISTOCK

BLIV FAN AF DE HVIDE SKO PÅ FACEBOOK

Nu kan du hente viden om barseldagpenge, få tip til jobsøgning eller teste din viden om arbejdsløshed, hvis du tilmelder dig fansiden "De Hvide Sko" på Facebook. Fans vil f.eks. modtage tilbud fra Danske Sundhedsorganisationers a-kasse, DSA. Kig forbi siden, og se, om du har lyst til at blive fan: www.facebook.com/pages/Kobenhavn-Denmark/De-Hvide-Sko/100533411061



Anerkendelse, der kan mærkes

Mange ledere har svært ved at finde ud af, hvad der er det væsentlige i ros og anerkendelse, mener arbejdsmiljøforskeren Peter Hasle. De har måske et billede af, at det handler om at give folk et klap på skulderen. Men i virkeligheden efterlyser folk i højere grad, at de får en direkte feedback på det, de laver, så de kan se, at det er vigtigt og værdifuldt.

- Anerkendelse skal gives for et konkret stykke fagligt arbejde.
- Anerkendelse skal gives undervejs.
- Anerkendelse er at reagere på medarbejdernes krav og kritik.
- Anerkendelse kan også være kritisk – men giv kritik på en sådan måde, at personen ikke sidder tilbage med en følelse af at være mislykket som menneske.

Kilde: www.arbejdsmiljoviden.dk

Eksperten siger ...

Frygten for kolesterol i æg er ude af proportioner i forhold til alt det fastfood, fedt kød, smør og fede mejeriprodukter, som vi propper os med. Æg er et fantastisk næringsmiddel. Proteiner og aminosyrer er så rene, at man bruger æg som reference, når man skal måle protein i anden mad. Æg har en biologisk værdi på 100, dvs. at alt det, der er i, optager vi.

Kilde: Diætist i Hjerteforeningen, Lene Kromann-Larsen i Politiken.



FRI FOR HÆVEDE OG UROLIGE BEN

Myrekryb i benene efter en aktiv arbejdsdag gør det svært at falde i søvn. Urolige ben skyldes ofte ophobet væske, og når ben og fødder hæver, kribler og krabler det ubehageligt, og huden føles alt for stram. Her hjælper kredsløbsøvelser, der fremmer cirkulationen, så trykket letter, og myrerne i benene falder til ro. Øvelsen modvirker desuden tendens til åreknuder.

- Læg dig på ryggen på et jævnt, fast underlag.
- Træk benene ind over maven og stræk dem lige i vejret, så knæ og fødder er over hofterne.
- Bøj og stræk underben rytmisk og hurtigt. Kast energisk underbenene op mod loftet, og tab dem, så hælene dasker mod enden. Bliv ved så længe, du kan.
- Slut øvelsen med at finde det sted, hvor benene kan stå uanstrengt og strakt lige mod loftet.
- Drej et par gange med fødderne hver vej rundt i anklerne.
- Bøj og stræk ankelledene maksimalt. Gør det i en jævn rytme 10 til 20 gange.
- Bøj knæene, sæt fodsålen i underlaget og lad benene glide langs underlaget, til benene er strakt.
- Træk vejret dybt et par gange, mens du mærker, hvordan ben og fødder har det nu.

Kilde: Afspændingspædagog Ea Suzanne Akasha.



Der er brug for dig! Gode argumenter for at stille op fra (tv) Irene Hesselberg, Else Kayser, Anni Pilgaard, Helle Dirksen, Vibeke Westh og Jytte Wester.



DER ER BRUG FOR

Indflydelse! Alle aktive medlemmer af Dansk Sygeplejeråd kan senest ved udgangen af september stille op til organisationens kredsbestyrelser. 158 tillidsposter er på valg.

AF SØREN PALSBO, JOURNALIST • FOTO: POUL RASMUSSEN

Brænder du for dit fag? Vil du gerne have indflydelse på sygeplejens vilkår, på sundhedspolitik eller Dansk Sygeplejeråds prioriteringer, så er det oplagt at stille op som kandidat ved de forestående valg i Dansk Sygeplejeråd. Der er valg til fem kredsbestyrelser og til Lederforeningen.

Fristen for opstilling til de 158 tillidsposter i kredsbestyrelserne og de 11 bestyrelsespladser i Lederforeningen er onsdag den 30. september kl. 15. Du kan nå det endnu, og der er brug for dig. Seks medlemmer af Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse kommer her med hver deres bud på hvorfor.

Anni Pilgaard, formand for Kreds Syddanmark:

”Indflydelse er ikke noget, man får, det er noget, man tager – derfor opfordrer jeg til, at du stiller op til kredsbestyrelsesvalget/lederforeningsvalget.”

Helle Dirksen, formand for Kreds Sjælland:

”Sygeplejersker er mangfoldige – det skal kredsbestyrelsen afspejle. Derfor er der brug for lige netop dig.”

Vibeke Westh, formand for Kreds Hovedstaden:

”Du skal stille op, fordi dit engagement i sygeplejen fortjener at blive omsat til fagpolitik og indflydelse til gavn for fag og kolleger.”

Else Kayser, formand for Kreds Midtjylland:



))) VALGET BEGYNDER DEN 25. OKTOBER

Hvis du er aktivt medlem af Dansk Sygeplejeråd senest pr. 1. oktober, kan du stille op til kredsbestyrelsesvalget. Opstillingsfristen er den 30. september 2009 kl. 15. Du melder dig som kandidat ved at gå ind på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside på adressen www.dsr.dk/kredsvalg2009. Har du problemer, kan du få hjælp ved at ringe til 2612 2520 eller sende en e-mail til: support@aion.dk



Kredsbestyrelsesvalg 2009

Der skal vælges fem kredsformænd, 18 kreds næstformænd og 135 kredsbestyrelsesmedlemmer, i alt 158 af de delegerede i Dansk Sygeplejeråds kongres. De fordeler sig med 47 delegerede i Kreds Hovedstaden, 21 i Kreds Sjælland, 35 delegerede i Kreds Syddanmark, 37 i Kreds Midtjylland og endelig 18 delegerede, der repræsenterer Kreds Nordjylland.

Selve valghandlingen begynder den 25. oktober. Du kan stemme via internettet eller via brevstemme. Den elektroniske afstemning slutter den 8. november kl. 23.59. Brevstemmer skal være modtaget senest den 9. november kl. 9. Inden valghandlingen begynder, modtager du et brev med en valgplacat. Her finder du en oversigt over de opstillede kandidater i din valgkreds. Dansk Sygeplejeråd opfordrer i øvrigt til, at du stemmer elektronisk via hjemmesiden. Resultatet af kredsbestyrelsesvalget offentliggøres den 9. november senest kl. 17.

På www.dsr.dk/kredsvalg2009 kan du læse meget mere om valget og om arbejdet i Dansk Sygeplejeråds kredsbestyrelser.



Lederforeningsvalg 2009

I samme periode som valget til Dansk Sygeplejeråds kredsbestyrelser er der valg af formand og bestyrelse for Lederforeningen i Dansk Sygeplejeråd. Ca. 4.400 ledende sygeplejersker er stemmeberettigede og skal vælge formand samt to bestyrelsesmedlemmer i hver af Dansk Sygeplejeråds fem kredse eller i alt 11 bestyrelsesmedlemmer. Lederforeningen har seks repræsentanter i Dansk Sygeplejeråds kongres, nemlig formanden og det bestyrelsesmedlem fra hver kreds, som får flest stemmer.

Selve valghandlingen finder sted i perioden fra den 25. oktober til den 8. november kl. 23.59. Som ledende sygeplejerske kan du kun stemme via internettet, ikke ved brevstemme. Resultatet af valget offentliggøres den 9. november senest kl. 17. Forud for valget modtager du en placat, der omtaler de opstillede kandidater.

Du kan læse mere om valget til Lederforeningen på www.dsr.dk/lederforeningsvalg2009

DIG

”Fremtiden er nær, grib chancen og brug din indflydelse i Dansk Sygeplejeråd til gavn for sygeplejerskerne!”

Jytte Wester, formand for Kreds Nordjylland:

”Stil op for at få indflydelse på vores fag og det, der har betydning for sygeplejerskers hverdag.”

Irene Hesselberg, formand for Lederforeningen:

”Gør din indflydelse gældende og skab resultater for lederne!”

Brug din faglighed politisk

Det er vigtigt, at Dansk Sygeplejeråds kredsbestyrelser afspejler den faglige mangfoldighed. Det påpeger tre formænd for faglige selskaber, som *Sygeplejersken* har talt med om det forestående valg.

Birte Baktoft, formand for Fagligt Selskab for Anæstesi-, Intensiv- og Opvågnings sygeplejersker:

”Det er bestemt ønskværdigt, at der er en bred faglig repræsentation i Dansk Sygeplejeråds kredsbestyrelser. Det vil give bestyrelsen et langt mere nuanceret billede af, hvordan verden ser ud uden for kreds-kontoret.”

Susanne Hede, formand for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker:

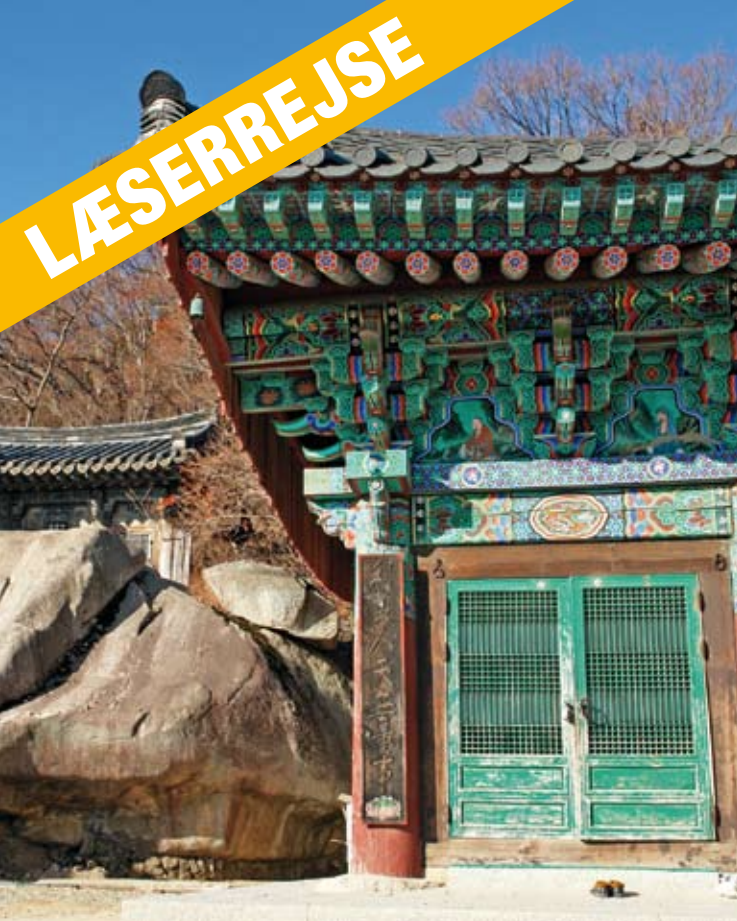
”Det faglige engagement hører for mig sammen med lysten til at videregive kernen i mit fag – omsorgen i kombination med sundhedsfremme og forebyggelse – såvel i vores organisation som ude i verden på mange forskellige niveauer. Ved at vise engagement i det fagpolitiske kan man få en vigtig stemme, som kan bruges til gavn for børn og unge i Danmark.”

Birgitte Grube, formand for Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker og tidligere bestyrelsesmedlem i daværende Hovedstadens amtskreds:

”Som fagligt engageret kan man bringe det nære kliniske og faglige ind i kredsens arbejde og via kredsen opnå indflydelse på de politiske beslutninger. Det kan være ret vanskeligt, når man sidder længere væk fra det politiske miljø. Det er svært at finde den mest direkte vej, efter at de politiske systemer er blevet så store.”

Læs mere om kredsbestyrelsesvalget på www.dsr.dk/kredsvalg2009, hvor du også kan melde dig som kandidat. Kandidaternes valgoplæg kan læses på hjemmesiden fra den 2. oktober.

LÆSERREJSE



Albatros
travel



Sprudlende Sydkorea

Sydkorea er et nyt, fascinerende og sikkert rejsemål, og denne læserrejse omfatter historie, natur og kultur samt faglige besøg på nogle af landets mest velrenommerede hospitaler. **9 dage m/dansk rejseleder.**



Velkommen til denne spændende og anderledes rejse på den koreanske halvø, der udover koreansk natur, kultur og gæstfrihed rummer besøg på Koreas største og mest moderne hospital Samsung Medical Center samt to klinikker med speciale i traditionel orientalsk medicin.

Rejsen starter i verdensbyen Seoul, som for få år siden var vært for VM i fodbold. Vi skal her besøge det imponerende kejserpalads Gyeongbook og de mere moderne dele af Seoul. Vi besøger desuden grænsen til Nordkorea ved 38. breddegrad, hvor landet blev delt i 1953. En intens og tankevækkende oplevelse. Derefter drager vi til den centrale, sydlige del af Sydkorea. Her får vi indsigt i landets fortid i området ved den gamle kejserby Gyeongju, der fungerer som et gigantisk åbent museum. I området findes også nogle af Koreas største industrier, og vi besøger verdens største skibsværft.

I landets næststørste by Busan skal vi blandt andet kigge nærmere på et af Asiens største fiskemarkeder og byens dejlige strandpromade. Rejsen retur til Seoul tilbagelægges med KTX-højhastighedstog, og vi slutter af med en dag til indkøb og tid på egen hånd. Ginsengroden, der siges at lysne sindet, forlænge livet og øge potensen er et godt bud på indkøb.

Dagsprogram

- Dag 1: Afrejse fra København eller Billund
- Dag 2: Seoul / Seoul TV tårn og kejserpaladset Gyeongbook
- Dag 3: Seoul / Udflygt til den demilitariserede zone, Samsung Medical Center og Nantaforestilling.
- Dag 4: Seoul - Punggi - Gyeongju / Jaseng Hospital of Oriental Medicine og Ginseng marked
- Dag 5: Gyeongju / Templer og natur i skøn forening
- Dag 6: Gyeongju - Busan / Verdens største skibsværft og traditionelt hospital i Gyeongju
- Dag 7: Busan / Fiskemarked, Busan Tower, Taejongdae og Beomosatemplet
- Dag 8: Busan - Seoul / Højhastighedstog til Seoul, antikgaden Insadong og afskedsmiddag
- Dag 9: Seoul - København

Afrejse og pris

1. februar 2010

Pr. person i delt dobbeltværelse kr. 12.990,-

Tillæg for eneværelse kr. 1.490,-

Rejsen inkluderer

Flyrejse København - Seoul t/r med Finnair via Helsinki • Alle skatter og afgifter
Dansk rejseleder • Engelsktalende lokalguide • Indkvartering på turistklassehoteller
Transport iht. program • Morgenmad dagligt • Frokost dag 2 - 7 • Middag dag 8.

Tilmelding & information hos Albatros Travel • Tlf.: 3698 9898

Mail: booking@albatros-travel.dk • Oplys venligst bestillingskode LR-SYG

Læs hele programmet på <http://www.albatros-travel.dk/sygeplejersken/>

NÆSTE REJSER:

KINA 2010

CAPE TOWN 2010

Ny tid starter her

Med afgørelsen af formandsvalget i Dansk Sygeplejeråd i mandags har medlemmerne ved direkte valg, for første gang i 37 år, afgjort, hvem der skal være den kommende formand.

I demokratiets hellige navn er det en vigtig afgørelse, da medlemmernes opbakning til den siddende formand er betydningsfuld for vores forhandlingsmæssige styrke, og dermed for løn- og arbejdsvilkår for sygeplejersker overalt, samt for vores indflydelse på sundhedspolitikken.

Afgørelsen har givet mig muligheden for at sætte mig i spidsen for medlemmerne indtil foråret 2012, og det er en opgave, jeg går til med stor ydmyghed.

Medlemmerne er Dansk Sygeplejeråd, og det er derfor jer, der bestemmer, hvilken vej vi skal gå – og takten – men jeg har fået førertrøjen på.

Jeg vil derfor arbejde for, at vi får genoprettet den gamle styrke, får hentet nye medlemmer og holder fast i de eksisterende, vi skal i tættere dialog med medlemmerne om den

retning, vi sætter, for den skal i høj grad afspejle hverdagen ude på arbejdspladserne, uanset om det er i kommuner, regioner, i det private eller i det statslige område, og uanset om det er studerende, sygeplejersker i basisstilling eller ledende sygeplejersker.

Vi skal kæmpe kampen om ligeløn i fremtiden sammen med en række andre faglige organisationer.

Vi skal finde nye udviklingsområder, hvor sygeplejersker med fordel kan gøre en forskel, og hvis det kræver mere uddannelse, så må vi kæmpe for, at den bliver etableret. Vi skal afgive arbejde, som ikke er sygeplejerelevante, det er ikke meningen, at vi skal uddannes til sygeplejerske for at gøre rent på afdelingen, lave opfyldningsarbejder eller trampe papkasser. Opgaveglidning handler også om, at vi skal blive mere skarpe på at afgrænse eget faglige felt, så vi kan opdyrke nye områder og afgive noget, som andre kan gøre.

Vi skal være skarpere på den sundhedspolitiske dagsorden. Der skal sættes flere penge af til den offentlige sektor, så vi kan se, at det er muligt at sikre let og lige adgang til sundhedsvæsenet for alle. Det kan bl.a. ske ved, at vi afskaffer fradragsretten på sundhedsforsikringer. Vi skal tale sagen for såvel de medicinske som de psykiatriske patienter, da de har brug for et stærkt talerør. Og endelig skal vi kæmpe kampen for, at der sættes penge af til sundhedsfremme og forebyggelse, det kan knække de meget negative forudsigelser om antallet af kronisk syge i fremtiden, og det er simpelthen nødvendigt.

Sammen skal vi tænke nyt.

Tak for tilliden.

"Vi skal finde nye udviklingsområder, hvor sygeplejersker med fordel kan gøre en forskel, og hvis det kræver mere uddannelse, så må vi kæmpe for, at den bliver etableret."



Grete Christensen

Grete Christensen, formand

Vi vil det bedste for patienterne

AF BIRGITTE BRASK SKOVGAARD, UDVIKLINGSSYGEPLEJERSKE, MLP

Kommentar til "5 faglige minutter", "100 års danmarkshistorie påført tryksår og aldersdiskrimination" i Sygeplejersken nr. 14/2009.

Kære Evy Ravn

På Ortopædkirurgisk Afdeling værner vi om en høj læge- og sygeplejefaglig kvalitet i forhold til den gruppe ældre patienter, som af uheldige årsager har brækket deres lårben. Vi vil gerne uddybe, hvordan vi arbejder mod at opretholde denne kvalitet.

Vi er stolte af at kunne tilbyde vores patienter operation inden for 24 timer. At overholde 24 timer kan til tider være en kunst i sig selv, men med god vilje og et fortrinligt samarbejde med Anæstesiologisk Afdeling lader det sig heldigvis oftest gøre.

Vi arbejder efter evidensbaserede standarder, men disse fortæller jo oftest ikke,

hvordan man behandler en patient uden aldersdiskrimination eller med en individuel værdighed. Det er imidlertid sikkert, at vi arbejder efter devisen: Vi vil det bedste for alle vores patienter.

Vores fokusområder i forhold til patienten med hoftebrud er således ernærings-screening inden for 24 timer og iltbehandling de tre første døgn, hvis patienten er immobil. Endvidere er nattesøvnen vigtig, hvorfor patienten får sovemedicin med det formål, at patienten er udhvilet og derfor i stand til at genoptræne. Bruddet og følgerne efter operationen gør ondt, så en god smertebehandling er et absolut must i hvert enkelt tilfælde. Sammenhængende smertebehandling og mobilisering til bl.a. forebyggelse af tryksår er naturligvis vigtige elementer for, at rehabilitering vil lykkes.

Konfuse eller demente patienter, som kommer fra plejehjem, udskriver vi dagen efter operationen, hvorfor vi også gør os

særlig umage med disse patienters udskrivelse.

Vi håber derfor, Evy, at du måske vil ændre din opfattelse af behandlingen af ældre i sundhedssektoren, og at det, vi i denne kommentar har formidlet, vil give de resterende 696 +100-årige et håb om at blive behandlet med høj faglighed og ikke mindst værdighed. Det er absolut ikke vores ønske, at et hospitalsophold skal munde ud i "at døden skal have en årsag", ej heller for en 100-årig. Nej, vi vil gerne værne om den ældres livskvalitet og især på baggrund af et sundhedsfagligt og medmenneskeligt kvalitetsbegreb.

Birgitte Brask Skovgaard er ansat på Ortopædkirurgisk Afsnit K1, Regionshospitalet Silkeborg. Debatindlægget er skrevet på vegne af medarbejderne på afdelingen.

Svar

AF EVY RAVN, FAGREDAKTØR, SYGEPLEJERSKEN

Kære Birgitte Brask Skovgaard og medarbejdere på Ortopædkirurgisk Afsnit K1, Regionshospitalet Silkeborg!

Tak for jeres kommentar til mine 5 faglige minutter i Sygeplejersken nr. 14/2009, hvor jeg på baggrund af en selvoplevet historie pointerer, at aldersdiskrimination og påførte tryksår i vores behandlingssystem er uhørt. Jeg har fået en del henvendelser på min artikel og desværre fra flere, der har haft lignende negative oplevelser.

Det er derfor glædeligt at høre, at I inden for hoftebrud arbejder systematisk med ernærings-screening, iltbehandling ved immobilitet, nattesøvn, smertebehandling og mobilisering, ligesom I yder en omsorgsfuld sygepleje til alle aldersgrupper.

En anden læser (fra Rønne) har tillige gjort opmærksom på det nye Referenceprogram for Patienter med Hoftebrud, som vedkommende oplyser er særdeles brugbart i forhold til de elementer, jeg efterlyser i min klumme: Tid inden operation maks. 24 timer, trykafastning, scoring for tryk og justering af trykafastningsindsats. I kender sikkert programmet, der kan hentes på: <http://ortopaedi.dk> > referenceprogram

"Når folk kommer ind med blå blink, skal der ske noget hurtigt og specialisterne skal ind tidligere i forløbet."

Sophie Hæstorp Andersen (S), sundhedsordfører.

SKRIV KORT

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

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

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

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

HVAD MENER DU

www.sygeplejersken.dk

Denne uges spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:

Er det i orden at fjerne sit efternavn på navneskiltet?

Læs artiklen "Jeg fandt dit telefonnummer på nettet" på side 18.


Svar på spørgsmål stillet i *Sygeplejersken* nr. 16/2009:

Går du ind for højere sundhedsafgifter på usunde fødevarer som slik og sodavand?

Svar	antal	pct.
Ja	91	85,0
Nej	14	13,1
Ved ikke	2	1,9
I alt	107	100,0

Kliniske følger af hypotermi ses sjældent hos os

AF KENNETH JENSEN, ANÆSTESIOVERLÆGE

 *Kommentar til Klinisk artikel "Den kolde postoperative patient" af Carsten M. Pedersen, i Sygeplejersken 13/2009.*

Jeg har med stor fornøjelse læst Carsten Pedersens oversigtsartikel om postoperativ hypotermi (1). Jeg er enig i, at hypotermi bør forebygges. Det er vist, at ASA 4-patienter med nedsat kropstemperatur klarer sig dårligere end andre, men det er ikke sandsynliggjort, at det har klinisk betydning for andre end svært hjertesyg. Den meta-analyse, Pedersen refererer til (2), finder kun diskret øget risiko hos ASA 1-3-patienter mht. sårinfektioner, transfusionsbehov og takykardi, men ikke øget risiko for tryksår, patientoplevelt ubehag eller smerte. Pedersen refererer risikoen for tryksår og blodtransfusion forkert, men det er et mindre problem (side 43). Et større problem er, at det er uklart, om de postoperativt hypoterme patienter også

var hypoterme præoperativt. Det ville være sandsynligt, da de generelt er i ringe almentilstand. Dermed bliver hypotermi ikke en årsag, men et signal på et dårligt outcome.

Et andet problem er definitionen på hypotermi. Ifølge artiklen ligger grænseværdien for hypotermi (36 grader) inden for normalområdet for mange patienters kerntemperatur, hvilket jo er en metodefejl. Forfatteren bør forholde sig kritisk til dette problem.

Der er ingen tvivl om, at Carsten Pedersen har lagt et stort arbejde i denne oversigtsartikel, men måske skulle han have brugt mere tid på sin formulering. Frem for alt er det vanskeligt at se bort fra, at han har foretaget ordret copy-paste af store tekstafsnit fra en tidligere dansk oversigtsartikel af Jacob Rosenberg (3). Dette gælder i det store og hele side 44 og første spalte side 45.

Sidst vil jeg gerne gøre opmærksom på,

at vi på Bispebjerg Hospital rent faktisk lægger stor vægt på at bevare patienternes normotermi. Således får samtlige patienter bairhugger, varmetæppe og/eller varme væsker. Alle får målt kropstemperatur. Vi ser meget sjældent shivering eller kliniske følger af hypotermi hos os.

Kenneth Jensen er anæstesioverlæge på Centraloperationsgangen, Bispebjerg Hospital; kj33@bbh.regionh.dk

Referencer

- 1 Pedersen CM. Sygeplejersken 2009; 13: 40-9.
- 2 Scott EM et al. AORN J 2006; 83: 1090-1104.
- 3 Rosenberg J et al. Ugeskr Læger 1999; 161: 2935-8.

Svar

AF CARSTEN M. PEDERSEN, KLINISK OVERSYGEPLEJERSKE

Kære Kenneth Jensen!

Tak for din tilbagemelding på oversigtsartiklen om den kolde postoperative patient.

Jeg er enig i, at der i praksis gøres en stor indsats for at opretholde patientens normale kerntemperatur. Artiklen er ikke en kritik af praksis, men en argumentation for vigtigheden af at forebygge varmetab.

Definitionen på hypotermi er, som det fremgår af artiklen, ikke entydig, men majoriteten af den anerkendte internationale litteratur angiver grænsen for hypotermi til under 36 grader. Denne skal, som du rigtigt påpeger, og som det fremgår af artiklen, i praksis forholdes til målemetoden, døgn, køn, aktivitets- og aldersvariationer.

Du påpeger, at det ikke er sandsynliggjort, at der findes sammenhæng mellem hypotermi og risikoen for tryksår, patientoplevelt ubehag eller smerter. Scott og Buckland understreger, at resultaterne ikke er signifikante, men opvarmning af patienten reducerede risikoen for tryksår, hvilket er klinisk signifikant. Flere studier, som ikke indgår i oversigtsartiklen, men bl.a. refereres andet sted i artiklen, underbygger en signifikant sammenhæng mellem patientens oplevelse af ubehag (komfort) og hypotermi (1). Relationen mellem smerter og hypotermi er ikke diskuteret i artiklen. Kurz et. al. har fundet signifikant lavere incidens af sårinfektioner hos normoterme patienter efter colorektal kirurgi (1). Kardielstatus eller ASA-gruppering fremgår ikke som in- eller eksklusionskriterier. De procentuelle angivelser af komplikationer til hypotermi er refereret fra Kurz et. al., som det fremgår på s. 45 i artiklen. Nyere undersøgelser peger på signifikant højere værdier, f.eks. øges risikoen for blodtransfusion med 22 pct. (2).

Diskussionen om, hvorvidt de postoperative hypoterme patienter

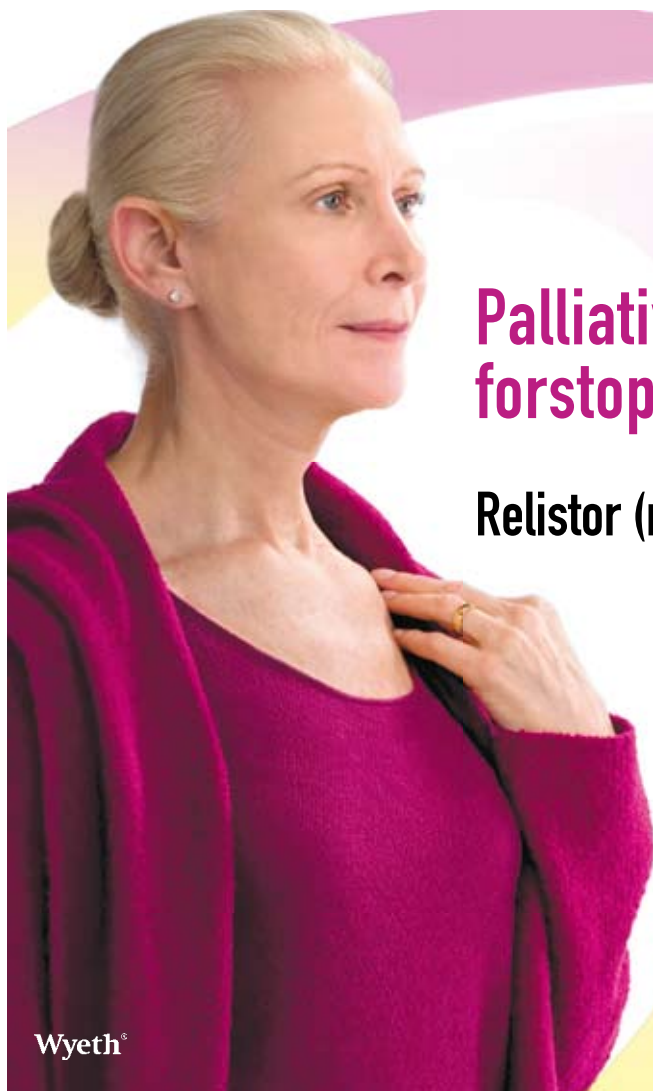
også var hypoterme præoperativt, er naturligvis et bias, som man må forholde sig til i fortolkning af undersøgelsesresultaterne. I flere af de refererede undersøgelser bliver patienternes udgangstemperatur målt i forbindelse med anæstesiindledning og anvendt i forbindelse med randomisering (1). Faktum er, at risikoen for hypotermi øges markant i forbindelse med anæstesi og operation.

Intentionen har været at gengive den udvalgte litteratur og tydeliggøre den diskussion, som er, samt give læseren mulighed for selv at vurdere relevansen/evidensen af de enkelte artikler. Jeg er opmærksom på, at de mange referencer kan have en negativ effekt på læservenligheden. I den forbindelse er uddrag af Jacob Rosenbergs oversigtartikel gengivet for at tydeliggøre de faktuelle fysiologiske forandringer, dette naturligvis med hjemmel i det originale kildemateriale.

Referencer

1. Kurz A, Sessler DI, Lenhardt R. Perioperative normothermia to reduce the incidence of surgical-wound infection and shorten hospitalization. Study of Wound Infection and Temperature Group. N.Engl.J.Med. 1996 May 9;334(19):1209-1215.
2. Rajagopalan S, Mascha E, Na J, Sessler DI. The effects of mild perioperative hypothermia on blood loss and transfusion requirement. Anesthesiology 2008 Jan;108(1):71-77.

Carsten M. Pedersen er ansat på anæstesiologisk afdeling Z, Bispebjerg Hospital; cped0070@bbh.regionh.dk



Palliative patienter bliver forstoppede af opioider

Relistor (methylnaltrexonbromid)

- 6 ud af 10 patienter får afføring allerede inden for 4 timer
- Smertelindringen bibeholdes
- Når laksantia er utilstrækkelig

RELISTOR[®]
methylnaltrexonbromid
subkutan injektion

M09J06RE.DK

Wyeth[®]

Wyeth Danmark, Produktionsvej 12, 2600 Glostrup. www.relistor.dk

Forkortet Produktresumé. Relistor[®] (Methylnaltrexonbromid) 12 mg/0,6 ml injektionsvæske, opløsning til injektion. **Indikationer:** Behandling af opioidinduceret obstipation hos patienter med fremskreden sygdom og i palliativ behandling, når respons på behandling med sædvanlige laksantia ikke har været tilstrækkelig. **Dosering:** Kun til voksne. Hvis behandling med sædvanlige laksantia har været utilstrækkelig, bør Relistor tilføjes for at inducere omgående afføring. Anbefalede dosis 8 mg (0,4 ml Relistor) (for patienter, der vejer 38-61 kg) eller 12 mg (0,6 ml Relistor) (for patienter, der vejer 62-114 kg). Det normale behandlingsprogram er en enkelt dosis hver anden dag. Doserne kan også gives med længere interval, alt efter klinisk behov. Patienterne må få to doser med 24 timers mellemrum, men kun hvis der ikke har været afføring efter dosis den foregående dag. Patienter, hvis vægt ligger uden for områderne, doseres med 0,15 mg/kg. Injektionsvolumen for disse patienter beregnes som: Dosis (ml) = patientens vægt (kg) x 0,0075. **Nyrepatienter:** For patienter med svært nedsat nyrefunktion (kreatinin-clearance mindre end 30 ml/min) skal dosen af methylnaltrexonbromid reduceres fra 12 mg til 8 mg (0,4 ml Relistor) for patienter, der vejer fra 62 til 114 kg, eller fra 0,15 mg/kg til 0,075 mg/kg for patienter, hvis vægt falder uden for området 62 til 114 kg. Der foreligger ingen data fra patienter med nysesvigt i dialyse, og Relistor kan ikke anbefales til disse patienter. **Nedsat leverfunktion:** Det er ikke nødvendigt at justere dosis for patienter med mild til moderat nedsat leverfunktion. Der foreligger ingen data fra patienter med svært nedsat leverfunktion (Child-Pugh, klasse C), og Relistor kan ikke anbefales til disse patienter. **Pædiatriske patienter:** Der er ingen erfaring med behandling af børn under 18 år. Methylnaltrexon bør derfor ikke anvendes i den pædiatriske aldersgruppe, før der foreligger yderligere dokumentation. **Eldre patienter:** Det er ikke nødvendigt at foretage dosisjustering på grund af alder. **Indgivelse:** Relistor gives som en subkutan injektion. Det anbefales at bruge skiftende injektionssteder. Det frarådes at injicere på steder, hvor huden er øm, forslået, rød eller hård. Undgå områder med ar eller strækmærker. De tre områder på kroppen, der anbefales til injektion af Relistor, er lår, abdomen og overarme. Relistor kan injiceres uden hensyn til fødeindtagelse. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Brug af methylnaltrexonbromid til patienter med kendt eller mistænkt mekanisk, gastrointestinal obstruktion eller akut abdomen er kontraindiceret. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Relistor bør ikke anvendes til behandling af patienter med obstipation, der ikke er forbundet med brug af opioider. Opstår svær eller persistent diarré under behandlingen, skal patienterne rådes til ikke at fortsætte behandling med Relistor og kontakte deres læge. Behandling med methylnaltrexonbromid kan medføre hurtig afføring (inden for 30 til 60 minutter i gennemsnit). Methylnaltrexonbromid bør kun anvendes i en begrænset periode. Relistor bør kun anvendes til patienter, der får palliativ behandling. Det bruges i tillæg til behandlingen med sædvanlige laksantia. Relistor kan ikke anbefales til patienter med svært nedsat leverfunktion eller med dialysekrævende terminalt nysesvigt. Anvendelse af methylnaltrexonbromid til patienter med kolostomi, peritonealkateter, aktiv divertikelsygdom eller fækult er ikke undersøgt. Relistor bør derfor kun indgives til disse patienter med forsigtighed. Dette lægemiddel indeholder mindre end 1 mmol natrium (23 mg) per dosis, dvs. at det stort set er natriumfrit. **Interaktioner:** In vitro-undersøgelser viser, at methylnaltrexon ikke inhiberer aktiviteten af CYP1A2, CYP2E1, CYP2B6, CYP2A6, CYP2C9, CYP2C19 og CYP3A4, hvorimod det svagt inhiberer metabolismen af et CYP2D6-modellsustrat. I et klinisk lægemiddelinteraktionforsøg med raske voksne mænd påvirkede en subkutan dosis methylnaltrexon på 0,3 mg/kg ikke signifikant metabolismen af dextromethorphan, der er et CYP2D6-substrat. Der er ikke observeret nogen relevant ændring af methylnaltrexons AUC, foruden C_{max}, før og efter flerdosisadministration af cimetidin. **Graviditet og amning:** Graviditet: Der foreligger ikke tilstrækkelige data om brugen af methylnaltrexonbromid hos gravide kvinder. Relistor bør ikke anvendes under graviditet, medmindre det er klart nødvendigt. Amning: Det vides ikke, om methylnaltrexonbromid udskilles i human modermælk. En beslutning om, hvorvidt amning skal fortsættes/stoppes eller behandling med Relistor skal fortsættes/seponeres, skal træffes under hensyntagen til barnets fordel ved amning og kvindens fordel ved behandling med Relistor. **Bivirkninger:** De mest almindelige bivirkninger, som er set i alle faser af placebokontrollerede forsøg, var abdominalsmerter, kvalme, diarré og flatulens. Disse bivirkninger var generelt milde eller moderate. Nervesystemet: Almindelig: Svimmelhed. Mave-tarmkanalen: Meget almindelige: Abdominale smerter, kvalme, flatulens, diarré. Hud og subkutane væv: Almindelige: Reaktionen på injektionsstedet (f.eks. brænden, svien, smerte, rødme, ødem). Overdosering: Der er ikke rapporteret tilfælde af overdosering under de kliniske forsøg. I et forsøg med raske forsøgspersoner blev der konstateret ortostatisk hypotension forbundet med en dosis på 0,64 mg/kg, der blev administreret som en intravenøs bolus. I tilfælde af en overdosis skal tegn eller symptomer på ortostatisk hypotension monitoreres og rapporteres til en læge. Passende behandling bør påbegyndes. Pakning og priser AUP ekskl. recepturgebyr: Vnr. 77215 Relistor 1 stk. DKK 324,95. Vnr. 94933 Relistor 7 stk. DKK 2.224,50. Produktinformationen er forkortet/omskrevet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé.

SYGEPLEJERSKEN

>>> FAG

- Fagtanker >> 46
- Faglig information >> 46
- Resuméer >> 47
- Agenda >> 53
- Testen >> 59
- Anmeldelser >> 60
- 5 faglige minutter >> 64

Kampen for et meningsfyldt liv >> 48

Medinddragelse i egen pleje og behandling
- fra retorik til realiteter >> 54

FOTO: SOREN HOLM

>>> FAGTANKER

Brug for at definere medinddragelse

Al sygepleje tager udgangspunkt i patientens egen opfattelse af situationen, det er en central værdi i sygeplejen. Men i artiklen "Kampen for et meningsfyldt liv", side 48, fremgår det, at patienten langtfra altid føler sig set og hørt. Artiklen omhandler 12 rygmarvsskadedes rehabilitering og viser, hvordan kampen for et liv, der er værd at leve, kan stykkes op i seks faser. De rygmarvsskadede gennemlever disse faser sammen med de professionelle, i opposition til dem eller i ensom resignation. Når det sidste er tilfældet, er det, fordi de professionelle ikke i tilstrækkelig grad har øjne og ører åbne for den skadedes egen opfattelse af situationen.

Begrebet kaldes medinddragelse og behandles i artiklen "Medinddragelse i egen pleje og behandling" side 54. Denne artikel opfordrer til begrebsafklaring, der kan få konkret betydning for praksis. For hvordan defineres og udmøntes medinddragelse i praksis, og hvad er forskellen på medinddragelse, brugerinddragelse, patientinddragelse og patientdeltagelse? Det har hver enkelt sygeplejerske tilsyneladende sit eget svar på.



Jette Bagh,
sygeplejerske,
fagredaktør.



KONKURRENCE

Bekymringer, smerter, stress og spændinger har svære vilkår under et indforstået fælles grin eller fnis, og *Sygeplejersken* inviterer dig nu til at fortælle om en oplevelse, hvor humoren har spillet en rolle for patienten, dennes pårørende eller dig selv og dine kollegaer.



Vind
iPod

Humor i sygeplejen

Det strømmer ind med sjove og finurlige historier fra sygeplejersker og sygeplejestuderende, der ønsker at dele en historie fra sygeplejen, hvor humoren har spillet en rolle – og måske vinde en iPod nano. Du kan stadig nå at være med.

AF EVY RAVN, FAGREDAKTØR PÅ SYGEPLEJERSKEN

Et eksempel på en efter min mening sjov historie er tilbage fra kommunehospitalet i København, hvor jeg som nyuddannet sygeplejerske hurtigt erfarede en udpræget rangorden. Specielt under stuegang var rækkefølgen ikke til diskussion. Overlægen og afdelingssygeplejersken dannede fortrop, sygeplejersken (undertegnede), sygehjælperen og sygeplejeeleven bagtrop. Stemningen var ofte formel, ikke mindst når den svenske overlæge gik stuegang. Ingen havde nogensinde set ham trække på smilebåndet, og denne dag var ingen undtagelse. Han var, rent ud sagt, eddikesur, og specielt vi i bagtroppen var nervøse, når han, som han havde for vane, pegede på én i rækken og ville have svar på sine spørgsmål om dette eller hint.

Under stuegangen får den mandlige patient, som overlægen er i færd med at stetoskopere, pludselig hjertestop. Lægen vender sig om, kaster et målrettet blik på den lidt ældre sygehjælper i bagtroppen og råber gennem lokalet: "Ta ut gebisset," hvorpå sygehjælperen uden at blinke tager sin protese ud og rækker ham. Målløs tager han mod hendes protese, og da vi andre ikke kan holde masken og skrigger af grin, må også han bukke under og grine med. Fra den dag ændrede stemningen sig under hans stuegange til gavn for patienter og personale. Patienten overlevede på bedste vis og fik efterfølgende et godt grin, da han fik fortalt historien.

Send din historie

Du kan stadig nå at sende din historie og være med i konkurrencen "Et humoristisk hjørne af sygeplejen anno 2009", hvor Sygeplejerskens netlæsere afgør, om gevinsten, der er en iPod nano 8 GB, tilfalder dig.


Konkurrencen slutter den 5. oktober, og når den bedste fortælling er fundet, bringes denne og fortællingerne på 2.- og 3.-pladsen på *Sygeplejerskens* hjemmeside og i bladudgaven af *Sygeplejersken* nr. 19.

Du sender dit bidrag ved at gå ind på www.sygeplejersken.dk og klikke på ikonet "Humor i sygeplejen".

Skræddersyet medicin

Artiklen henvender sig til sygeplejersker med interesse for udviklingen i lægemidler. Den beskriver, hvordan udviklingen af individualiseret lægemiddelbehandling er i vækst og vil blive en del af fremtiden.

AF JAN TRØST JØRGENSEN, CAND.PHARM., PH.D.

 Alle, der på en eller anden måde er involveret i patientbehandling, ved, at et givent lægemiddel ikke virker ens på alle. Mange af de lægemidler, vi i dag anvender til behandling af en lang række hyppigt forekommende lidelser som astma, kræft, psykiske lidelser og hjerte-kar-sygdomme, er kun effektive hos 25-60 pct. af patienterne. Værst ser det ud på kræftområdet, hvor vi ved fremskreden sygdom kun har effektiv lægemiddelbehandling til nogle få procent af patienterne.

Bivirkninger relateret til behandling med lægemidler er et andet stort problem, som påfører patienterne lidelse og samfundet store omkostninger. For EU som helhed anslås det, at 5 pct. af alle hospitalsindlæggelser skyldes lægemiddelbivirkninger, og at bivirkninger er den femtemest almindelige dødsårsag på hospitalerne. Det skønnes ligeledes, at bivirkninger er skyld i næsten 200.000 dødsfald om året, og at de samlede samfundsmæssige omkostninger i EU er på i alt 79 milliarder EUR (590 mia. kr.)

Den viden, vi i dag har om behandling med lægemidler, synes at fortælle os, at "one-size-fits-all" er en dårlig idé. Skal behandlingen forbedres, må der i langt højere grad end i dag tages højde for forskellighederne i patienters biologi. Brugen

af farmakodiagnostiske test og andre molekylære diagnostiske metoder begynder nu at give os en indsigt i en del af den biologiske variation, der ligger til grund for, at patienter med tilsyneladende samme sygdom responderer forskelligt på et givent lægemiddel. Forklaringen på en stor del af variationen skal findes i de gener, der koder for de angrebepunkter, som lægemidlerne har i kroppens celler; det være sig specielle receptorproteiner, enzymer eller signalstoffer. De molekylære diagnostiske metoder har også muliggjort, at flere sygdomme nu kan inddeles i biologiske undergrupper, og de informationer, en sådan opdeling giver, har vist sig at være vigtige for valg af lægemiddel. En sygdom, hvor det er tilfældet, er brystkræft, og her finder vi også det bedst kendte eksempel på kombinationen af en farmakodiagnostik-test og et lægemiddel; nemlig testning for HER2 i forbindelse med behandling med lægemidlet trastuzumab. Trastuzumab anvendes til behandling af en speciel type brystkræft, som rammer ca. 25 pct. af de kvinder, der får sygdommen.

Filosofien bag den skræddersyede medicin er, at der tages udgangspunkt i den enkelte patients biologi, når der vælges lægemiddel, hvorved der kan opnås en højere succesrate med hensyn til behandlingseffekt

og reduktion af bivirkninger. Skræddersyet medicin er på mange måder at betragte som det 21. århundredes svar på rationel farmakoterapi – det rette lægemiddel til den rette patient. Med de nye molekylære diagnostiske metoder vil den behandlende læge få et objektivt værktøj i hånden, som vil kunne forbedre behandlingen væsentligt inden for en række sygdomsområder.


Skræddersyet medicin, på engelsk "personalized medicine", stammer fra USA, og begrebet blev første gang introduceret af to videnskabsjournalister i Wall Street Journal i april 1999. I anledning af 10-års-jubilæet har det engelske tidsskrift Personalized Medicine netop bragt en artikel af Jan Trøst Jørgensen og Henrik Winther (1).

Jan Trøst Jørgensen er forskningschef på virksomheden CMC Contrast; jan.trost@dx-rx.dk

Litteratur

1. Jørgensen JT, Vinther H. The new era of personalized medicine: 10 years later. Personalized Medicine 2009;6:423-248.(<http://www.future-medicine.com/> > Personalized Medicine>The new era of personalized medicine:10 years later)

Koffeinfri kaffe kan afhjælpe søvnbesvær - en litteraturgennemgang

 *Sin CWM, Ho JSC, Chung JWY. Systematic review on the effectiveness of caffeine abstinence on the quality of sleep. Journal of Clinical Nursing. 2009;18:13-21.*

Metode: Systematisk gennemgang af forskningslitteratur om associationen mellem søvn og indtagelse af koffeinfri kaffe i løbet af dagen. Litteraturen blev søgt i anerkendte og relevante databaser med udgangspunkt i en fastlagt søgestrategi med klart definerede søgetermer, in- og eksklusionskriterier. Efterfølgende er relevante artikler læst, kvalitetsvurderet og resumeret.

Resultat: Der foreligger en lang række deskriptive studier (216 artikler), der påpeger sammenhæng mellem indtagelse af koffeinfri kaffe og forbedret søvnkvalitet, men der foreligger kun to klinisk kontrollerede undersøgelser af høj metodisk kvalitet, der dokumenterer en direkte sammenhæng mellem indta-

gelse af koffeinfri kaffe i løbet af dagen og signifikant forbedret søvnkvalitet om natten.

Bemærkninger: Søvnproblemer er hyppigt forekommende hos en lang række patienter både på sygehus og hjemme. Det er derfor relevant for sygeplejersker at beskæftige sig med faktorer, der har betydning for patienternes søvnkvalitet, så sygeplejersker kan give patienterne troværdig information. Dette litteraturstudie bidrager med et lille hjørne af den viden, der findes om forhold, der kan påvirke søvnkvaliteten, øvrige studier er derfor ønskelige med henblik på at få afklaret flere forhold af betydning for søvnkvalitet.

Preben Ulrich Pedersen, sygeplejerske, ph.d., Center for Kliniske Retningslinjer, Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet; kontakt@kliniskeretningslinjer.dk

Kampen for et meningsfyldt liv

AF SANNE ANGEL, CAND.CUR., PH.D. • FOTO: SØREN HOLM

Artiklen henvender sig til sygeplejersker, som plejer patienter med rygmarsvskade. Hovedbudskabet er, at rygmarsvskade patienter oplever rehabiliteringen som en kamp i seks faser. Kampen kan støttes eller modarbejdes af de professionelle, afhængigt af deres tilgang. Artiklen bygger på forfatterens ph.d.-studie, hvor 12 personer følges de første to år efter en rygmarsvskade.

Når tilværelsen bliver drastisk ændret som ved en traumatisk rygmarsvskade, er det som en hård opbremsning. Livet bliver med ét til et ukendt vand, og navigationen sker uden den vante forståelse og kompetence. De overvældende fysiske begrænsninger, den markante afhængighed og usikkerheden om fremtiden forstærker situationens alvor. Alligevel formår patienten ifølge flere undersøgelser at fokusere på mål, fremskridt og gode dage med optimisme og håb, der jævnlige forstyrres af dårlige dage med fysisk ubehag, manglende fremskridt og deraf følgende usikkerhed (1,2). I denne artikel præsenteres resultater fra et ph.d.-studie, hvor formålet var at få viden om, hvorledes rygmarsvskadede patienter formår at komme videre med livet, og på hvilken måde de professionelle indgår i denne proces.

At komme videre ved at finde ny mening

At komme sig rummer et spektrum fra at blive helt fri for sygdom og følgevirkninger til at opnå en gentilpasning. Så optræder en form for harmoni, hvor livet hovedsagelig opleves som godt (3). Betydningen af den skelsættende hændelse ændrer sig, og mennesket ændrer sig i takt med dette (4). Livet, der var afbrudt, går videre. Det indebærer, at det bliver nødvendigt at skabe en ny mening med livet og mål for det.

Forskningsspørgsmålet i ph.d.-projektet "Kampen for et liv, der er værd at leve: processen mod et meningsfyldt liv efter en traumatisk rygmarsvskade" (5) var: "Hvordan genfinder et menneske mening under det lange rehabiliteringsforløb?" Dette spørgsmål indikerer, at situationen er meningsløs efter en traumatisk rygmarsvskade, hvilket ikke underbygges direkte i litteraturen – ud over et højt antal

af depressioner hos rygmarsvskadede i udenlandske studier (1). Men bruddet imellem livet, som det var, og livet som nyttilskadekommen betyder ifølge Viktor Frankl, at der må skabes en ny sammenhæng imellem menneskets fortid, nutid og fremtid (6). En ny komposition af den personlige historie er nødvendig, og de værdier, der hidtil har haft betydning, må kunne genfindes i nuet eller i forestillingen om fremtiden. Jo sværere det er, jo større er kravene til kompositionen af den personlige historie, der ifølge Paul Ricoeur danner grundlag for selvforståelse og forståelse af livet (5). Derfor blev spørgsmålet om, hvordan de 12 inkluderede rygmarsvskadede patienter kom videre med livet, søgt i det, patienten kunne fortælle om deres oplevelser af hændelserne og situationen. Undersøgelsens materiale og metode er kort beskrevet i boks 1 herunder tv.

Den meningssøgende proces

På trods af, at de 12 deltagere havde forskellige grader af skade, viste der sig et mønster i seks faser. Den rygmarsvskadede gennemgik først en tid, hvor vedkommende oplevede det tvivlsomt, om der overhovedet var et liv efter dette. Men langsomt genfindes livskraften. Den styrkes af rehabiliteringsoplægget og de fremskridt, der opnås. Når fremskridtene er få, opleves en nedtur, der først vender, når den rygmarsvskadede begynder at kunne se muligheder i begrænsningerne. Processen er til ende, når livet trods alt føles godt. Mere detaljeret kan faserne beskrives således:

1. Overleve fysisk og genfinde livskraft

Fase 1 bestod i at overleve fysisk og genfinde livskraft. Forestillingen om fremtiden var fraværende eller sløret, livskraften var skrøbelig, og for nogle virkede døden at foretrække. Tilstanden bedredes med den fysiske bedring, og her spillede de pårørende og de professionelle en afgørende rolle ved at stimulere billedet af en mulig fremtid. Denne fase var fundament for den meningssøgende proces.

2. Ane en mulig fremtid

I fase 2 bevægede den rygmarsvskadede patient sig tilbage til livet og begyndte at ane en mulig fremtid. Her kom rehabiliteringsprogrammet og omgivelsernes opmuntringer og forhåbninger ind som afgørende stimulation af den tilskadekomnes egen forestilling om en mulig fremtid, og patienten be-

»»» BOKS 1. INKLUDEREDE DELTAGERE OG METODE

Deltagerne i studiet var seks mænd og seks kvinder i alderen 17-70 år. De indgik i studiet mellem fire og 10 uger efter ulykken, eftersom primærsygeplejersken vurderede, at de var klar til det. Det skete under deres ophold på Paraplegifunktionen, Regionssygehus Viborg, det vestdanske center for rehabilitering efter rygmarsvskade.

Designet tog udgangspunkt i narrativer ud fra Ricoeurs fænomenologisk-hermeneutiske teori. Feltobservationer af deltagerne i deres dagligdag på rehabiliteringsafdelingen indledte en interviewrække på 6-7 interview (efter en, to, tre, seks, ni og 12 måneder og to år efter ulykken). Situationen omkring interviewene blev ligeledes behandlet som en feltobservation.



”For at livet opleves som meningsfuldt, må de værdier, der hidtil har haft betydning, kunne genfindes i nuet eller i forestillingen om fremtiden.”

sluttede sig for at gøre sit absolut bedste. Med træningen og det langsomt aftagende spinalshock kom fremskridtene. Der var nu noget at arbejde med og for, og det planlagte program strukturerede dagen og gav beskæftigelse. Konkrete opgaver og samvær skubbede på denne måde spekulationerne om den usikre fremtid væk, og patientens velbefindende blev øget. Velbefindendet og fasens niveau af oplevet mening var meget påvirkeligt af, om de professionelle støttede ham/hende på vejen mod den fremtid, han/hun kunne forestille sig.

3. Træning med fremskridt fremmer gåpåmod

I den 3. fase trænede den rygmarvsskadede patient og gjorde gode fremskridt. Det skabte plads for fore-

stillingen om en endnu bedre fremtid og et liv, der var værd at leve. For nogle skete fremskridtene over al forventning. De blev fulde af optimisme, og deres forestilling om fremtiden lignede det liv, de havde haft før ulykken. De, der havde en komplet eller svær skade, havde også opnået et klarere billede af en mulig fremtid.

Nogle ville måske med en kørestol og indretninger af omgivelserne næsten kunne genoptage funktionerne fra deres tidligere liv, om end med mange besværligheder. For andre var forestilling om fremtiden alligevel uden mange af de ønskede værdier. Men tingene gik fremad, og håbet om, at de måske alligevel kunne opnå, fremmede optimisme og gåpåmod.

»»» BOKS 2. KAMPMØNSTRE

De tre kampmønstre kan illustreres på følgende måde:

Katrine, Per og Poul har været på rehabiliteringsafdelingen i ca. en måned. Det har betydet alt at komme der, for når personalet tror på, at det nytter, er det ikke så svært selv at tro bare lidt. De har derfor alle bestemt sig for at gøre deres absolut bedste. Derfor er det så frygteligt frustrerende, at træningen ikke er mere intensiv.

Katrine kæmper med sig selv og sammen med de andre

Da sygeplejersken spørger Katrine, hvordan hun har det, og hvordan hun synes, det går, vælder frustrationerne ud. Sygeplejersken lytter medlevende. Sammen snakker de om, hvad der er af muligheder, og sygeplejersken kontakter fysioterapeuten, mens Katrine er til stede. På grund af ressourcer kan Katrine ikke bevilges mere træning, men fysioterapeuten foreslår, at de kan differentiere mellem øvelserne, så Katrine selv laver nogle på sin sengestue, og hun under træningen fokuserer på mere krævende øvelser. Fysioterapeuten tilbyder at lave en ny plan, og Katrine er glad for løsningen. Det havde været godt at opleve, at det kan blive, som hun oplever det bedst, og at de vil hjælpe hende med det.

Per kæmper imod sig selv og de andre

Per har gentagne gange oplevet, at han ikke kan komme til at gøre sit bedste. Det er, som om personalet tager hans forsøg som en kritik. I hvert fald siger de blot, at de gør det, som de har god erfaring med. Så han må være tålmodig. Jo mere han forsøger at argumentere, jo mere irriterede virker de til at blive. Han føler, at han pludselig er et menneske uden indflydelse på det vigtigste i sit liv. Han oplever deres afvisning af hans ønsker som en afvisning af ham selv. De ting, der bliver sagt under diskussionerne, rammer hårdt. Måske er han også for utålmodig og stædig og egoistisk? Men tidligere har folk skattet hans gåpåmod og vilje. Nu duer det åbenbart ikke. Så han må vel prøve at forandre sig, selv om det er svært. Det føles, som om han er oppe mod både sig selv og de mennesker, der skal hjælpe ham.

Poul bøjer af og kæmper selv

Poul har ingen forventninger til at kunne få mere træning, der er ikke noget at gøre. Havde han været stærkere, ville han måske forsøge at gå andre veje, ligesom Jane havde gjort. Men det er jo helt umuligt og ville alligevel ikke hjælpe. Så han må finde ud af at holde ud at være her. Men det gør det svært at forestille sig, at han kan få et liv igen. Den eneste grund til, han holder ud, er for børnenes skyld.

»» 4. Opleve, at mulighederne indsnævres

Begyndelsen til fase 4 var, at den rygmarvsskadede patient oplevede, at der blev længere imellem fremskridtene. De fadede ud og var i højere grad erhvervelse af teknik end fysiske forbedringer. Dermed blev de muligheder, som patienten havde turdet håbe på ud fra en stigende fysisk funktion, indsnævret. Det indikerede, at forestillingen om fremtiden, som patienten havde håbet på, i bedste fald måtte nedjusteres. Det var hårdt. Især i de tilfælde, hvor fremskridtene havde været store og dermed affødt en forestilling og et håb om et liv næsten som før. Men det var også en hård fase for patienter med mindre forhåbninger. For ét var at genvinde fysiske funktioner. Det afgørende var, hvad patienten oplevede, at de kunne bruges til. For flere førte det til et vakuum, hvor det var umuligt at få en idé om, hvad der kunne give livet indhold. Denne fase kunne strække sig over lang tid. Alligevel var det

svært at tillade sig selv at sørge, når der trods alt var så meget at være glad for, fordi alt kunne have været så meget værre. Der foregik en konstant søgen ud af dette vakuum.

5. Udnytte de begrænsede muligheder

I den 5. fase blev den tilskadekomne – midt i oplevelsen af begrænsningerne – opmærksom på mulige værdier, som livet var nu. Det var primært værdier fra tiden før rygmarvsskaden. Men, hvis det var helt umuligt at genfinde disse værdier, så fandt den rygmarvsskadede helt nye værdier. Hittidige værdier kunne ligefrem forkastes som værende mindre betydningsfulde eller fejlagtige. Gennembruddet kunne også ske ved omgivelsernes tilpasning, som at få en bil, et interessant job, en velindrettet bolig. Som dagligdagen blev oplevet mere og mere givende, og frustrationerne blev mindre, blev velbefindendet større. Forestillingen om fremtiden blev tilpasset til, hvad der synes at være muligt nu. Der var ikke det samme grundlag for store forhåbninger, men heller ikke så stor usikkerhed. Således nærmede den oplevede hverdag sig det, der synes muligt, og alligevel åbnede der sig mulighed for, at livet kunne føles godt.

6. Tilkende de begrænsede muligheder værdi

I fase 6 oplevede den tilskadekomne, at tingene gik godt. Nogle af de store omvæltninger var blevet til rutiner, og dagliglivets rytme og gøremål trådte i forgrunden i forhold til træningen. Den deprime-rende oplevelse af, at træningen ikke længere bidrog til store fremskridt, blev afløst af de væsentlige elementer i livet selv. Nogle oplevede endda at sætte større pris på dem. Men livet var også at have et handicap og fortsat leve i en fremmed verden. Netop som alt syntes at gå stot og roligt, opstod nye forhindringer i form af helbreds-mæssige komplikationer eller omgivelsernes manglende indretning til livet som handicappet. Fasernes længde var forskellig, alt efter hvor hurtigt den rygmarvsskadede fik afklaret fremtidens begrænsninger og alligevel kunne se en fremtid, der var værd at leve. Ikke alle kom dog igennem de seks faser under de to år, studiet varede.

Rehabilitering som en kamp

Ved at forstå den proces de rygmarvsskadede mennesker gennemgik i lyset af deres forestilling om, hvilken fremtid de kunne forestille sig, blev det klart, at først når der tegnede sig et billede af en fremtid, der var værd at leve, begyndte den tilskadekomne



at finde mening. Dette gav energi og kræfter, og den rygmarsvsskadedes tilgang til den store daglige udfordring indebar en bemærkelsesværdig kampiver. Beslutningsheden kom af, at der var noget at kæmpe for. Denne forestilling var et resultat af den rygmarsvsskadedes indre forhandling og blev næret af det håb og de muligheder, som de pårørende og sundhedspersonalet snakkede med den rygmarsvsskadede om.

Kampen med sig selv og sammen med de professionelle

Det førte til, at den rygmarsvsskadede tog den kamp på sig, som andre hidtil havde kæmpet for ham/hende. Men det måtte ske i samarbejde med de professionelle, da den rygmarsvsskadede var afhængig af disse. Både på grund af deres viden og i forhold til praktisk at udføre det, den rygmarsvsskadede ikke selv kunne. Den rygmarsvsskadede kæmpede med sig selv for at yde sit absolut bedste. På samme måde kæmpede de professionelle den rygmarsvsskadedes kamp. Dette blev oplevet som en positiv og meningsgivende kamp mod et fælles mål, som i studiet blev kaldt "Kampen med sig selv og sammen med de professionelle".

Kampen imod de professionelle og kampen imod sig selv

Men der måtte ske en fortsat afstemning af målet, og hvordan det blev opnået. I takt med, at den rygmarsvsskadede kom sig, voksede behovet for at være i kontrol. Derfor var det vigtigt at få den rygmarsvsskadedes perspektiv frem. Den rygmarsvsskadede kunne derved få ejerskab til rehabiliteringen, hvilket var af afgørende betydning for oplevelsen af,

om der overhovedet var tale om en fremtid. Hvis ikke det var sandsynligt, at den aktuelle rehabilitering ville føre til en fremtid, som syntes værd at leve, gik meningen simpelthen tabt. Således kunne det, der for de professionelle alene var små ubetydelige hverdagsting, for den rygmarsvsskadede have en overvældende betydning for eksistensen. Hvis ikke sundhedspersonalet gik i dialog, kunne der opstå en konflikt, der kunne betegnes som "Kampen imod de professionelle og kampen imod sig selv". Den rygmarsvsskadedes forsøg på at få de professionelle til at ændre deres overbevisning kunne blive opfattet som en form for manglende anerkendelse eller kritik. Det kunne i værste fald betyde, at den rygmarsvsskadede opfattede de professionelles forsøg på at argumentere for deres viden som en aktiv kamp imod ham/hende, hvorefter vedkommende kæmpede tilbage. Det paradoksale ved at kæmpe imod dem, den rygmarsvsskadede havde troet ville kæmpe sammen med ham/hende, kostede endnu mere frustration og betød, at vedkommende trak sig tilbage fra de professionelle og følte sig helt alene. Så var der kun tilbage at kæmpe en kamp med sig selv. Det betød, at nok fik den rygmarsvsskadede den nødvendige hjælp, men rent mentalt havde han/hun lagt distance til de professionelle. Lykkedes det den rygmarsvsskadede at klare sig igennem alene, var det en sejr, der styrkede selvværdet.

At bøje af og kæmpe selv

En anden reaktion var, at den rygmarsvsskadede bøjede af for de professionelle. Den rygmarsvsskadede undertrykte her sig selv for at tilpasse sig de professionelles kontrol. Det førte til en svækket selvfølelse

"Kampen i sig selv er meningsgivende, idet den er en mulighed for at komme fri af en uønsket situation."

og evne til at kæmpe sin egen sag. Det kunne indebære, at den rygmarsvsskadede ikke formåede at blive set, som den han/hun var, trods hans eller hendes kamp for det. Det havde konsekvenser for resultatet af rehabiliteringen i form af, at den rygmarsvsskadede havde mistet den person, han/hun havde været. Dermed blev det endnu sværere at få et billede af en fremtid, og dermed var meningen endnu sværere at finde. På denne måde påvirkede de professionelle, trods deres intentioner, den rygmarsvsskadedes situation og proces negativt.

”Hvis konsensus om mål og veje dertil brød sammen og ikke kunne genetableres, kunne patientens kampmønster vende sig til en kamp imod de professionelle og patienten selv.”



» Diskussion

Det er kendt fra hverdags sproget at tale om kamp, når mennesker står over for store udfordringer, og det genfindes i litteraturen (7,8). Kampen er uundgåelig i forsøget på at komme gennem disse udfordringer. Ved at tage udgangspunkt i (6) teori om mening, kan kampen ses som midlet til at bevæge situationen i retning af en acceptabel fremtid. Derved opnås mening også i nuet. Kampen er meningsgivende i sig selv, idet den er en mulighed for at komme fri af en uønsket situation. Ved at se nærmere på de rygmarvsskadedes kamp afslører studiet tre kampmønstre, der er illustreret i boks 2 side 50: 1) Den positive kamp med de professionelle som allierede, der er idealet for sygeplejen. Her opnår den rygmarvsskadede kontrol og kan dermed fastholde sin integritet (9). Samtidig genvindes noget af det tabte. Men der afdækkes også 2) den negative og opslidende kamp, hvor de allierede bliver til modstandere. Det sker dér, hvor patienten ikke føler sig set og hørt. Kampen viser sig ikke altid i form af en udadreagerende patient og/eller irriterede professionelle, nogle patienter vælger 3) at trække sig og tilpasse sig de professionelle, mens der forsøges en kamp på egen hånd. Når dette sker, lader han/hun sig ikke mærke med det, og her ligger muligvis en forklaringsmulighed i forhold til manglende motivation. Samtidig viser Eriksson og Svedlunds (10) studie, at disse konflikter har langvarige konsekvenser for patientens selvverd.

Det, at ikke alle kom igennem de seks faser under de to år, studiet varede, lader det stå åbent, om der er rygmarvsskadede, som ikke rigtigt kommer i gang

med livet igen. Dette ville i givet fald kunne forklare de udenlandske undersøgelses høje forekomst af depressioner.

Konsekvenser for praksis

Dette studie viser, hvor afgørende patientens eget syn på situationen og livet er for rehabilitering. Samtidig ses gennem patienternes fortællinger, at patienten ofte oplever, at personalet, sikkert utilsigtet, hverken hører eller ser dem. Det er for enkelt at tro, at det handler om en pleje af en anden kvalitet end den, der er målsætningen. Nærmere siger det noget om, at personalets attitude og handlinger har stor indflydelse på patientens eksistentielle overvejelser. Selv de mindste og udeladte handlinger påvirker patienten på godt og ondt. Det understreger, at det er svært og dermed vigtigt at bruge tid og kræfter på at få viden om, hvordan patienten oplever sin situation, og hvad patienten mener. Alene i denne handling ligger der vigtig hjælp til selvhjælp.

*Sanne Angel er adjunkt på
Afdeling for Sygeplejevidenskab,
Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet;
sanneangel@mail.dk*

En stor tak til mine to vejledere under ph.d.-projektet: professor Marit Kirkevold, Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet, og lektor Birthe D. Pedersen, Enheden for Sygeplejeforskning, Klinisk Institut, Odense Universitetshospital.

Litteratur

1. Hancock K, Craig AR, Dickson HG et al. Anxiety and depression over the first year of spinal cord injury: a longitudinal study. *Paraplegia* 1993; 31(6): 349-57.
2. Laskowski S, Morse JM. The Patient with Spinal Cord Injury: The Modification of Hope and Expressions of Despair. *Canadian Journal of Rehabilitation*. 1993;6(3):143-53.
3. Delmar C, Boje T, Dylmer D et al. Achieving harmony with oneself: life with a chronic illness. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2005;19(3):204-12.
4. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993;16(4):11-21.
5. Angel S. Kampen for et liv, der er værd at leve: processen mod et meningsfyldt liv efter en traumatisk rygmarvsskade. 2008. Afdeling for sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, Århus.

6. Frankl V. Psykologi og Eksistens. 1970. Gyldendals Uglebøger, København.
7. Swatton S, O'Callaghan J. The experience of "healing stories" in the life narrative: a grounded theory. *Counseling Psychology Quarterly* 1999;12(4):413-29.
8. Kvigne K, Kirkevold M, Gjengedal E. Fighting back – struggling to continue life and preserve the self following a stroke. *Health Care for Women International* 2004;25(4):370-87.
9. Irurita VF, Williams AM. Balancing and compromising: nurses and patients preserving integrity of self and each other. *International Journal of Nursing Studies* 2001; 38(5):579-89.
10. Eriksson U, Svedlund M. Struggling for confirmation – patients' experiences of dissatisfaction with hospital care. *Journal of Clinical Nursing* 2007;16(3):438-46.

))) ENGLISH ABSTRACT

Angel S. The fight for a meaningful life. *Sygeplejersken* 2009;(17):48-53.

The article is based on a PhD study: The fight for a life worth living: the process of working towards a meaningful life following a traumatic spinal cord injury. Twelve people with recent spinal cord injury were followed up over the first two years post injury. The study design was based on narratives from Ricouer's phenomenological-hermeneutic theory. Data were obtained from field observations and interviews.

The study showed a process which increased feelings of meaning in life in six phases: The patients regained a sense of meaning in life following a fight for a future worth living. This process was demonstrated in three patterns. In the first, the patients fought a meaningful fight with themselves, together with the health care professionals. If consensus over the aims and method of achieving this was lost and could not be re-established, the patient's fight (pattern two) changed into a fight against the health care professionals and the patient. The third pattern involved the patient instead turning away from the professionals and attempting to fight alone. Because patterns two and three both had negative consequences for the patient's well-being and rehabilitation, it was crucial to use dialogue to obtain the patient's perspective. In this way, the health care professionals could also support the patient's search for meaning in life.

Key words: Rehabilitation, spinal cord injury, meaningful life, nursing.

Gode erfaringer med ilt-hjemmebesøg

Ca. 3.000 danske KOL-patienter er i hjemmebehandling med ilt, og en ny medicinsk teknologivurdering har nu vist, at ilt-hjemmebesøg af specialuddannede sygeplejersker er en udpræget god idé.

For det første kontrollerer sygehuse med ilt-hjemmebesøg en større andel af deres KOL-patienter, herunder særligt dårlige og transporttunge patienter. Dernæst indeholder organiseringen med særligt uddannede sygeplejersker en høj grad af fleksibilitet i forhold til normering pr. besøg, supplerende udstyr, kørselsordninger mv. En tredje fordel er patienternes positive erfaringer med hjemmebesøgene, og sidst, men ikke mindst tyder undersøgelsen på færre indlæggelser og behandlingsomkostninger for patienter tilknyttet opfølgende ilt-hjemmebesøg.

Undersøgelsen har ikke kunnet påvise negative følger ved hjemmebesøgene overhovedet, men hvis kontrollen af KOL-patienter skal udvikle sig på et evidensbaseret grundlag, er der ifølge rapporten behov for større undersøgelser, hvor det er muligt at kunne påvise statistisk signifikante resultater, specielt på økonomisiden. (er)

Læs rapporten på www.sst.dk > *Udgivelser* > *Faglig rådgivning* > *Ilt-hjemmebesøg til patienter med svær kronisk obstruktiv lunge sygdom (KOL)*.

Plejhjemsbeboere skal vejes hver tredje måned

Plejhjemsbeboere har brug for systematisk vægtkontrol og regelmæssig vurdering af ernæringstilstanden. Det viser en videnskabelig artikel på baggrund af en ernæringsundersøgelse af 20 beboere på OK-hjemmet Lotte på Frederiksberg. Fem beboere døde under studieperioden. I alt 15 beboere blev vurderet ernæringsmæssigt over en periode på et år. Ud over en siddevægt blev redskabet "Mini Nutritional Assessment", MNA, anvendt til at identificere underernærede beboere og beboere med behov for forebyggende tiltag. MNA er et skema, der indeholder spørgsmål om antropometri (metoder til opmåling af menneskekroppens dimensioner, f.eks. højde) kostindtag, livsstil, mobilitet, stress, demens, depression og selv vurderet helbred.

Undersøgelsen viste, at beboerens vægt forandrer sig over tid, og konklusionen er derfor, at vægtkontrol og ernæringsmæssig vurdering bør ske systematisk og professionelt mindst hver tredje måned. Vurdering, fulgt op af individuelle plejeplaner, resulterede i vægtstabilitet. Flere beboere blev vægtstabile, mens undersøgelsen stod på, og færre tabte sig.

Regelmæssig vurdering er ikke nogen hindring for, at måltidet kan foregå i en familieagtig atmosfære, som plejhjemmet Lotte er kendt for. Hyggelige rammer er bare ikke nok. (jb)

Læs artiklen "Assessment of the nutritional status among residents in a Danish nursing home – health effects of a formulated food and meal policy" i *Journal compilation, Journal of Clinical Nursing* 2008. Artiklen er skrevet af Kirsi Kuosma et al.



Medinddragelse i egen pleje - fra retorik til realiteter

Artiklen henvender sig til sygeplejersker på alle niveauer. Hovedbudskabet er, at det er nødvendigt at få skabt klarhed over, hvad medinddragelse af patienten i egen pleje og behandling konkret betyder. Artiklen er skrevet på baggrund af en litteraturbaseret afdækning af begrebet patientdeltagelse.

AF JANE FÆRCH, CAND.CUR., OG INGEGERD HARDER, SYGEPLEJERSKE, PH.D.

Hvor mange rapporter, regeringsforskrifter, love og patienthistorier skal der til, før det bliver taget alvorligt, at klarhed omkring ”medinddragelse af patienten” er nødvendig, hvis visionen skal blive en realitet i det danske sundhedsvæsen og ikke ren retorik? Dette spørgsmål stod vi tilbage med efter en afdækning af patientdeltagelse i dansk regi som led i en større undersøgelse af internationalt publiceret videnskabelig viden på området (1). I artiklen præsenteres og diskuteres forskellige indfaldsvinkler og syn på patientdeltagelse – eller medinddragelse, som er den hyppigst anvendte term i danske sundhedspolitiske og fagpolitiske dokumenter.

Dans uden grundtrin

Medinddragelse i egen pleje og behandling har længe været et aktuelt tema, som debatteres på tværs af professioner, interesseorganisationer og personer med kontakt til sundhedsvæsenet. Utallige politiske initiativer, faglige artikler, debatoplæg og patientudsagn vidner om dette og understøtter krav, ønsker og forventninger om, at patienter i meget højere grad end tidligere medinddrages i egen pleje og behandling. Et nyligt indspark er rapporten ”Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed”

udgivet af Sundhedsstyrelsen (2). Rapportens omdrejningspunkt er fælles beslutningstagning, som imidlertid blot er en af mange facetter, der synes at kendetegne begrebet medinddragelse af patienten eller patientdeltagelse (eng: patient participation), som typisk anvendes internationalt (3).

Typisk for de mange initiativer i Danmark er en sproglig mangfoldighed, som allerede erkendt rummer mange forskellige betydninger. Adskillige termer er i spil; medinddragelse, inddragelse, indflydelse, deltagelse, involvering og patientperspektiv bruges i forskellige kombinationer med begreber som patient, bruger og borger. Dette gør det vanskeligt for sygeplejersker at få greb om medinddragelse i egen pleje og behandling og dermed opnå nødvendig baggrund for at omsætte ordene til konkret handling. Det er som at blive budt op til dans uden at vide, hvilke grundtrin der skal til for at gennemføre dansen på tilfredsstillende vis.

Medinddragelse som politisk agenda

Sundhedspolitisk synes medinddragelse af patienten primært at være ”noget”, der bevilliges patienten på systemets og fagprofessionelles præmisser, og målet synes at være gennemførelse af en kvalitetsmodel.

Overalt er der enighed om, at medinddragelse af patienten i egen pleje og behandling er ønskværdigt og påkrævet. Men når enigheden udtrykkes med forskellig terminologi og tillægges forskellig betydning, bliver det vanskeligt at få greb om mål og midler og kompliceret at omsætte i klinisk praksis. Uden en begrebsafklaring risikerer de sundhedsprofessionelle at gå i hver deres retning, og hvis medinddragelse af patienten skal ændres fra uklar retorik til vidensbaseret handling kræver det, at alle bliver klogere på, hvilke grundtrin, der skal trædes.

og behandling

ARK/FOTO: ISTOCK

Ifølge sundhedsloven (4) har patienter ret til at blive medinddraget, og det fremgår, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens samtykke, og at patienten skal sikres ret til information om helbredstilstand og behandlingsmuligheder, herunder risiko for komplikationer og bivirkninger. Patienten forbeholdes ret til at frabede sig information. Medinddragelse synes i denne sammenhæng at betyde en ret til tilstrækkelig information, således at patienten kan fravælge eller give tilsgagn om behandling og derved sikre selvbestemmelsesretten. I ”National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet” (5) anbefales det at medinddrage patienter og pårørende i udvikling og vurdering af god kvalitet. Under indsatsområdet patientindflydelse og brugerinddragelse står der: ”Med henblik på at fremme patientperspektivet i kvalitetsarbejdet skal der inden for strategiperioden etableres bedre muligheder og rammer for patienternes og de pårørendes aktive medvirken og indflydelse. Indflydelsen skal ske på alle niveauer, det vil sige både i forhold til det enkelte individuelle patientforløb, i arbejdet med tilrettelæggelsen af pleje- og behandlingsforløb for grupper af patienter og i forhold til den mere generelle planlægning af sundhedsvæsenet.”

Der er således i disse formelle papirer en tydelig sundhedspolitisk strategi om medinddragelse af patienten både på et overordnet og individuelt plan. Forstået som henholdsvis indirekte indflydelse på den overordnede udvikling af sundhedsvæsenet, eksempelvis via brugerundersøgelser, og direkte indflydelse på egen pleje og behandling i mødet med sundhedsprofessionelle. Dette understøttes af rap-

”Adskillige termer er i spil; medinddragelse, inddragelse, indflydelse, deltagelse, involvering og patientperspektiv, der bruges i forskellige kombinationer med begreber som patient, bruger og borger.”

porten ”Patientens møde med sundhedsvæsenet” (6), hvor medinddragelse også beskrives både som at tage del i beslutning om valg af behandlingsform, få indflydelse på den daglige pleje og planlægningen af rehabilitering.

At sikre individualitet og hjælpe patienten til at mestre egen livssituation kræver nødvendigvis, set ud fra et humanistisk perspektiv, at sundhedspersonalet interesserer sig for og opnår viden om patientens værdier, følelser, holdninger samt opfattelse og



» forståelse af egen sygdomssituation. Der synes dog at være en anden optik i politisk sammenhæng, idet budskabet til sundhedspersonalet er at fokusere på patienternes egenomsorg, der medvirker til at kontrollere sygdomsudviklingen hos den enkelte (7). Det indebærer at gøre patientforløbet begribeligt for patienterne og ruste dem til at mestre mødet med de

”Nye generationer af patienter vil ikke i samme grad som tidligere acceptere eller tilpasse sig de af personalet på forhånd definerede standardprodukter i sundhedsvæsenet.”

fagprofessionelle og systemet (7). Medinddragelse fremstår ikke som et betydende mål i sig selv, men snarere som et middel til at sikre og udvikle kvalitet defineret af politikere og sundhedspersonalet. Denne utydelighed understøttes af den politiske målsætning om brugerinddragelse fremsat i ”Regeringens moderniseringsprogram” (8) og sundhedsloven (4), som præciserer, at dialogen med brugeren skal sikre kvalitetsudvikling og effektiv ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet. Det rejser spørgsmål om, hvilken betydning medinddragelse, anskuet som led i sikring af kvalitetsudvikling og ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet, har for patientens møde med de sundhedsprofessionelle og muligheden for reel medinddragelse i egen pleje og behandling samt for sygeplejerskers handlemuligheder.

Medinddragelse som underforstået værdi

Medinddragelse som begreb er hidtil ikke blevet defineret eksplicit i dansk sygepleje, men sygeplejersker er optaget af et omsorgsideal, der indbefatter, at patientens egen opfattelse af sin situation danner grundlag for sygeplejen, og at patienten medinddrages i den udstrækning, han eller hun har behov for og ønsker det. Medinddragelse er således en central værdi, hvilket bl.a. afspejles i det uddannelsesmæssige grundlag for udøvelse af sygeplejefaget i Danmark (9).

Der tegner sig et værdigrundlag, som tager afsæt

i respekt for det enkelte menneske og i samarbejde med patienten. Værdier, som genfindes i det etiske grundlag for udøvelse af sygeplejefaget nationalt og internationalt, hvor det forudsættes, at patienten medinddrages i egen pleje og behandling med udgangspunkt i egne ønsker og behov. Sygeplejens værdigrundlag rækker således ud over den medinddragelse, patienter kan opnå via patienttilfredshedsundersøgelser, som sundhedspolitisk er blevet en afgørende målestok for kvalitetssikring.

Medinddragelse defineres ikke

En undersøgelse i Fagbladet *Sygeplejerskens* artikelarkiv med søgeordene *medinddragelse*, *brugerinddragelse*/-*indflydelse*, *patientinddragelse* og *patientdeltagelse* (74 hits) viser, at alle disse begreber bruges, men ikke defineres i den enkelte artikel. Det er bemærkelsesværdigt, at ingen af kilderne diskuterer en teoretisk udlægning af begrebet. Tværtimod ser det ud, som om at de ovennævnte (søge)ord bruges lidt tilfældigt, og de optræder typisk i sammenhæng med visioner om kvalitetsudvikling. Der er internt i faget stor opmærksomhed på medinddragelse og tilgrænsende termer, men der mangler en nærmere afklaring af indhold og betydning, f.eks. hvor grænserne for brug af ordet kan ligge og dermed også mulige konsekvenser af medbetydninger. Betydningen af de forskellige begreber fremstår således som de enkelte forfatteres egne implicitte opfattelser, som igen synes at have indirekte sammenhæng med sprogbrug og indhold i kendte sundhedspolitiske strategier.

Spørgsmålet er, hvilke implikationer det kan have for sygeplejepraksis og dermed patienten, at sygeplejefaget tilsyneladende ukritisk har indoptaget begrebet medinddragelse med indlejrede værdier. Der er risiko for, at vi alle tror, at vi ved, hvad vi taler om, især fordi medinddragelse og tilsvarende ord også er hverdagsudtryk. Men i virkeligheden kan der forekomme mange forskellige fortolkninger og dermed udmøntning af forskellige handlinger i sygeplejepraksis. Timm (10) har tidligere stillet sig kritisk over for, at sygeplejersker og fagforening ikke har forholdt sig kritisk til brugerindflydelse, men ladet det sundhedspolitiske syn dominere og dermed ladet brugernes perspektiv blive reduceret til et spørgsmål om graden af tilfredshed.

Medinddragelse i teoretisk sygepleje

Medinddragelse er ikke direkte beskrevet eller diskuteret i de værker om sygeplejeteori, der anvendes

på professionsbacheloruddannelsen for sygeplejersker. En undersøgelse af et udsnit af danske uddannelsesenheder viser, at de gennemgående anvendte sygeplejeforfattere er Katie Eriksson, Kari Martinsen og Joyce Travelbee. Ingen af disse beskriver eller behandler direkte medinddragelse af patienten i egen pleje og behandling, men de har i deres forfatterskaber afgørende vægt på omsorgsbegrebet og beskriver indirekte medinddragelse som et grundvilkår for overhovedet at kunne forstå og hjælpe patienten. Medinddragelse af patienten synes således implicit i omsorgsbegrebet, som opfattes centralt i sygeplejerskers ideal-faglige identitet.

Medinddragelse som ønske fra patienter

Patienter ønsker at blive inddraget i egen pleje og behandling, men forskning og patientberetninger vidner om manglende oplevet medinddragelse. Flere privatpersoner har gennem en årrække bidraget til debatten via udgivelse af erindringer om deres møde med sundhedsvæsenet. Meiniche (11) beretter om sit møde med sundhedsvæsenet i forbindelse med en ulykke. Hun roser den professionalisme, hun møder, og som redder hendes liv, men beretter også om manglende medinddragelse og forståelse for hendes og familiens specifikke ønsker og behov. Rasmussen (12) deler disse synspunkter og konstaterer, at det ikke lykkedes at skabe en personlig kontakt og tillid på trods af fire års kontakt til sundhedsvæsenet. Han efterlyser et sundhedsvæsen, der involverer patienten og ikke kun interesserer sig for sygdom, og opfordrer direkte til at udvikle en ny kultur, således at fokus kan skifte fra sygdom til patient. Disse udsagn er tilsyneladende ikke enestående. Flere nyere danske og internationale undersøgelser peger på, at flere patienter ikke oplever sig medinddraget i egen pleje og behandling, og at retorikken er uklar.

Nye generationer af patienter

Diskrepans mellem den ønskede ideelle sygepleje – om at tage udgangspunkt i patientens perspektiv og medinddrage denne – og den konkrete praktiserede sygepleje er et problem, der kræver større opmærksomhed eller opmærksomhed på nye måder. Spørgsmålet er, hvorfor sygeplejersker på trods af et fagligt grundlag, etisk forpligtigelse og sundhedspolitiske hensigtserklæringer, der understøtter medinddragelse på individniveau, ikke altid udmønter medinddragelse af patienten i klinisk praksis eller måske ikke formår at nå patienten på en måde, så denne mærker inddragelsen.

Krav om paradigmeskift og medinddragelse vil ifølge debatoplægget ”Når patienten vågner – et debatoplæg om det 21. århundredes patientkultur” være et fremtidigt vilkår for sundhedsvæsenet (13). Nye generationer af patienter vil ikke i samme grad som tidligere acceptere eller tilpasse sig de af personalet på forhånd definerede standardprodukter i sundhedsvæsenet. De vil modtages som hele mennesker med nuancerede ønsker og behov (13,14). For de nye generationer af patienter synes medinddragelse således at omfatte kendskab til den enkelte patients individuelle ønsker og behov, mulighed for indflydelse på beslutninger vedrørende egen pleje og behandling, samt det at blive respekteret og behandlet ud fra et humanistisk perspektiv.

Patientens behov og ønsker kan imidlertid ikke forudsiges, hvorfor den fremtidige fordring er, at sundhedspersonalet identificerer den enkeltes behov og ønsker. Denne identificering må også favne svage eller sårbare patienter, der ikke formår at stille krav om medinddragelse, og patienter, der af forskellige årsager overlader alt, hvad der vedrører deres pleje og behandling, til de fagprofessionelle.

De næste skridt

Der hersker enighed om, at medinddragelse af patienten i egen pleje og behandling er både ønskværdigt, hensigtsmæssigt og påkrævet. Men det udtrykkes med forskellig terminologi og tillægges forskellig betydning, som gør det vanskeligt at få greb om

”Hvis sygeplejersker fremover skal kunne begå sig i feltet med de mange krav, der stilles i disse år, må langt flere nuancer om begrebet patientinddragelse foldes ud, udforskes, debatteres og omsættes i klinisk praksis.”

mål og midler og kompliceret at omsætte i klinisk praksis. Der foreligger på nuværende tidspunkt ingen fælles anvisninger for, hvordan medinddragelse udmøntes i klinisk praksis. Det bliver således op til den enkelte hospitalsledelse, afdelingsledelse eller den enkelte sygeplejerske at tolke og afgøre, hvordan medinddragelse af patienten i egen pleje og behandling skal implementeres.

Hvis sygeplejersker fremover skal kunne begå sig i feltet med de mange krav, der stilles i disse år, må langt flere nuancer foldes ud, udforskes, debatteres og omsættes i klinisk praksis og mere tydeligt indrages i uddannelse på alle niveauer.



» Såvel internt i faget som fra politisk og patientmæssig side bliver både Sundhedsstyrelsen, Dansk Sygeplejeråd, uddannelsesledere og kliniske ledere nødt til at erkende behovet for en begrebsafklaring, der kan få konkret betydning. I den sammenhæng er det nødvendigt at trække på eksisterende videnskabelig viden om medinddragelse af patienten i en sygeplejefaglig kontekst, og hvad det fordrer af kompetencer for at udmønte visionerne i praksis.

Medinddragelse af patienten er dog ikke kun en udfordring grundet manglende konsensus. Begrebets indlejrede humanistiske værdier udfordrer rent faktisk den nuværende politiske og fagpolitiske tænkning og tilgang til pleje og behandling i det danske sundhedssystem. Skal medinddragelse af patienten således ændres fra uklar retorik til vidensbaseret aktiv handling, fordrer det, at alle sundhedsprofessionelle bliver klogere på, hvilke grundtrin der skal trædes. Nye initiativer må iværksættes, formidles og

»»» ENGLISH ABSTRACT

Færch J, Harder I. Patient involvement in their own care and treatment – from rhetoric to realities. *Sygeplejersken* 2009;(17):54-8.

Countless political initiatives, professional articles, discussion papers and patient statements bear witness to the fact that there is significant attention within the Danish health service on patients' involvement in their own care. The initiatives support the requirements, wishes and expectations that patients, to a far higher degree than previously, be involved in their own care and treatment. Typical of the many initiatives is a linguistic multiplicity and numerous inherent meanings. There is a risk that we think we are talking about the same thing. This assumption creates uncertainty and makes it difficult to implement patient involvement in practice. The involvement is poorly understood in nursing care ideology, but patient reports and research suggest a lack of agreement between rhetoric and action in practice. The vision of involvement of the patient must be changed from unclear rhetoric to knowledge-based active action. This requires that health care professionals gain a clearer understanding of how involvement can be interpreted, where the limitations in use of language are, and how involvement can be achieved. This requires resourcing of scientific knowledge, and that new initiatives be started, mediated, and continually debated. Otherwise patient involvement will remain just a buzzword.

Key words: Patient involvement, patient participation, clarification of terms.

til stadighed debatteres. Ellers forbliver medinddragelse i egen pleje og behandling et hurraord.

*Jane Færch er ansat som klinisk sygeplejespecialist i Medicinsk Klinik B, Hjertecenteret 3141/2, Rigshospitalet; jane.færch@rh.regionh.dk
Ingegerd Harder er lektor ved Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet.*

Litteratur

1. Færch J. Patientdeltagelse i sygeplejefaglig kontekst. En litteraturbaseret afdækning af hvordan patientdeltagelse kan forstås og udmøntes i en sygeplejefaglig kontekst, samt hvilke implikationer patientdeltagelse kan have for klinisk sygeplejepsiksis. Kandidatspeciale, Institut for Folkesundhed, Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet 2008.
2. Jacobsen CB, Pedersen VH, Albeck K. Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed. DSI rapport 2008.07 www.dsi.dk
3. Cahill J. Patient participation: a concept analysis. *J Adv Nurs* 1996; 24: 561-71.
4. Sundhedsministeriet. Sundhedsloven, Lov nr. 546 af 24/06/2005.
5. Sundhedsstyrelsen. National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet fælles mål og handleplan 2002-2006. Det nationale råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet 2002.
6. Amtsrådsforeningen et al. Patientens møde med sundhedsvæsenet, de mellem menneskelige relationer – anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet 2003. www.patient-relationer.dk
7. Danske Regioner. Kvalitet i regioner – Danske regioner mener: patienten som et aktiv – den aktive patient 2006.
8. Social- og Finansministeriet. Web-håndbog om brugerinddragelse, regeringens moderniseringsprogram 2002. www.moderniseringsprogram.dk
9. Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor som sygeplejerske. BEK nr. 1095 af 07/11/2006.
10. Timm H. Brugerperspektiv i sygeplejen. *Tidsskrift for sygeplejeforskning* 2001; 2: 22-7.
11. Meiniche A. To kaffe og en staveplade, historien om en ulykke. People's Press, København 2004.
12. Rasmussen E. Den dag du får kræft. Aschehoug Dansk Forlag A/S 2004.
13. Hede A, Andersen J. Når patienten vågner – et debatoplæg om det 21. århundredes patientkultur. Strategisk Forum, København maj 1999.
14. Rønnov F. Om få år må kun sygehuse med bløde værdier modtage patienter. *Ugebladet Mandag Morgen* feb. 2001; 5:12-7.

>>> TESTEN



Temaet er influenza A, test dig selv eller en kollega

Dansk Sygeplejeråd har oprettet et særligt sted på www.dsr.dk om influenza A. Prøv din viden her, og læs mere på portalen.

1 *Anbefales det, at sundhedspersonale, der undersøger eller behandler personer, som man mistænker er smittede, anvender beskyttelsesudstyr?*

- a. Nej, virus trænger igennem allevel.
- b. Ja, handsker, maske, beskyttelsesbriller eller visir og overtrækskittel.

2 *Hvornår smitter man andre med influenza A?*

- a. Fra man får de første symptomer, og man smitter mest de første dage af sygdommen.
- b. De sidste to dage af sygdomsforløbet.

3 *Anses gravide for at være i risikogruppen, der tilbydes vaccination?*

- a. Ja, gravide i 2. og 3. trimester podes og sættes i antiviral behandling, der afbrydes ved negativt prøvesvar.
- b. Nej, gravide er ikke i risikogruppen.

4 *Kan din arbejdsgiver kræve, at du lader dig vaccinere mod influenza A?*

- a. Ja, det har de ret til.
- b. Nej, influenza A er ikke en livstruende sygdom.

5 *Hvilke regler gælder, hvis dit barn bliver smittet med influenza A?*

- a. De sædvanlige regler om barns 1. og 2. sygedag.
- b. Du har ret til at blive hjemme og passe dit barn under hele sygeperioden.

Se svarene på TESTEN side 61

ciruscom.se



Hvad betyder
valgfrihed indenfor
sårbehandling med
negativt tryk
for dig

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

RENASYS – helt enkelt.

smith&nephew
RENASYS[®]
Negative Pressure Wound
Therapy




Redaktionen får anmeldt bøger med et fagligt eller personligt budskab til sygeplejersker eller til grupper af sygeplejersker, f.eks. sundhedsplejersker, hjemmesygeplejersker eller ledende sygeplejersker. Anmeldelserne skrives af et fast korps af anmeldere, som har en særlig viden om det emne, de anmelder.

Anmeldelserne bliver redigeret af fagredaktør Jette Bagh



Hold af, hold om, hold kæft og hold ved

 Emilie var 15 år, da hun efter en studietur til Prag med sin skoleklasse fik endnu en halsbetændelse, blev indlagt og fik konstateret leukæmi.

Med bogen "Ingenmandsland – om afmagt og kærlighed" ønsker moderen efter Emilies død at videregive dyrekøbte erfaringer til hospitalspersonale, pårørende og efterladte.

"Jeg hører ikke længere til i universet. Jeg svæver frit og uden sikkerhedsnet i et fald, der er mørkt, tungt og uden ende. Jeg skriger, men der kommer ingen lyd ud af min mund. Jeg er i et mareridt. Jeg er mig isnende bevidst om, at fra i dag vil jeg ikke længere vågne fra mareridtet, men til mareridtet."

Et år var Emilie og hendes mor indlagt på 21. etage i ingenmandsland. Uvirkeligt at et livskraftigt ungt menneskes tilværelse uvarslet blev ændret til et voldsomt sygdomsforløb, lidelse og død.

Fra hospitalssengen studerede de personalet og den basale sygepleje, håndtering af de grænseover-

skridende bækkener, blufærdighed, identitetstab, liggensår, mangelfuld ernæring, magtesløshed, uro og ensomhed. Mødet med det personale der er født til jobbet, og det personale der arbejder som, men ikke er omsorgsgivere.

Ubærligt, ekstra sørgeligt, at de under hospitalet også møder personale, som er inkompetent og galvaniseret. Anna konkluderer, at en god læge og sygeplejerske er mennesker, der tør investere sig selv.


Mødet med præsten (trods personalets forlegenhed ved at foreslå dette) bliver uvurderligt, både under og efter indlæggelsen.

I det år Emilie var syg, var Anna konstant hos hende. De kæmpede sammen. Bevægende og berigende læsning om afmagt og kærlighed.

Bogens sidste del fortæller om at bære det ubærlige. Da Emilie døde, tabte Anna pusten, hun lider af PTSD fire år efter.

Tabet af et barn er et brud på naturens orden og

Hvem er vi?

 Tre centrale budskaber bliver udmøntet i denne bog.

- Det er afgørende at inddrage borgerne i den offentlige sektor
- Metoder til at gennemføre borgercenteret innovationsforløb
- Anvisninger på, hvordan man skaber offentlige organisationer, hvor borgerne står i centrum.

Metoder til borgercenteret innovation er bogens tyngde, og der præsenteres teknikker til at drive processer sammen med borgerne. Processerne er hentet fra antropologien og de generelle kvalitative teknikker, så som observationsstudier, det narrative- og livshistoriske interview. Disse teknikker bliver operationaliseret gennem følgende faser og beskrives nøje i bogen: fokusér, oplev, skab og insistér. Faserne illustreres via et klassisk udviklingsprojekt.

Metoderne er almindelige redskaber til at drive processer.

Meget af formidlingen er gennem historier og cases – en teknik for at få læseren til at forstå, hvorfor borgercenteret innovationsforløb er det helt rigtige.

Og lykkes det? Både ja og nej.

Ja, fordi ingen kan være uenig i, at borgerne skal inddrages i den offentlige sektor. Grundvilkåret er også, at de juridiske spilleregler i den offentlige forvaltning, forståelsen af demokratiet og de politiske målsætninger alle sætter borgerne frem som aktører – og i øvrigt er det borgerne, som finansierer den offentlige sektor via skatterne.

Ja, fordi forfatterne får afgrænset hvor og ved hvilke opgaver, borgerne skal inddrages, og der er taget højde for, at det er politikerne, som bestemmer, og det er de fagprofessionelle og embedsmændene, som har en ekspertviden på de specifikke områder. Men borgerne er eksperter på deres oplevelser i den offentlige sektor.

Nej, det lykkes ikke med de cases, som skal illustrere borgercenteret innovation. Det kunne have været spændende at læse om borgernes inddragelse ved kerneydelserne. Eksemplerne er på de spinkle serviceområder i den offentlige sektor. Områder som er vigtige, men på ingen måde er i nærheden af selve kerneydelserne. Ydelser hvor høj faglig professionalitet, høj etisk standard og juridiske krav skal være i top. Bogens redskaber virker ikke så overbevisende, at de kan komme ind til selve kerneydelserne.

Hvordan inddrages og høres borgerne, når en ny



Christian Bason, Sune Knudsen og Søren Sebastian Toft
Sæt borgeren i spil
Gyldendal 2009
183 sider – 149 kr.
ISBN 978-87-0207-427-7

Anna Kløvedal
**Ingenmandsland
 om afmagt og kærlighed**
 Tiderne Skifter 2009
 176 sider – 249 kr.
 ISBN 978-87-7973-358-9



rammer os på det urmenneskelige, på det biologiske plan. Med H.C. Andersens ”Historien om en moder” oplever Anna at blive set og forstået.

Sorg kan ikke sammenlignes og beskrives som en kamp mellem viljen til at leve og ønsket om at dø.

Et af bogens ønsker er at beskrive sorgens forskellighed.

De nye sorgteorier, der beskriver sorgen som en tilstand, der bevæger sig i en vekselvirkning mellem to spor (i modsætning til faseteoriene) kan Anna genkende. I det ene spor ligger håb, trøst og fremtid, og i det andet spor ligger mismodet, savnet og stagnationen. Det kræver krykker til sjælen, ritualer og næstekærlighed at leve i sorg.

De første fire måneder efter Emilies død var Anna mandsopdækket 24 timer i døgnet. Venner lavede et vagtskema, så hun konstant havde selskab, fik praktisk hjælp og støtte efter et gammelt kriseråd: Hold af, hold om, hold kæft og hold ved! De rykkede tættere sammen, kom et spadestik dybere i

venskabet og øgede deres bevidsthed om at skønne på hinanden og på livet.

En sørgelig bog – og klog!

Jeg har mærket en uro, mens jeg skrev denne anmeldelse: Kan jeg finde de afgørende ord, som vil få sygeplejersker til at læse bogen? For bogen er vigtig, en gave til sygeplejefaget.

Emilie blev kun 15 år. Men hvilke 15 år. Dem er der ingen, der kan tage fra Anna, ikke engang døden.

Det var kort – men var det lidt?

*Af Jorit Tellervo, uddannelseskonsulent,
 ansat i Kursusafdelingen SOSU-Uddannelser Greve;
 jorit@tellervo.dk*

opera skal sættes op på Det Kgl. Teater? Skal kunstnerne og borgerne mødes og drøfte opsætningen? Hvordan inddrages borgerne i myndighedsopgaverne, som f.eks. processen omkring tvangs fjernelse af børn?

Nej, formidlingen er ingen succes.

Konteksten er den offentlige sektor, og eksemplerne er alle hentet fra forskellige områder. Begrebet den offentlige sektor bruges så bredt og generelt i bogen, at der under læsningen kommer tanker om forfatterens dybere kendskab til den offentlige sektor. Eksemplerne overbeviser ikke om dybere kendskab til driften i de mange fagområder, som spiller en rolle for brugerperspektivet.

Forfatterne gør meget ud af at skrive i et aktivt sprog. Det er prisværdigt, men det er ikke præcist at skrive vi om den offentlige sektor. ”De seneste par årtier har vi i den offentlige sektor ...” ”vi har udviklet ...” ”vi er ved ...”

Hvem er vi? Mon det er forfatterne, som har lang erfaring i den offentlige sektor? Næppe – ifølge deres personlige lille præsentation bag i bogen så er det ikke tung erhvervs erfaring fra den offentlige sektor, som tynger.

Nej, de teoretiske belæg mangler for bogens bud-

skaber. Der er ikke kilder fra teorier eller forskning, som understøtter bogens tema. Det vil overbevise læseren, hvis der var referencer, som kunne fortælle, at involvering af borgerne i den offentlige sektor har en positiv effekt over tid. Det ville også være godt at vide, om der ikke findes belæg.


*Af Gitte Lindermann, cand. scient.pol.
 og sygeplejerske, ansat som specialkonsulent
 i Region Hovedstaden.*

Svar på Testen side 59

- 1: b.
- 2: a.
- 3: a. Forudsat at vaccinen bliver godkendt til gravide.
- 4: b. Dansk Sygeplejeråd anbefaler dog, at man som sygeplejerske følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger om at blive vaccineret.
- 5: a. Hvis sygdommen fører til indlæggelse af barnet, gælder særlige regler.

Kilde: www.dsr.dk > Lige nu > Influenza A

Kunst på demenskanalen

 Velkommen til demenskanalen! Vi modtager bedst nuer.

En boks, der indeholder en bog, en digtsamling, en cd og en dvd. Alle fire medier omhandler sygdommen demens.

Jeg startede med bogen. Smukke billeder, stemninger, ytringer og metaforer, der fortæller os om en aldersudvikling, der er ganske naturlig, og som vi skal møde med naturlighed og lethed.

Hvis vi tør give slip på vores forhåbninger om normalitet og "klare øjeblikke", og hvis vi som ægtefæller, sønner, døtre, børnebørn, svigersønner, svigerdøtre, plejepersonale, naboer, onkler, tanter, venner og veninder til demente tør give slip på vores forestillinger om, hvad man kan, skal og bør, vil vi opleve en lethed og en glæde ved bare det at være til stede i nuet. Hvor svært kan det være? Det afgør vi selv.

Så satte jeg dvd'en på. De personer, som jeg


havde læst om i bogen, så jeg nu tone frem på skærmen. Jeg kunne genkende deres ytringer. Jeg kunne se og høre den anerkendelse, som ligger i at være til stede i nuet. Små enkle sekvenser af samspilssituationer, hvor livsgnisten bevares.

Dernæst lyttede jeg til cd'en. Musik, strofer, lyde, citater, jeg kunne forstå, citater, jeg ikke kunne tyde, et anderledes sprogbrug, finurlige fortællinger, besynderlige forklaringer fortalt med en naturlighed og lethed, som var de en selvfølge.

Igen mærkede jeg denne følelse af at være til stede og lytte og så få det ud af det, som jeg nu syntes. De dementes fortællinger er deres virkelighed, og deres frekvens er lige så spændende som din eller min frekvens. Stil ind på den. Så vil du opleve.

Til sidst måtte jeg læse digtene. Digtene sendte mig ud i rummet, hen over græsplæner og omkring forvandling til græshoppe. Jeg oplevede

De påtager sig så villigt offerrollen

 Denne samling artikler, der belyser forskellige aspekter af sygelige tilstande som fibromyalgi, piskesmæld, vulvodyni, samsynsproblemer, tristhed, stress og uforklarlige kroniske smerter, henvender sig til både lægfolk og fagfolk. Formålet er at fremme en nuanceret og tværfaglig tilgang til subjektive symptomer, som bringer skaderamte og lidende i konflikt med et system, der hovedsageligt er bygget op om tilstedeværelsen af objektive symptomer og den deraf afledte behandling og revalidering.

Seks psykologer, seks læger, en sygeplejerske, en optometrist, en dr. scient., en advokat og en patient har leveret indlæggene. Ud over de tekniske, faglige aspekter, hvoraf indlægget om samspillet mellem observerbare forandringer i hjernen og pågående sygehistorie er meget spændende, beskæftiger artiklerne sig med den konflikt, der opstår mellem subjektivt lidende på den ene side og de behandlende og de bevilligende myndigheder på den anden. Den bidragende piskesmældspatient er, ganske typisk for gruppen, fast forankret i, at hendes lidelse intet psykisk implicerer, det er udelukkende en fysisk lidelse. Det får mig uvægerligt til at overveje, om der er nogen lidelse, som ikke implicerer både psyke og fysik?

Andre forfattere forsøger diplomatisk at komme rundt om, at der kan være en særlig, forudgående sårbarhed hos dem, der rammes af de skjulte lidelser, og at det er påviseligt, at depression og stress ofte er medvirkende årsag. Nogle foreslår, at man forsigtigt lister den psykologiske forklaring ind ad bagvejen, mens de klogeste råder behandlere til at lade årsags-

sammenhængen hvile og tage patienterne på ordet, når de siger, de lider. For det handler dybest set om, at psykiske lidelser ikke tages mindre alvorligt end fysiske, så hele diskussionen om symptomernes ægt-hed er inderligt irrelevant.

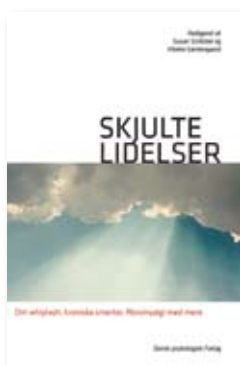
Man kan savne lidt antropologisk undren over, at antallet af f.eks. piskesmældsrømte er så stærkt stigende, som tilfældet er. I det hele taget mangler der et indlæg i bogen, som mere grundigt behandler den historiske og sociale baggrund for, hvordan nye diagnoser opstår.

Det anføres, at behandling ofte er virkningsløs i den periode, hvor de økonomiske aspekter som erstatning og pension er uafklarede, men der er ingen forsøg på at forklare det.

Det kunne også være interessant at bore i, hvorfor de, der rammes af disse lidelser, så villigt påtager sig offerrollen og så stædigt omtaler sig selv som ramte. Megen nok så plagsom sygdom medfører ikke samme krigsprægede terminologi. Endelig skrider konspektet på en forklaring, for det er primært kvinder, der rammes.

Som helhed giver bogen både et nuanceret billede af emnet og interessante indblik i nyere forskning, men flere af artiklerne er meget tekniske og formodentlig lukket land for en del af dem, bogen vil nå ud til. Mere synligt samarbejde mellem bogens forfattere havde været ønskeligt, og redaktørerne skulle måske have stillet et strammere koncept op for de deltagende professionelle, så bogen var blevet mere sammenhængende.

Af Karen Ellen Spannow, sygeplejerske og etnograf.



Susan Schlüter og Vibeke Søndergaard (red.)

Skjulte lidelser – Om whiplash, kroniske smerter, fibromyalgi med mere

Dansk Psykologisk Forlag 2009

260 sider – 278 kr.

ISBN 978-87-7706-538-5

digte, der udtrykte sorg og ulykkelighed over ikke at kunne huske, at kunne gøre, at vide, at forstå, at kunne udtrykke.

Alligevel sad jeg nu og smilede og tænkte: Dette her er smukt. Demens er jo ikke en deroute og en afvikling. Det er jo en ganske almindelig udvikling at blive gammel og at blive svækket, også på sanserne.

Hvem har sagt, at vi forbliver den samme person indtil døden?

Et citat fra bogen: ”I virkeligheden handler det om, at den demente skifter frekvens. Og det er selvfølgelig klart, at hvis man er indstillet på at høre P3, så bliver man naturligvis skuffet, hvis man pludselig hører en anden kanal.”

Dette værk igangsætter refleksion og inspiration og vil være et udmærket medie til netop pårørende. Og pårørende, det er vi jo alle sammen.

Man skal give sig tid og rum til at sanse og fornemme stemningerne og følelserne i disse medier.

Man skal lade sig stille ind på en anden frekvens, og det gør man faktisk helt automatisk.

Som fagperson kan jeg jo tilmed glæde mig over den buket af dygtige og anerkendte fagpersoner, der refereres til i dette værk.

Dette her er kunst.

Af Ulla Helsted, vicedirektør, sygeplejerske, ansat på Holmegårdsparken.



Fæno Lighthouse Projects 2009

Demens: Den anden frekvens – Inspiration for pårørende

Dette værk indeholder fire medier (bog, digtsamling, cd og dvd) 368 kr.

ISBN 978-87-992930-0-1

Til en snæver kreds

At se og indse forskellige former for evidens gør man ikke lige efter, man har læst denne bog. Det er noget, der kommer til at tage tid, og man vil være nødt til at vende tilbage til bogen flere gange, fordi teksten udfordrer læseren.

Sådan er det, og skal det være, når man beskæftiger sig med et filosofisk perspektiv på en sag. Der er ikke noget, der er rigtigt eller forkert eller meget konkret. For at kunne læse denne bog er man nødt til at tænke over sit eget ståsted. Man må læse teksten og derefter igen tænke over, hvad forfatterne vil sige, hvad man selv mener, hvad andre tekster siger osv.

Bogen kan således ikke benyttes som en lærebog, der bringer de forskellige perspektiver på evidens opstillet i pæne figurer og tabeller og giver en god oversigt over ligheder og forskelligheder. Har man brug for det, skal man læse noget andet.

Indholdet er udsprunget af mere end 20 års samtaler mellem Kari Martinsen og Katie Eriksson, samtaler som er foregået i offentligheden ved store arrangementer i de nordiske lande, også i Danmark.

Ved disse samtaler har forfatterne udfordret hinandens meninger og holdninger til centrale emner. En mangfoldighed om evidens og evidensbaseret løftes frem og sættes i relation til forskellige forskningsmæssige traditioner.

Hovedbudskabet er, at evidensbegrebet udspringer af den humanistiske forskningstradition, men i dag næsten udelukkende er benyttet inden for den naturvidenskabelige tradition. Dette er med til at begrænse og indsnævre begrebet.

Forfatterne kommer langt omkring, og bogen skal ses som et indlæg i debatten om evidens og evidensbegrebet og ikke en endegyldig og udtømmende beskrivelse af emnet. Derfor er det også nødvendigt, at læsere først gør sig fortrolig med forfatterens udgangspunkt for at kunne forstå den argumentation, der lægges for dagen.

Som nævnt er der ikke noget rigtigt eller forkert, men man kan være enig eller uenig i udgangspunktet og argumentationen, og det kan lede til, at man selv bliver mere klar på, hvad ens udgangspunkt og ståsted er. Det er jo en god egenskab ved en bog. Bogen er svær at læse, teksten er på både svensk og norsk, derfor skal man læse grundigt, så man får alle nuancer og den dybere mening med i hver sætning.

Jeg tror, bogen henvender sig til en snæver kreds i Danmark, og jeg synes ikke, den skal være en del af bachelorstuderendes pensum.

Af Preben Ulrich Pedersen, lektor, ph.d., leder af Center for Kliniske Retningslinjer – Nationalt Clearinghouse for Sygepleje, Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet.



Kari Martinsen, Katie Eriksson

Å se og å innse

Om ulike former for evidens

Akribe 2009

179 sider – 290,00 kr.

ISBN 978-82-7950-104-6

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

Susanne Meldgaard er 51 år, uddannet sygeplejerske på Århus Kommunehospital i 1981 og videreuddannet til undervisende sygeplejerske på Danmarks Sygeplejerskehøjskole i København i 1986. I 1999 blev hun MPH ved Københavns Universitet. Hun arbejder i forskelligt regi som sygeplejerske og projektleder.

Narcissister overtræder tavshedspligten

Overtræder du nogensinde tavshedspligten? Og hvis du gør, er det så sladder blandt professionelle, eller er det et forsøg på at sætte dig selv i centrum som betydningsfuld fagperson?

Det er ubetænksomt, men absolut ikke kedeligt, når en medpassager i DSB sidder og gennemlæser ansøgninger til en stilling som afdelingssygeplejerske. Selv gennem halvfedtede briller har mine langsynede øjne svært ved at undgå navne, CPR-numre og andre detaljer. "Nå, er hun nu på vej væk fra det job," tænker jeg om en ansøger, jeg kender lidt til. Ligeledes er ørerne åbne, da jeg uger senere spiser frokost på en offentlig restaurant og tilfældigvis overværer, hvordan en kommunal chef ved nabobordet omtaler en underordnet, min tidligere chef, i mindre flatterende vendinger. "Det er da for galt," tænker jeg i begge tilfælde, men foretager mig ikke yderligere, mens episoderne foregår. Måske fordi det er så overrullende, og jeg ikke helt ved, hvordan jeg konkret skal gøre opmærksom på, hvad jeg er vidne til. Skal jeg kopiere sætningen fra retsmediciner Preben Gertingers erindringsbog "En retsmediciners bekendelser" og sige "tak for underholdningen", eller skal jeg gribe det mere sagligt an og sige noget i retning af "tavshedspligten bliver vist overskredet nu". Endelig er der jo den mulighed at sende en venlig e-mail til chefen, som jeg kender navnet på. Jeg får mig dog aldrig taget sammen til at gøre nogen af delene.

"Siger du fra, når du er vidne til, at tavshedspligten overskrides, eller gør du som jeg, tager hændelsesforløbet med hjem og tænker på, hvordan du burde have reageret?"

Med eller uden navneforbud blegner ugebladssladderer, når jeg ved en hyggelig sammenkomst blandt fagfæller skal lægge øre til de seneste oplevelser. Det gælder først oplysninger om min genbos psykiske tilstand. Derefter gælder det detaljerne om en kendt journalist, der blev hysterisk over at have ammeproblemer. Det overgås lidt senere, da en anden ønsker at være i centrum og uden blusel beretter om, hvordan skuespilleren P netop har fået sin tredje abort. Jeg siger ikke noget ... de andre tilstedeværende gør heller ikke. Men hvorfor denne fejhed i nuet? Hvorfor siger vi ikke fra?

Det gør en sygeplejestuderende til gengæld. Ved en forelæsning må hun lægge øre til oplægsholderens forsøg på at sætte sig selv i centrum. Her omtales egen rolle i forbindelse med tv-helten Y's indlæggelse og ikke mindst lidelser. Ingen er længere i tvivl om, hvilken dygtig sygeplejerske oplægsholderen er. Ingen er i tvivl om, hvilke problemer Y havde eller "helt sikkert vil få i fremtiden". Den studerendes argumentation for, at tavshedspligten er overskredet, mødes med den opfattelse, at alle tilstedeværende i auditoriet er underlagt tavshedspligt, så derfor må der gerne nævnes navne. Det er da interessant. Hvorfor dette fejlagtige forsvar for den kollektive tavshedspligt, når det handler om oplægsholderens åbenlyse tilsidesættelse af en tavshedspligt, hun er underlagt som patientens fortrolige. Er det et nyt fænomen? Den narcissistiske overtrædelse af tavshedspligten!

Nu som før er tavshedspligten svær at håndtere. Det bliver ikke mindre svært på grund af manglende italesættelse af overskridelsen.

Siger du fra, når du er vidne til, at tavshedspligten overskrides, eller gør du som jeg, tager hændelsesforløbet med hjem og tænker på, hvordan du burde have reageret? Nej, du er naturligvis det gode forbillede for de studerende og alle os andre. Du siger prompte fra, når historier om P, Y og alle de andre krydrer fredagsmiddagen.

Susanne Meldgaard

Læs mere om tavshedspligt i bogen "Sundhedsret – for sygeplejersker". Lærebog for sygeplejestuderende. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck København 2006

SYGGEPLEJERSKEN

JOB

Region Hovedstaden	>>> 67
Region Sjælland	>>> 70
Region Syddanmark	>>> 70
Region Midtjylland	>>> 71
Udland	>>> 73

SUNDHEDSSTYRELSEN

Områdeansvarlig til team for kronisk sygdom

>>> 68

AFDELINGSSYGGEPLEJERSKE TIL DRONNING INGRIDS HOSPITAL >>> 72