

MAGT I DEN MOTIVERENDE SAMTALE • SEKSUALITET HOS DEN KRONISKE NYREPATIENT

# SYGGEPLEJERSKEN

PERSPEKTIV

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR. 12 » 12. JUNI 2009 » 109. ÅRGANG

**Boom af udenlandske sygeplejersker i Danmark**

**Ny medicin har gjort gigt til et populært speciale**

**KORT NYT**

**Frivilligt sundhedskorps hjælper kirkeflygtninge**

**Kandidat nummer to har meldt sig til formandsposten i DSR**

**PTSD**

**SYV UD AF TI FLYGTNINGE ER SYGE**

**PATIENTERS RETSSIKKERHED OVERTRÆDES VED BRUG AF IT-REDSKABER**

DET KAN DU LÆSE I DETTE NUMMER AF SYGEPLEJERSKEN:

# SVÆRE TRAUMER MEDFØRER ALVORLIGE SYGDOMME

Syv ud af 10 flygtninge i Danmark er alvorligt syge, men i sundhedssystemet er traumerne usynlige. Næsten alle sygeplejersker vil i løbet af deres arbejdsliv møde en patient med symptomer på post traumatic stress disorder, PTSD, men det er bare ikke sikkert, at lidelsen bliver opdaget, fordi følgesygdomme som søvnbesvær, sukkersyge og mavekrampe stjæler opmærksomheden fra det traume, der ligger bag. Sygeplejersker skal spørge ind til patientens baggrund, og hun skal turde høre svaret.

**LÆS SIDE 16**

## **22 My medicin har gjort gigttil populært speciale**

Den biologiske gigttbehandling har betydet ikke mindre end en revolution i behandlingen af gigtsygdomme som leddegigt, psoriasisgigt og Bechterews sygdom. Sygeplejen er omdrejningspunktet i den ambulante gigttbehandling på Frederiksberg Hospital.

## **29 Boom af udenlandske sygeplejersker i Danmark**

500 udenlandske sygeplejersker fik arbejde i Danmark sidste år, viser nye tal fra Dansk Sygeplejeråd. Tallene viser, at mange østeuropæiske sygeplejersker bliver, mens hovedparten af de svenske og norske sygeplejersker rejser hjem igen.

## **35 Ud med sproget: Stop amning efter fire måneder**

Kvinder bør stoppe med at amme efter fire måneder, så barnet ikke får en højere koncentration af farlige kemiske stoffer i kroppen end moderen, mener Allan Astrup Jensen, der forsker i stoffers ophobning i mennesker.

## **36 Sygeplejerskernes markante formænd**

De fire nærmeste forgængere for Dansk Sygeplejeråds kommende formand havde forskellige mærkesager og udfordringer.



FORSIDEFOTO: THOMAS TOLSTRUP

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

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





## FAG

**52 Seksualitet hos den kronisk nyresyge patient**

Gennem holdningsbearbejdning og undervisning er det muligt at integrere patienters seksualitet i sygeplejen på lige fod med andre behovsområder.

**56 Magt i den motiverende samtale**

De professionelle bekymring for styring og kontrol i det sundhedsfremmende arbejde er overdrevet.



”Forbindingsskift på hoften: Borgeren trækker bukserne ned stående ved køkkenbordet, vupti er forbindningen skiftet og den snavsede lagt i en plastikpose, som hjemmevant bliver smidt i skraldespanden på vej ud ad døren. Ingen blufærdighed, ingen indledende sludder for en sladder.”

LÆS 5 FAGLIGE MINUTTER SIDE 66

## I HVERT NUMMER

- 6 Eftertanker
- 6 Kort nyt
- 38 Dansk Sygeplejeråd mener
- 39 Debat
- 44 Fagtanker
- 44 Faglig information
- 45 Testen
- 51 Agenda
- 60 Anmeldelser
- 66 5 faglige minutter
- 67 Stillingsannoncer
- 78 Kurser/Møder/Meddelelser



”Indledningsvis gør forfatterne op med myten om, at det kun er klinisk kontrollerede undersøgelser, der dur, når man taler om evidens.”

LÆS ANMELDELSERNE SIDE 60

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

# Glem alt om beskyttelse af dit privatliv

Er du klar over, at alle læger og andet sundhedspersonale kan læse din personlige medicinprofil på sundhed.dk hvis medicinen er udleveret via et apotek inden for de sidste to år? At læger og andet sundhedspersonale fuldt lovligt kan indhente oplysninger om dig via din e-journal på sundhed.dk – uden dit samtykke? At den person, der bestiller blodprøver under din indlæggelse, kan se alle dine prøvesvar fra sidste indlæggelse? Sundhedslovens gode intentioner om beskyttelse af vores fortrolige informationer kan helt enkelt ikke praktiseres med vores nuværende it-systemer. Læs artiklen ”Patienters retssikkerhed overtrædes ved brug af it-redskaber” side 46.

LÆS SIDE 46

## Det sikre valg

Forleden blev jeg ringet op af en journalist fra en stor dansk avis, der gerne ville høre lidt om "det at være sygeplejerske."

"Ja, for det må jo være et af de sikreste job midt i en finanskrise?" spurgte journalisten.

"Ja, tjo," svarede jeg – der er jo mangel på sygeplejersker – 2.400 mangler i år, og manglen bliver ikke mindre de næste år. Det viser fremskrivninger af sygeplejerskemanglen.

Så ja, sygeplejerskejobbet er sikkert et ganske sikkert valg i en krisetid, men det er vel næppe den primære grund til, at man vælger at blive sygeplejerske.

De fleste er enige om, at vi skal have flere sygeplejersker, der gerne vil fordybe sig i fagets mange muligheder. Undervisningsministeriet har netop sammen med bl.a. Dansk Sygeplejeråd, Danske Regioner og KL igangsat en stor rekrutteringskampagne til sygeplejerskeuddannelsen.

"Hvid Zone" hedder kampagnen, der blev skudt i gang den 28. april. Den har en fin hjemmeside på [www.hvidzone.dk](http://www.hvidzone.dk) – jeg vil opfordre jer til at klikke ind på siden, også selvom I allerede er uddannede sygeplejersker – det er ganske interessant. Kampagnen skal køre de næste tre år, og der kommer til at ske en masse forskellige ting på den front i den kommende tid.

Noget af det, som kampagnen slår på, er sygeplejerskefagets utrolige alsidighed. Der er rigtig mange forskellige muligheder i løbet af en lang sygeplejerskekarriere, hvis man vil. Man kan arbejde i udlandet, man kan forske, man kan undervise, man kan gå ledervejen, man kan specialisere sig, man kan arbejde i det offentlige eller i det private.

Den alsidighed forsøger vi også at afspejle i indholdet af *Sygeplejersken*.

Indimellem er det lidt af en udfordring at få alle ender og kanter beskrevet blandt en meget stor og varieret medlemsgruppe.

Også i dette nummer af *Sygeplejersken* har vi været forskellige steder på det sygeplejefaglige landkort. Jeg håber, I vil nyde turen og læse med.

God læselyst.



Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør  
[snp@dsr.dk](mailto:snp@dsr.dk)



## Frivilligt sundheds

AF SANNE MAJA FUNCH CHRISTENSEN, JOURNALIST • FOTO: THOMAS TOLSTRUP

**Udviste.** De irakiske flygtninge i Brorsons Kirke har et stort behov for sundhedshjælp. Et korps af frivillige læger og sygeplejersker står for beredskabet.

I kældrene under Brorsons Kirke på Nørrebro bor 82 irakere. Her har de søgt tilflugt, fordi de er udvist af Danmark. En del af de udviste asylansøgere lider af behandlingskrævende sygdomme, og flere gange i døgnet opstår behovet for at tale med en læge eller en sygeplejerske.

Flygtningene kappede forbindelsen til det etablerede sundhedssystem, da de forlod Røde Kors' asyllejre. Derfor har en kreds af frivilligt sundhedspersonale startet et netværk, som hjælper irakerne.

"Vi har den indstilling, at sundhedshjælp er en basal rettighed. Derfor tog vi initiativ til at lave en gruppe, så irakerne har adgang til den hjælp," fortæller Anna Haugaard.

Hun er medicinstuderende og koordinator i sundhedsgruppen. Den tæller omkring 15 individer, men bliver til stadighed udvidet af nyt personale, som hører om græsrodsarbejdet gennem kollegaer og bekendte. Lige nu fordeler de frivillige sig på en bred faglig palet fra læger og sygeplejersker til jordemødre og psykiatere.

Arbejdet er struktureret, så Anna Haugaard og tre andre frivillige er tilgængelige på telefon døgnet rundt. Det er dem, kirkens vagter ringer til, hvis irakerne pludselig har brug for hjælp. Derefter kigger koordinatorene i kontaktbogen:

"Vi finder den i netværket, som har forstand på problemet. Indtil videre fungerer det," siger Anna Haugaard.

### Behov for psykisk pleje

Sundhedsgruppen startede sit arbejde for få uger siden. Derfor har frivilligkorpset hverken irakernes sygejournaler eller et generelt overblik over deres sundhedstilstand. Arbejdet be-

### REDAKTIONEN >>>

Chefredaktør, ansvarlig efter medlemsvarsloven  
Sigurd Nissen-Petersen  
[snp@dsr.dk](mailto:snp@dsr.dk)  
Tlf.: 4695 4193  
Mobil: 4013 3802



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



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



Journalist  
Rebekka Holm Andersen  
[rea@dsr.dk](mailto:rea@dsr.dk)  
Tlf.: 4695 4184



Redaktionschef  
Henrik Boesen (DJ)  
[hbo@dsr.dk](mailto:hbo@dsr.dk)  
Tlf.: 4695 4189  
Mobil: 2121 8770



Journalist  
Sine Madsen  
[sma@dsr.dk](mailto:sma@dsr.dk)  
Tlf.: 4695 4190



Journalist  
Susanne Bloch Kjeldsen (DJ)  
[sbk@dsr.dk](mailto:sbk@dsr.dk)  
Tlf.: 4695 4178  
Mobil: 2177 6739



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



# personale hjælper kirkeflygtninge



Hazhar Jaaf, 33 år, har været ni år i Danmark. Han har haft to blodpropper i hjertet. Han opholder sig i kirken sammen med sin psykisk syge kone Zahida Sadiq. Ligesom 282 afviste irakiske asylansøgere venter de på, at deres udvisningssag bliver behandlet. De første udvisninger ventes i juni.

Frivillig sygeplejerske Lea Thomsen vurderer, at det psykiske plejebæbehov er stort blandt irakerne, hvoraf mange har barske oplevelser i bagagen.



står i ad hoc-bistand med problemer, der spænder fra røde barnenumser til ondt i maven – og så ”bare at tage en snak,” som Anna Haugaard siger.

Sygeplejerske i sundhedsgruppen, Lea Thomsen, ser netop samtalen som sit væsentligste bidrag:

”Jeg regner ikke med at kunne gøre det helt store sundhedsmæssigt. Jeg vil ikke omklamre dem, men være til stede, og så håber jeg, de opdager, at jeg er her,” siger Lea Thomsen, som vurderer, at det psykiske plejebæbehov er stort blandt irakerne, hvoraf mange har barske oplevelser i bagagen.

Den antagelse bekræfter Hazhar Jaaf, som opholder sig i kirken sammen med sin psykisk syge kone Zahida Sadiq.

”1, 2, 3, 4, 5 – mange! De har mistet hjernen,” svarer Hazhar Jaaf på spørgsmålet om, hvor mange i kirken der ligesom Zahida lider af f.eks. flashbacks, søvnløshed og angst.

Også på Rehabiliterings- og Forskningscenter for Torturofre (RCT) er advocacy-kordinator Tue Magnussen bekymret for irakernes sundhedstilstand.

Han peger på, at en del af flygtningene risikerer at lide af behandlingskrævende traumer, og henviser til en undersøgelse fra

2008 offentliggjort af Amnesty International. Undersøgelsen viser, at op mod 45 pct. af asylansøgere i Danmark har været udsat for tortur. Derfor opfordrer RCT regeringen til at undersøge kirkeflygtningenes sundhed og deres behov for behandling, før de udvises til Irak.

*Sundhedsgruppen i Brorsons Kirke er åben for flere frivillige. Henvendelse på mail-adressen: [sundhedsgruppen@gmail.com](mailto:sundhedsgruppen@gmail.com)*

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



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



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



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



Journalist  
**Britta Søndergaard** (DJ)  
bso@dsr.dk  
Tlf.: 4695 4261  
Mobil: 2360 0277



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



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



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



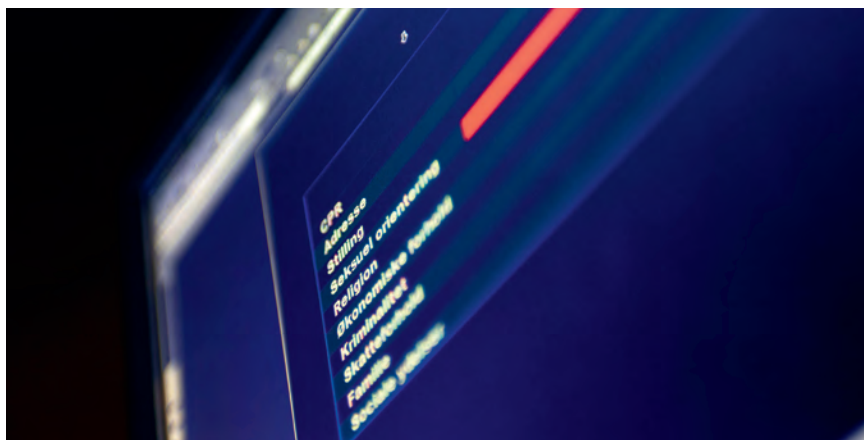
# Patienters samtykke er en illusion

AF SUSANNE BLOCH KJELDSEN, JOURNALIST • FOTO: SØREN HOLM

**Lovstridigt.** Patienters retsstilling bliver krænket, når et negativt samtykke ikke bliver overført i it-systemernes udveksling af data. Det kan f.eks. gælde fortrolige oplysninger om hiv-sygdom og psykiatriske diagnoser.

"Et scenarie: En patient er hiv-smittet. Med loven i hånden får hun spærret oplysningerne om sin hiv-behandling, så denne del af den elektroniske patientjournal kun kan læses af hiv-afdelingens behandlere. Nogen tid senere pådrager patienten sig et benbrud. Den nye læge kan logge sig på e-journal via sundhed.dk og – fordi visningen ikke er begrænset til aktuell behandling – frit læse om hendes hiv-medicinering. I modstrid med patientens såkaldte "negative samtykke".

Behandlingsoplysninger som disse passerer dagligt sundhedsvæsenets utallige patientdatasystemer, mens patientens samtykke i mellemtiden forsvinder. Man foregiver således patienterne, at de har et valg." Sådan skrev Dagens Medicin i oktober 2008 på baggrund af et masterprojekt fra Aalborg Universitet forfattet af sygeplejerske og EPJ-koordinator i Psykiatrien Re-



gion Midtjylland, Jan Rosenbjerg Albertsen, og it-sundhedskonsulent Henrik Sønderholm Larsen. *Sygeplejersken* bringer i dette nummer artiklen om masterprojektet.

"Som det er i dag, er patienters samtykke en illusion. Enten skal man sørge for at orientere patienter om, at man kun i nogen grad kan adskille data, eller også skal man udvikle systemerne, så de kan blokere for fortrolige oplysninger," siger Jan Rosenbjerg Albertsen.

Region Midtjylland går til efteråret i gang

med at implementere EPJ-systemet Århus EPJ i Randers, og hvis evalueringen er positiv, skal systemet implementeres i hele regionen. Systemet kan ikke håndtere begrænsninger som negativt samtykke imellem de forskellige sygehuse og afdelinger.

Ifølge konsulent i Region Midtjyllands afdeling for sundhedsinformatik, Mogens Ensig-Karup, kan problemet løses teknisk med elektroniske barrierer, men rent praktisk vil løsningen ikke være en mulighed, da det vil få systemet til at køre væsentligt langsommere for alle patienter.

## Historisk lønstigning til grønlandske

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

**Lønhop.** De grønlandske sygeplejerskers løn stiger 19 pct. over de næste tre år. Dermed har de udsigt til at få mindst lige så meget i lønningsposen som deres danske kolleger.

De grønlandske sygeplejersker kan se frem til 19 pct. mere i løn i løbet af de kommende tre år. Basislønnen for en nyuddannet sygeplejerske er i dag 20.400 om måneden, og den vil stige til 27.500 kr. i 2011.

Det er et af de markante resultater af den aftale, som Sundhedskartellet i Grønland har indgået med Grønlands Hjemmestyre, og formanden for de grønlandske sygeplejerskers organisation Peqqis-saasut Kattuffiat, Karin Holler, glæder sig over resultatet:

"Det er historisk høje lønstigninger, og ud over en flot lønstigning er der også

### »»» TURBULENT FORLØB

De grønlandske overenskomstforhandlinger startede 9. marts, men brød sammen 29. marts på grund af et krav fra arbejdsgiverne om særligt favorable ansættelsesvilkår for udvalgte medarbejdere. Forhandlingerne blev genoptaget i maj og sluttede den 27. maj. Blandt resultaterne kan nævnes:

- stigninger på grundlønssatserne
- højere ulempetillæg
- bedre barselsorlov
- seniorordning for medarbejdere over 55 år
- ny og bedre vikarordning.

Resultatet er sendt til urafstemning blandt medlemmerne. Afstemningen afsluttes 22. juni kl. 12. Læs mere om overenskomsten på [www.pk.gl](http://www.pk.gl)

mange andre gode ting i overenskomsten," siger Karin Holler og henviser til, at der fremover bliver indbetalt 10.000 kr. om året pr. sygeplejerske til efteruddannelse. Det betyder, at grønlandske sygeplejersker får mulighed for at tage på kursus i Danmark. Barselsorloven for de grønlandske sygeplejersker har hidtil været dårligere end i Danmark. Det rettes der nu op på med en udvidelse af barselsorloven på 11 uger. Desuden indføres en sjette ferieuge, seniorordninger for medarbejdere over 55 år og særlige lønforhøjelser til de ledende sygeplejersker.

### Lettere at rekruttere

Fungerende formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, betegner den nye overenskomst som rigtig flot:

"Det er dygtigt gjort, og det er dejligt at se, at det er lykkedes de grønlandske sy-

# Kampvalg om formandsposten

Løsningen på problemet skal derfor findes ved at lave lovgivningen om, mener Jan Rosenbjerg Andersen.

"Vores undersøgelse viser det – og jeg mener, sundhedsloven bør laves om, så patienterne ikke har en fiktiv ret. Det er ganske få patienter, der giver negativt samtykke, og deres behov kan måske imødekommes på anden måde," siger Jan Rosenbjerg Albertsen.

Han mener, at data bør være adskilt mellem de forskellige afsnit og sygehuse.

"Ingen klinikere ønsker, at man ikke kan få de oplysninger om patienten, som man vurderer er bedst for behandlingen – og for patientens bedste. Vi vil gerne give den kvalitetsmæssigt bedste behandling, men hvordan kan man det, hvis ikke man kan se alle relevante data om patienten? Derfor kan man lige så godt gøre udvekslingen lovlig, så data kan ses og bruges af personer i sundhedsvæsenet, som jo arbejder under tavshedspligt," siger Jan Rosenbjerg Albertsen.

Læs artiklen "Patienters retssikkerhed overtrædes ved brug af it-redskaber" på side 46.

Der bliver kampvalg om formandsposten i Dansk Sygeplejeråd, idet formanden for Lederforeningen i Dansk Sygeplejeråd, Irene Hesselberg, har meldt sig som kandidat nummer to. I forvejen er fungerende formand, Grete Christensen, kandidat.

"Det er vigtigt for mig at slå fast, at jeg er stolt af Dansk Sygeplejeråd, men jeg mener, at organisationen trænger til fornyelse. Og jeg tror, at det er nemmere for mig, der kun har været i hovedbestyrelsen i halvdelen af år, at se tingene lidt udefra også," siger Irene Hesselberg. Hun konstaterer, at der i de seneste år er sket store forandringer i sundhedsvæsenet og i samfundet, og at mange giver udtryk for, at fagbevægelsen skal forny sig.

"Vi skal samarbejde på nye måder med både med- og modspillere, og så skal vi slås med de rigtige. Det er ikke nødvendigvis Danske Regioner, men måske finansministeren," siger hun.

Irene Hesselberg er uddannet fra Slagelse Sygeplejerskole i 1993 og var senest leder af Fripleshjemmet Margrethe Hjemmet i Roskilde indtil udgangen af 2007. Irene Hesselberg blev første formand for Lederforeningen i Dansk Sygeplejeråd fra 8. november 2007. Hun er 42 år, mor til ét barn og bosat i Vemmelev ved Slagelse.



FOTO: LIZETTE KABRE

foreningen i Dansk Sygeplejeråd fra 8. november 2007. Hun er 42 år, mor til ét barn og bosat i Vemmelev ved Slagelse.

Opstillingsfristen for formandskandidater er den 22. juni kl. 15. Valgbehandlingen finder sted i perioden 31. august til 14. september, og valgresultatet offentliggøres senere den 14. september. (sp)

## sygeplejersker

geplejersker at holde fast i deres krav. Lønstigningerne er banebrydende, og det kan betyde, at det bliver lettere at rekruttere fastansatte sygeplejersker til det grønlandske sundhedsvæsen i stedet for dyre private vikarer. Nu håber vi bare, at resultatet bliver stemt hjem."

Manglen på sygeplejersker har kastet det grønlandske sundhedsvæsen ud i en dyb krise, og Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk udfører kun akutte operationer:

"Jeg tror også, at overenskomsten kan være et skridt i retning af, at det bliver lettere at skaffe fastansatte sygeplejersker, så sundhedsvæsenet ikke bliver helt så afhængigt af dyre private bureauer," siger Karin Holler med henvisning til, at mellem 25 og 30 pct. af stillingerne i dag er besat af såkaldte limousinevikarer, der koster Grønland mere end fire gange så meget som ansættelse af faste sygeplejersker.

### Vidste du at ...

... det typiske offer for en drukneulykke er en mand på kontanthjælp eller sygedagpenge? Det gælder især for drukneulykker i havne, hvor andelen af forulykkede på kontanthjælp eller sygedagpenge var seks gange højere end i befolkningen som sådan.

Kilde: [www.sl-folkesundhed.dk](http://www.sl-folkesundhed.dk) (Ugens tal, uge 23).

### Vidste du at ...

... de mandlige sygeplejersker udgør 3,8 pct. af den samlede sygeplejerskearbejdsstyrke? Antallet er steget siden 1990, hvor de kun udgjorde 3,2 pct.

Kilde: Professor i sundhedsøkonomi på Syddansk Universitet, Kjeld Møller Pedersen.



ARKIVFOTO: ISTOCK

### Vidste du at ...

... samfundet kan spare 17 mia. kr. over fem år ved at investere 1 mia. kr. i bedre forebyggelse af infektioner og utilsigtede hændelser? Det handler ofte om simple løsninger som bedre håndhygiejne.

Kilde: Professor i sundhedsøkonomi på Syddansk Universitet, Kjeld Møller Pedersen.

# Kommunale kødstrimler slog to ældre ihjel

AF REBEKKA HOLM ANDERSEN, JOURNALIST

## ««« DET SKREV PRESSEN

**Uhygiejnisk.** Bøf stroganoff fra kommunal madordning har den sidste måned slået to ældre syge danskere ihjel, mens fem andre er blevet smittet med listeriabakterier.

To ældre beboere i det storkøbenhavn-ske område er døde efter at have spist en færdigret med bøf stroganoff, hvor der hørte løse ris og ærter til. Fem andre danskere er blevet syge, fordi retten indeholdt bakterien *Listeria monocytogenes*, som kan være farlig for folk, der i forvejen er svage eller gravide. Bakterien stammer med al sandsynlighed fra de kødstrimler, der var brugt til retten. Retten er blevet leveret fra den 15.-17. april til 609 ældre, der har fået leveret maden gennem kommunale madordninger i bl.a. Frederiksberg, København, Gen-

tofte, Gladsaxe og Holbæk, oplyser leverandøren, Medirest, til B.T. den 26. maj 2009. Overlæge Kåre Mølbak fra den epidemiologiske afdeling ved Statens Serum Institut har været med til at opklare udbruddet.

"Det er frygteligt, at to danskere er døde efter at have spist bøf stroganoff. Også selv om de begge var svage og ældre. De ældre er blevet ramt af smitten, fordi de blot har lunet den udbragte mad og ikke har varmet den ordentligt igennem, så bakterierne døde," siger overlæge Kåre Mølbak til B.T.

Statens Serum Institut, Fødevareafdelingen i Rødovre og Fødevarestyrelsen, opklarede sygdomsudbruddet, efter 13 danskere var blevet smittet med bakterien i maj, og de syv stammer fra den udbragte ret med bøf stroganoff.

Maden kommer fra Den Private Kok i Kødbyen i København, men kødet er

leveret varmebehandlet fra en anden virksomhed. Derfor fik det efterfølgende konsekvenser for kødleverandøren, som med det samme blev fyret. Driftsdirektør hos Den Private Kok, Peter Salskov, informerede kommunerne om sagen.

"Det er en tragisk sag. Vi har øjeblikkeligt fyret den leverandør, der har leveret kødet til retten til os. Desuden vil vi nu lave tydeligere etiketter på retterne, så det er helt tydeligt for selv svagtsende ældre, at de skal opvarme retten ved mindst 75 grader," siger han til B.T.

Frederiksberg Kommune meddelte gennem deres pressechef til B.T., at de er tilfredse med firmaets reaktion.

rea@dssr.dk

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



ANW/FOTO:ISTOCK

"Hvis man har været 15 år om at spise sig fed, hvorfor skal man så opereres inden for en måned?"

Professor på Rigshospitalet Henrik Kehlet i Dagens Medicin.



## Overvægtig og sygeplejerske

Sygeplejersken bringer i et af de kommende numre artikler om overvægt blandt sygeplejersker. Vi vil meget gerne i kontakt med sygeplejersker, som enten er overvægtige eller har prøvet at være det for at høre, om det giver nogle problemer i forhold til arbejdet. Vi hører også gerne om bud på, hvad arbejdspladsen evt. kan bidrage med i den sammenhæng.

Ring eller skriv til journalist Rebekka Holm Andersen på tlf. 4695 4184, e-mail: rea@dssr.dk

## Kampagne sætter fokus på mænd og kræft

Kampagnen "Men's Health Week" sætter i uge 25 fokus på mænd og kræft. Mænd har større forekomst og overdødelighed af stort set alle. Prostatakræft er én af de kræftsygdomme, der er i kraftig stigning. Ud over kræft handler "Men's Health Week" om mænds sundhed generelt.

I 2009 er følgende organisationer gået sammen om kampagnen: Selskab for Mænds Sundhed, Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, 3F, Dansk Metal, Rigshospitalet, Sund By Netværket, Dansk Sygeplejeråd, Fuldkornssamarbejdet, PROPA (Prostatacancer Patientforeningen) og Suhrs Husholdningsskole under Professionshøjskolen Metropol.

(sbk)

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

## Vidste du at ...

... danskerne ikke bare lever længere, de ældre får også flere år som raske og færre med belastende sygdom?

Kilde: [www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk) (Ugens tal, uge 21).



## Fungerende formand for Sundhedskartellet

Johnny Kuhr, næstformand i Sundhedskartellet og formand for Danske Fysioterapeuter, er indtrådt som fungerende formand for Sundhedskartellet, efter at Connie Kruckow er fratrådt som formand for Dansk Sygeplejeråd med udgangen af maj. Johnny Kuhr har været formand for Danske Fysioterapeuter siden 2000 og har siddet med ved forhandlingsbordet de seneste to overenskomstforhandlinger for Sundhedskartellet.



ARKIVFOTO: SCANPIX

Sundhedskartellets forhandlingsudvalg er enige om at afvente nyvalg af formand, indtil der er foretaget valg af ny formand i DSR. Formandsvalget i DSR vil være afsluttet senest pr. 15. september 2009. Der vil i perioden indtil da ikke være nogen næstformand i Sundhedskartellet.

(sp)

## Populær telefonlinje til sundhedsplejen

Forældre til nyfødte børn i Region Syddanmark benytter sig i stor stil af muligheden for at få råd af en sundhedsplejerske over telefon. En optælling viser, at antallet af henvendelser svarer til, at forældrene til 14,7 pct. af alle nyfødte har ringet ind ifølge dagbladet JyskeVestkysten. Optællingen er foretaget i perioden 1. januar 2008 og til nu. 80 pct. af alle henvendelser handler om børn under et halvt år. Spørgsmålene går typisk på amning, og sundhedsplejerskerne mener, at det skyldes, at de nybagte mødre udskrives tidligere fra sygehusene. Telefonlinjen koster 33.000 kr. om året.

(sbk)

### Vidste du at ...

... gennemsnitsalderen for nyuddannede sygeplejersker i dag er 28,6 år? I 1971 var de nyuddannede sygeplejersker i gennemsnit 23,1 år.

Kilde: DSI-rapporten "Sygeplejerskernes veje på arbejdsmarkedet".

## Da Connie Kruckow gik ned med stress

I en ny interviewbog med titlen "Jeg havde lagt alle viskestykkerne sirligt sammen – i køleskabet" fortæller 10 kendte kvinder om, hvordan de overvandt at blive syge af stress. Én af dem er Dansk Sygeplejeråds netop afdøde formand Connie Kruckow, der brød sammen på talerstolen ved Dansk Sygeplejeråds kongres i 2006. I bogen fortæller hun bl.a., at motion og opmærksomhed på kroppens signaler og åbenhed om stressen er nogle af de regler, hun har givet sig selv for at undgå at havne i fælden igen.

(sbk)



## 33.600 kroner mere til nyuddannede om året

Som nyuddannet sygeplejerske på et sygehus mærker du nu kontante forbedringer som resultat af Dansk Sygeplejeråds seneste overenskomstresultat. Der er aftalt en gennemsnitlig lønstigning på i alt ca. 2.800 kr. om måneden, når alle forbedringer er trådt i kraft.

Læs mere om resultaterne af OK-08, og hvad de konkret betyder for dig på [dsr.dk](http://dsr.dk) under 'Overenskomst'



ARKIVFOTO: ALEX TRAN

PRODUKTINFORMATION FOR ANNONSE SIDE 12

**Forkortet Produktresumé.**

**Gardasil®** Human Papillomavirusvaccine [type 6, 11, 16, 18] (rekombinant, adsorberet). Gardasil er en quadrivalent vaccine, der består af højtrensede 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 0 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) 17.04.2009:** 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](http://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](http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/gardasil/gardasil.htm)



**sanofi pasteur MSD**  
vaccines for life

## NYT FRA DANSK SYGEPLEJERÅD



ARKIFOTO: SCANIPIX

## Har vi ligestilling?

AF TINE BENDIXEN, JOURNALIST

Kønsforsker Kenneth Reinicke: "Ligestilling har vi juridisk, men ikke praktisk. Kønsdiskussionerne smuldrer mellem hænderne på os, fordi vi lever med myter, fordomme og nedgroede liberale opfattelser: "Ingen skal fortælle mig, hvem der skal tage barslen og opvasken". Ligestillingens værste fjende er valgfriheden. Det er kontroversielt, men vi skal have gjort op med den naive danske holdning, at "det kommer nok af sig selv". For det gør det ikke!

Det er da heller ikke rimeligt, at der er lønforskelle mellem sammenlignelige grupper i det private og det offentlige. Ligelønsspørgsmålet er et meget hot emne. Men det er samtidig sjovt at se, hvor tabuiseret det er internt på arbejdspladserne. Det er nemt nok at tale overordnet om det. Men ude på den enkelte arbejdsplads er det ikke noget, vi snakker om! Og det skal vi."

*Hvis du var ligestillingsminister?*

"Så ville jeg sateme kriminalisere de prostitutionskunder! Kvinder bliver altså ikke prostituerede af lyst og liderlighed. Der er en sammenhæng mellem mænds seksualitet og kvinders fattigdom."

## Tre kredscontorer får fælles adresse

Dansk Sygeplejeråds Kreds Hovedstaden får pr. 1. oktober 2009 Frederiksborggade 15 i København som ny hovedadresse. Samtidig fraflyttes kontorerne i Linnégade 25 i København, Slotsgade 32 i Hillerød og Tornerosevej 127 B i Herlev. Kredscontoret på Haslevej 50 i Rønne på Bornholm fraflyttes ikke.

Adressen Frederiksborggade 15 ligger lige ved Danmarks mest trafikerede jernbanestation, Nørreport, som er trafikknudepunkt for såvel fjerntog, S-tog, Metro samt en række buslinjer.

(sp)



# Du har landets billigste a-kasse

**Udfordringer.** Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse, DSA, har landets laveste medlemskontingent. Men fra 1. august i år skal de kommunale jobcentre stå for beskæftigelsesindsatsen, og det vakte bekymring på DSA's nyligt afholdte delegeretmøde.

Sygeplejerskernes og fem andre sundhedsfaggruppers arbejdsløshedskasse, DSA, er også næste år landets billigste a-kasse og kan tilmed notere en arbejdsløshed blandt medlemmerne, der aktuelt er så lille som 0,39 pct. for faggrupperne under ét. Administrationsbidraget til a-kassen bliver uændret 58 kr. om måneden.

Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse har netop holdt sit årlige delegeretmøde i København, og formanden, Grete Christensen, konstaterede i sin beretning, at der særligt er tre forhold, som a-kassen må navigere efter. Det er dels den politiske udvikling, dels medlemsudviklingen, som hos DSA stadig er positiv, og endelig en tiltagende indbyrdes konkurrence mellem a-kasserne.

Det er især beslutningen om, at de kommunale jobcentre skal stå for hele beskæftigelsesindsatsen fra 1. august i år, der giver a-kasserne anledning til bekymring. Den politiske beslutning, der er led i aftalen om finansloven, har resulteret i en historisk fælles opfordring fra arbejdstagernes hovedorganisationer og såvel private som offentlige arbejdsgivere om at undlade at gennemføre

planerne. Kritikken er for ganske nylig blevet bakket op af Rigsrevisionen, som har kritiseret jobcentrene for at svigte de arbejdsløse kontanthjælpsmodtagere.

"Endnu har kritikken ikke fået regeringen til at ændre retning, så nu gælder det om at få det bedste ud af situationen. Efter vores mening gøres det bedst ved at indgå i et samarbejde med Kommunernes Landsforening og jobcentrene," sagde Grete Christensen.

Om konkurrencen fra andre a-kasser, der vælger at blive tværfaglige, sagde formanden, at DSA's hovedbestyrelse på nuværende tidspunkt har valgt at bibeholde a-kassens sundhedsfaglige grundlag. DSA samarbejder i øvrigt med en række andre a-kasser om bl.a. udvikling af et nyt fælles it-kernesystem, der kan bruges til håndteringen af lovpligtige a-kasse-mæssige forhold såsom udbetaling af dagpenge, efterløn, feriedagpenge m.m.

Ved sin fratræden som formand for Dansk Sygeplejeråd har Connie Kruckow samtidig valgt at nedlægge hvervet som næstformand i DSA. Hovedbestyrelsen har derfor konstitueret sig med Birgitte Krusell, der er kreds-næstformand i Dansk Sygeplejeråds Kreds Midtjylland, som ny næstformand. Samtidig er sygeplejerske Hanne Krogh indtrådt i hovedbestyrelsen.

DSA havde 77.609 medlemmer ved udgangen af 2008. Hvert sjette medlem modtog en eller flere typer ydelser fra a-kassen i løbet af 2008. (sp)

## Forsøg med sygeplejeforskning

dsr.dk eksperimenterer i øjeblikket med at starte et bibliotek med sygeplejeforskning. Har du noget at bidrage med, er du velkommen til at skrive til kfe@dsr.dk. Du er også velkommen til at opfordre andre til at skrive ind.



## Nyt område for jubilæer

Under siden "Medlemmer" er der nu kommet et nyt område, der hedder "Jubilæer". Her bringer portalredaktionen medlemmernes egne billeder fra jubilæer. Har du jubilæum sammen med dit sygeplejehold, bringer vi også gerne jeres gruppebillede. Læs på siden, hvordan du får det på.

WWW.DSR.DK

## Køreplanen for formandsvalget

Ved redaktionens slutning havde – som omtalt andetsteds i bladet – to kandidater meldt sig til kampen om at blive ny formand for Dansk Sygeplejeråd. Derfor står det fast, at den nye formand skal vælges ved en urafstemning blandt medlemmerne af Dansk Sygeplejeråd.

Om der bliver to eller flere kandidater til formandsposten, kendes først endeligt mandag den 22. juni kl. 15.00. Den dag udløber nemlig opstillingsfristen for kandidater til formandsvalget. Medio august – de endelige datoer bliver meldt ud senere – drager kandidaterne rundt i landet på en

valgtourné for at møde vælgerne/medlemmerne. Selve valgbehandlingen begynder mandag den 31. august og varer frem til og med mandag den 14. september. Om eftermiddagen den 14. september bliver det offentliggjort, hvem medlemmerne har valgt som ny formand for Dansk Sygeplejeråd. I næste nummer af *Sygeplejersken*, nr. 13/2009, præsenteres navnene på alle formandskandidaterne. I nr. 14/2009, som udkommer fredag den 7. august, præsenterer kandidaterne sig selv.

(hbo)

## Raja Gani Kadam, 62 år, ni år i Danmark

"Hver dag kommer lægerne og sygeplejerskerne og tjekker mig," siger Raja Gani Kadam, som lider af astma og kronisk hepatitis C. Kirkens sundhedspersonale hjælper med at holde styr på tabletter og inhalationsmedicin. En del af behandlingen for leverbetændelse foregår på hospitalet. "Der går jeg selv hen," siger Raja Gani Kadam og viser flere breve fra sine læger frem. De afslører, at Raja Gani Kadams sygdomshistorie også tæller hjerteproblemer og mavesår.

*Sygeplejersken har besøgt de irakiske flygtninge, der opholder sig i Brorsons Kirke på Nørrebro. Dette tema handler ikke specielt om dem, men om flygtninge i Danmark generelt.*

# Sygeplejersker skal turde

**Torturoverlevende.** Syv ud af 10 flygtninge i Danmark lider af svære traumer, som trækker en hale af psykiske og somatiske sygdomme efter sig. Men i sundhedssystemet er traumerne usynlige.

AF SANNE MAJA FUNCH CHRISTENSEN, JOURNALIST • FOTO: THOMAS TOLSTRUP

En lyseblå skjorte kan fremkalde forfærdelige minder. Det gør den i hvert fald for en bosnisk kvinde. Hun sidder i receptionen på Center for Traume- og Torturoverlevende i Vejle og venter på, at det bliver hendes tur til at tale med sin psykolog.

Pludselig kommer en mand ind ad døren. Han arbejder for energiselskabet og skal aflæse elmåleren. Derfor har han en lyseblå skjorte på – med skulderstropper ligesom på en uniform. Og derfor går den bosniske kvinde amok, da hun ser ham. Hysterisk prøver hun at gemme sig bag en radiator.

Kvinden lider af posttraumatisk stress-syndrom, PTSD. Hun kæmper med »

**høre svaret**





Kronisk PTSD trækker en hale af andre diagnoser i sit kølvand. De gør på én gang sygdommen værre - og meget sværere at spotte forklarer psykolog og forskningsleder på Center for Traume- og Torturoverlevende i Region Syddanmark, Jens Hardy Sørensen.

» reaktioner på traumer, som stammer fra hendes oplevelser under krigen på Balkan. Hun er ikke alene. PTSD rammer op mod 73 pct. af alle flygtninge og op til 10 pct. af de danske krigsveteraner.

Derfor møder næsten alle sygeplejersker en patient med symptomerne i løbet af deres arbejdsliv. Alligevel får ofrene sjældent den behandling, de har brug for.

For sygdommen er lige så snedig, som den er alvorlig: Den trækker en hale af psykiske diagnoser og somatiske lidelser i sit

terytm og muskelspænding. Du sveder, du koncentrerer dig: Hvor er faren, hvordan kan jeg undgå den?» forklarer Jens Hardy Sørensen.

Tilstanden hjælper kroppen, så ofret undgår faren. Problemet opstår, hvis alarmerne ikke gearer ned. Så er amygdala som en vulkan i evigt udbrud: Stresshormoner suser rundt i kroppen. De giver mareridt og halvpsykosier. Amygdala selv gløder rødt. Den svitser de andre strukturer, som ligger omkring den inde i hjernen.

og konflikt. Det har de været i mange år. Derfor er de også storproducenter af flygtninge med kronisk PTSD.

Psykologen forklarer, hvordan PTSD i højere grad bider sig fast hos mennesker, som lever i kaos i lange perioder: Som legoklodser i en stabel hober stressen sig op. Til sidst har amygdala kogt så længe, at hjernen er brændt for alvor.

»Det er ikke bare sådan, at du har det skidt eller er lidt forstyrret. Det er en neurologisk ret svær skade, der opstår ved kronisk PTSD,» siger Jens Hardy Sørensen.

Når det sker, deler sygdommen sig i to grene. I fagsprog hedder de to tilstande *flight* og *fight*. Selv om strategierne er stik modsatte, er de lige farlige.

Flight-tilstanden handler om, at ofrene prøver at flygte fra den fare, som amygdala advarer om. Det kan de bare ikke. Derfor går de ind i sindet. Jens Hardy Sørensen kalder tilstanden »en slags selvmord»: Tomme og handlingslammede lader ofrene livet stå til.

Fighterne er lige så magtesløse over for den fare, de føler. Men som hos truede dyr falder valget på et angreb:

»En kat kan finde på at springe på dig, selv om den ikke har en chance. Den gør det bare. Det er en overlevelsesstrategi,» siger Jens Hardy Sørensen.

Dét gør fighterne farlige. Som »tikkende bomber» går de pludselig amok på andre. Eller de planlægger angreb for at skade det samfund, der er genstand for vreden.

»En kat kan finde på at springe på dig, selv om den ikke har en chance. Den gør det bare. Det er en overlevelsesstrategi.»

Forskningsleder på Center for Traume- og Torturoverlevende, Jens Hardy Sørensen.

kølvand. På én gang invaliderer den sine ofre - men maskerer sig, fordi følgesygdommene stjæler opmærksomheden fra det traume, der ligger bag.

Det fortæller psykolog Jens Hardy Sørensen. Han arbejder som forskningsleder på Center for Traume- og Torturoverlevende i Region Syddanmark. I Danmark er han blandt dem, der ved mest om forskningen i PTSD.

Derfor kender han sygdommens særlige karakter. Han ved også, hvordan sygeplejersker og sundhedspersonale skal lære at spotte traumerne, så patienterne bliver behandlet.

### Som en glohed vulkan

Det er vigtigt. For PTSD er en alvorlig diagnose. Forskningslederen fortæller, at lidelsen er mere ødelæggende end en svær personlighedsforstyrrelse.

Den bliver konstateret, når et offer for en traumatisk begivenhed udviser bestemte symptomer. Symptomerne er dønninger. De kommer efter kroppens reaktion på en krise.

Det hele foregår i hjernen. I en lille struktur med form som en mandel, amygdala. Når verden føles som et minefelt, slår amygdala alarm.

»Den begynder at mobilisere øget hjer-

Jens Hardy Sørensen beskriver, hvad der sker:

»Du kan ikke orientere dig, og du kan ikke huske: »Var det i går, jeg talte med dig? Hvor ligger Føtex?» Du bliver simpelthen syg af den konstante alarmtilstand,» siger han.

For halvdelen af traumepatienterne forsvinder symptomerne dog igen. Men for den anden halvdel sker det ikke. Når PTSD bliver permanent, risikerer patienten at være tabt for altid.

### Tikkende bomber

Afghanistan og Palæstina er to mellemøstlige lande. Begge er brændpunkter for krig

#### » EN OVERSET LIDELSE

I januar 2009 præsenterede Region Syddanmark det mest systematiske studie, der er lavet i Danmark over viden om PTSD.

Rapporten slår bl.a. fast, at:

- forekomsten af PTSD blandt flygtninge ligger mellem 65-73 pct.
- 5-10 pct. af de danske kampsoldater fra enheder i Irak og Afghanistan udvikler PTSD
- 90 pct. af PTSD-patienterne har yderligere mindst én diagnose
- 85 pct. har to eller flere tilstedende diagnoser
- rapporten beskriver gruppen af traumatiserede flygtninge som »stærkt overset og underbehandlet».

Kilde: MTV om behandling og rehabilitering af PTSD, Center for Kvalitet, Region Syddanmark.

For begge grupper gælder dog, at den kroniske PTSD trækker en hale af andre diagnoser i sit kølvand. De gør på én gang sygdommen værre – og meget svær at spotte.

### Sygeplejersker skal spørge

De fleste sygeplejersker møder en patient med PTSD før eller siden. Det er bare ikke sikkert, at hun ved det.

For ligesom ofre for incest skammer patienterne sig over de oplevelser, de ikke kan ryste af sig, fortæller psykologen. Først når årenerne kalker til, eller smerterne flår i kroppen, opsøger de læge og hospitaler.

80 pct. af alle, som får kronisk PTSD, har mellem to og fire andre diagnoser oveni. En del af diagnoserne er psykiske som angst og personlighedsforstyrrelser. Andre gange kommer patienten med fysiske sygdomme, som er en direkte konsekvens af PTSD.

Jens Hardy Sørensen fortæller om patienter, som klager over stærke smerter. De har ondt i kroppen, ondt i leddene og er forpint af kramper. Men i virkeligheden stammer de fysiske lidelser fra en psyke under pres.

”Psykisk smerte, som følger af ensomhed og utryghed, ses lige så tydeligt i en hjerne-scanner, som hvis du fik en kniv i ryggen,” siger psykologen.

Som et korthus, der vælter, følger den ene sygdom på den anden. Alarmlstanden giver overaktivitet af hjertet, som leder til forhøjet puls og blodtryk. Det giver sukkersyge – og sådan bliver det ved.

Derfor skal sygeplejersker lære at kende symptomerne på PTSD, fastslår psykologen. De skal vide, at søvnbesvær, sukkersyge og mavekramper kan være brikker i et sygdomsbillede, som er mere komplekst, end det umiddelbart ser ud. De skal bruge deres viden til at spørge ind til patientens baggrund og oplevelser.

Men først og fremmest skal sygeplejersken turde høre svaret. Og det er lettere sagt end gjort. Fra voldtægt til tortur og afhuggede lemmer. Der kan komme hvad som helst.

*redaktionen@dsr.dk*



### Zahida Sadiq, 36 år, syv år i Danmark

Zahida Sadiq kigger apatisk ud i luften og lader sin mand, Hazhar Jaaf, oversætte, hvad hun siger: ”Jeg har astma, allergi og ondt i armen. Lægerne siger, det er, fordi der ikke er plads til blodet, og at jeg skal opereres.” I kirken undværer Zahida Sadiq dog det meste medicin – også sin Cipralex mod panikangst og depression. Alligevel hjælper kirkens sundhedsgruppe: ”Når de psykiske problemer er rigtig slemme, passer de på mig. De giver mig massage mod min hovedpine, så den ikke vokser.”



### Hazhar Jaaf, 33 år, ni år i Danmark

”Jeg tænker på min fremtid og min kones fremtid. Det gør mig træt – som om der ligger en stor sten lige her,” fortæller Hazhar Jaaf og tegner en cirkel på sin brystkasse. Hazhar Jaaf har problemer med hjertet og smerter i sit højre ben. Han har haft to blodpropper på fire år, men i flere uger har Hazhar Jaaf ikke taget medicin: ”Jeg tør ikke gå uden for kirken for at hente den. Men jeg er jo også i fare her, hvis blodpropperne kommer igen.”

# Angsten øde

**Små tegn.** Amala sad syv år i fængsel fulgte efter. Men der mangler en brik i

AF SANNE MAJA FUNCH CHRISTENSEN, JOURNALIST  
FOTO: THOMAS TOLSTRUP

Amala placerer sine fugle af pap og porcelæn mellem vedbendens blade. Planten slynger sig fra den store altan og strækker sine grene ind i stuen. Vi er helt oppe under himlen: Amala bor på 11. sal i et højhus i en midtjysk by.

”Fuglene betyder frihed,” siger hun.

Og frihed er et vigtigt begreb. For Amala ved, hvad indespærring gør ved et menneske. Hun er 63 år gammel og fra Irak. Der fik hun sin bachelorgrad i arabisk litteratur. Der arbejdede hun også som gymnasielærer, indtil hun en dag blev arresteret. Amala var politisk aktiv og sad syv år i fængslet. Minderne fylder stadig hendes krop.

De kommer om natten, hvor hun hører fængslets lyde. Hun mærker frygten lige så stærkt, som hvis hun stadig var der. Der går dage mellem, Amala kommer ud: Hun er sky – og efterhånden er hun også fysisk svækket. Amala har bl.a. sukkersyge og slås med lammelserne efter flere blodpropper.

Lidelserne har et navn. Amala har kompleks PTSD. Det betyder, at hendes angst stammer fra de oplevelser, hun havde i fængslet. Hvad værre er: Traumerne har lejlighedsvis så dybt, at hun er blevet fysisk syg.

Derfor kan Amala heller ikke behandles af en enkelt læge eller psykolog. Og derfor er det en hel delegation, som besøger hende i lejligheden under himlen en onsdag i marts.

De skal finde ud af, præcis hvor syg hun er – og hvad der kan gøres ved det.

### Stemmer i natten

Amala har været syv år i Danmark. I et par år gik hun til psykolog. Hun kommer regelmæssigt på hospitalet, som behandler hendes sygdomme. Men det er først for nylig, at Amala blev henvist til Center for Traume- og Torturoverlevende i Vejle – og til et personale, der forbinder hendes problemer med de oplevelser, hun havde i fængslet.

I dag består holdet af Lone Hvilsom, som er fysioterapeut og socialrådgiver Anne Mygind. Adnan Moussa er med som tolk. Besøget er det andet ud af tre i alt. De skal udrede Amalas symptomer, inden den egentlige behandling går i gang.



# lægger kroppen

i Irak og fik massive traumer. Nu behandler et team af specialister de sygdomme, som behandlingen: Traumeeksperterne savner sygeplejersker i de tværfaglige forløb.

Derfor lytter holdet opmærksomt, mens Amala taler om sin hverdag.

”Klokken syv om aftenen afbryder jeg telefonen og slår ringeklokken fra,” fortæller den irakiske kvinde.

Hun forsikrer sig om, at hun er helt alene. Alligevel hører hun stemmer i natten. De kommer, når fjernsynet er tændt. Selv om hun tager lyden fra, bliver stemmerne ved:

”Jeg føler, at nogen er på vej i min retning, og de er altid smurt ind i blod,” siger Amala og banker rytmisk på sin brystkasse for at vise, at når angsten tager fat, slår hjertet hårdt og hurtigt.

Traumerne er svære. Alligevel er Amala en fattet kvinde. Hun sidder roligt i sin stol og forklarer om sin frygt med dæmpet stemme. Hendes fødder ligger over kors. Men armene bliver viklet ud et øjeblik, da hun med hånden kører fingeren ned ad venstre ben: Lige dér er hendes kramper særlig slemme.

Venstre side driller også af andre grunde. Den er stadig stiv efter flere blodpropper. Risikoen er ikke drevet over. Derfor tager Amala meget medicin:

”Jeg tager piller mod blodpropper, kolesterol og mavesmerter. Men også mod stemmerne, depression og søvnløshed,” siger hun.

Lone Hvilsom nikker, mens Amala remser op. Symptomerne overrasker hende ikke.

## Træning med kroppen

Små tegn kan have stor betydning. Sådan er det i hvert fald, når det gælder komplekse PTSD: Patienten har laviner af diagnoser, som kræver behandling fra medicinske specialister. Men sammenhængen mellem sygdommene og det oprindelige traume er der ingen, der tænker på.

Den kræver specialistens øje. Lone Hvilsom ser, hvordan Amala med arme og ben slår knuder på sig selv i stolen. Hendes forkrampede holdning er et typisk tegn på PTSD, som har nået en kritisk fase.

Det handler om feedbackmekanismer. De går i gang, fordi Amala altid er på vagt

– klar til at reagere på den trussel, hun tror lurer om næste hjørne. Den konstante stress slider på kroppen. Derfor reagerer den med at fryse fast. Det dæmper følelsen af alarm, men koster på andre konti.

”Alting har sin frygtelige pris,” siger Lone Hvilsom.

Amala betaler prisen med sine smerter. De er ”følelsesforstyrrelser”, forklarer Lone Hvilsom: Nogle smerter opstår, fordi tortur og misbrug ødelægger knogler og væv. Det er ikke kun tilfældet for Amala. Hun får smertefulde spændinger, fordi kroppen er frosset fast.

Hvis hun lærer at forholde sig rationelt til sin angst, kan det hjælpe på de fysiske symptomer.

Derfor vil Lone Hvilsom bl.a. træne

”Psykisk smerte, som følger af ensomhed og utryghed, ses lige så tydeligt i en hjernescanner, som hvis du fik en kniv i ryggen.”

Forskningsleder på Center for Traume- og Torturoverlevende, Jens Hardy Sørensen.

Amalas vejrtrækning. Det handler om, at hun skal vide, hvorfor kroppen reagerer, som den gør. Når angsten kommer, og hjertet pumper, skal Amala beholde fødderne på jorden – f.eks. ved at trække vejret dybt:

”Den angst, jeg føler, stammer fra Irak, og den er naturlig. Men jeg er i Danmark, jeg er i sikkerhed, der er ingen fare her,” skal hun sige til sig selv.

Viden giver kontrol. Amala skal vide, at hun er syg på grund af sine traumer. Den forståelse hjælper Lone Hvilsom med at skabe.

## Brug for sygeplejerskers faglighed

Men andre faggrupper er lige så vigtige, når der skal bygges bro mellem det psykiske mareridt og dets fysiske udløb. Sygeplejersker har en ”oplagt faglighed”. Alligevel har sygeplejen aldrig vundet indpas i behandlingen af patienter med PTSD, hvilket er lidt af en tilfældighed.

Det fortæller leder for Center for Trau-

me- og Torturoverlevende, Marianne Lauritzen. Teamet vender tilbage til centret, da besøget hos Amala er slut.

Her beklager Marianne Lauritzen, at hun endnu ikke har sygeplejersker blandt sine medarbejdere. Den sygeplejefaglige vinkel er nemlig meget værdifuld, vurderer lederen. Det gælder særligt, når behandlerne skal aflæse det traume, som ligger bag en fysisk sygdom.

”Sygeplejersken kan meget fra sin grunduddannelse: Hun kender til fysiologi og ved noget om nervesystemet,” giver Marianne Lauritzen som eksempel på den viden om kroppen, centrets psykologer ikke har.

Den faglighed sætter sygeplejersken i stand til at se ting, andre ikke opdager – hvis hun vel at mærke bliver grundigt ud-

dannet i tortur og de skader, det giver. Marianne Lauritzen nævner falanga som eksempel:

”Det er en udbredt torturform, hvor øret bliver spændt fast og slået under fødderne med f.eks. en jernstang. Det ødelægger vævet, som ikke kan gendannes. Følgerne kan være muskelkramper og smerter i ankler, knæled og lænd,” fortæller hun.

Det kræver viden om kroppen at opdage ødelæggelserne på vævet. Det kræver særlig viden om falanga at forbinde skaderne med den tortur, som ligger bag. Dér ligger sygeplejerskens særlige rolle.

*Amalas navn er opdigtet, hendes rigtige navn er redaktionen bekendt.*

redaktionen@dsr.dk

# NY MEDICIN HAR GJORT GIGT

**Gensplejsede lægemidler.** Den biologiske gigtbehandling har betydet ikke mindre end en revolution i behandlingen af gigtsygdomme som leddegigt, psoriasisgigt og Bechterews sygdom. Sygeplejen er omdrejningspunktet i den ambulante gigtbehandling på Frederiksberg Hospital.

AF ANNETTE HAGERUP, JOURNALIST • FOTO: CHRISTOFFER REGILD

For 10 år siden var gigtpatienter en let genkendelig patientgruppe pga. deres deformede led. I dag kan man typisk ikke se på et menneske, at vedkommende har gigt.

De nye biologiske gigtpræparater, der på forsøgsbasis blev indført omkring årtusindskiftet, har også betydet en markant ændring i sygeplejerskernes daglige arbejde i den ambulante gigtbehandling på Frederiksberg Hospital. Tidligere kom patienter, der fik methotrexat (en mild form for cytostatika) som injektion, f.eks. trofast en gang om ugen for at få deres sprøjte.

Nu kan mange gigtpatienter i stedet nøjes med at få deres biologiske gigtmedicin som infusion med forskelligt interval afhængigt af præparatet. Andre læres op til at kunne tage injektioner i eget hjem via sprøjte eller pen.

På en almindelig arbejdsdag i den ambulante gigtbehandling er der en livlig trafik mellem sygeplejerskekontoret og infusionsrummet, hvor dagens gigtpatienter får biologisk gigtmedicin i drop. Kun 10 hurtige skridt skiller de to lokaler, og dem må de to sygeplejersker Kim Olsen og Julie

## ))) 35.000 GIGTPATIENTER

Ca. 35.000 danskere lider af leddegigt. Det skønnes, at dobbelt så mange kvinder som mænd rammes af sygdommen. Muskel- og skeletsygdomme er den kroniske sygdomsgruppe, der berører flest mennesker.

- 14 pct. af samtlige henvendelser i almen praksis vedrører muskel- og skeletsygdomme
- 25 pct. af samtlige langtidssygemeldinger skyldes sygdomme i bevægeapparatet
- Gigt er den næsthøypigste årsag til tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet
- Gigtsygdomme koster samfundet 25 mia. kr. årligt
- Muskel- og skeletsygdomme er den sygdomsgruppe, der koster flest gode leveår.

Kilde: Gigtforeningen.

Bech tilbagelægge mange gange om dagen. I øjeblikket er de kun to til at betjene de 300 gigtpatienter, der er indskrevet til ambulante biologisk behandling.

### Levende celler

Biologiske gigtmidler er betegnelsen for en gruppe gensplejsede lægemidler fremstillet på baggrund af levende celler, der ved hjælp af gensplejsningen og moderne bioteknologi er blevet til et proteinstof. Dette

proteinstof er skræddersyet til at påvirke helt bestemte processer i immunsystemet.

Princippet i den biologiske gigtbehandling består i at bekæmpe en række signalstoffer, f.eks. signalstoffet TNF-alfa, som er løbet løbsk i gigtpatientens krop.

Patientens vej frem mod den biologiske behandling er ofte lang og går over mange års behandling med de gængse, gammelkendte og ofte bivirkningstunge gigtmidler.

Nydiagnosticerede gigtpatienter sættes typisk i behandling med forskellige gigtpræparater i tabletform som f.eks. NSAID og COX-2-hæmmere. Desuden anvendes hurtigtvirkende betændelsehæmmende

”Patienterne har virkelig fået det meget, meget bedre. De er ikke så handicappede af deres sygdom mere.”

Sygeplejerske Kim Olsen.



# TIL ET POPULÆRT SPECIALE



I starten var patienterne indlagt, når de skulle i biologisk behandling, og var samtidig under nøje observation. I dag foregår behandlingen ambulant og tager kun omkring en times tid. Til gengæld bliver patienterne nøje instrueret i evt. bivirkninger og om risikoen for infektion. Sygeplejerskerne Kim Olsen og Julie Bech er kun to til at betjene de 300 patienter i biologisk behandling.

stoffer som kortison og langsomtvirkende såkaldte ”DMARDs” (disease modifying anti rheumatic drugs), der retter sig mod den inflammatoriske proces, gigtpatienten har i sin krop. Mange er i kombinationsbehandling med to-tre forskellige midler og må i tilgift tage mavesårsmedicin, fordi

gigtmedicinen er skrap kost for mavesækken.

De biologiske midler tages normalt først i brug, når der er konstateret begyndende erosioner i knoglen.

”Det er vigtigt at påbegynde behandlingen, før der er sket en egentlig leddestruk-

tion, da et ødelagt og deformt led ikke kan gendannes,” fortæller Kim Olsen og tilføjer, at Danmark er langt bagud med biologisk gigtbehandling i forhold til nabolande, som f.eks. Norge og Sverige. I Sverige må praktiserende speciallæger også gerne give biologisk gigtbehandling. Den går ikke i



I dag kan mange gigtpatienter nøjes med at få deres biologiske gigtmicin som infusion med forskelligt interval afhængigt af præparatet. Andre læres op til at kunne tage injektioner i eget hjem via sprøjte eller pen.



”Vi giver ikke bare et plaster på såret, men en behandling, som gør det muligt for dem at have et arbejde og et socialt liv.”

Sygeplejerske Julie Bech.

» Danmark, hvor Sundhedsstyrelsen har bestemt, at der er tale om en hospitalsopgave.

### Behandlingsmæssig revolution

Da Kim Olsen i 2002 startede på gigttambulatoriet, havde man højest et halvt hundrede gigtpatienter i behandling med biologiske lægemidler. De patienter, der dengang blev sat i gang, var allerede svært medtaget af leddestruktioner.

”Patienterne har virkelig fået det meget, meget bedre. De er ikke så handicappede af deres sygdom mere,” fortæller sygeplejerske Kim Olsen.

Gigtambulatoriet har i gennemsnit fire-fem biologiske infusioner om dagen.

Før infusionen gives, skal det tjekkes, om patienten har haft infektioner siden sidst, og om der har været effekt af medicinen. Samtidig måles temperatur, puls og blodtryk. Er alt i orden, lægges det perifere venekateter, som droppet skal forbindes med.

Først herefter kan sygeplejersken gå i gang med at blande medicinen – en opgave, der kræver absolut koncentration. Der er tale om meget følsomme proteinstoffer i pulverform, som skal blandes med sterilt vand under stor forsigtighed.

Gigt er en autoimmun sygdom, der medfører, at kroppens immunforsvar går til angreb på kroppens egne celler. De biologiske præparater virker ved at dæmpe det

immunforsvar, som er løbet løbsk. Men det betyder samtidig, at kroppens forsvar mod infektioner nedsættes. Patienter i biologisk behandling har derfor en let forhøjet risiko for øvre luftvejsinfektioner og urinvejsinfektioner.

Infektionerne kan udvikle sig meget hurtigt og alvorligt. Derfor holder ambulatoriets sygeplejersker nøje snor i patienterne, der er instrueret i at kontakte hospitalet ved mindste tegn på infektion, sårdannelse eller væskeophobning omkring leddene.

Mens lægerne ofte kun ser patienterne, når de skal forundersøges og have stillet diagnose og siden til kontrolbesøgene, er det ambulatoriets to sygeplejersker, der har kontakten til patienterne i det daglige.

En stor del af arbejdsdagen går derfor også med at rådgive patienter pr. telefon. Sygeplejerske Julie Bech skønner, at hun og Kim Olsen har omkring 10 patientsamtaler hver om dagen.

I nogle tilfælde kan sygeplejersken selv afgøre, om behandlingen kan fortsætte, andre gange må patienten tilses af en læge.

### Sejlivede patienter

Julie Bech har kun været på afdelingen siden efteråret 2008, men hun har også i sit tidligere job arbejdet med gigtpatienter og kunne ikke tænke sig at skifte speciale.

”Gigtpatienter er grundlæggende en meget sejlivede patientgruppe. Selvom mange af dem er hårdt medtaget af smerter, infektioner og træthed, så er de nogle fightere, der ser optimistisk på tilværelsen og er meget taknemmelige for det, vi kan gøre for dem. Som sygeplejerske er det utroligt givende, at vi kan give dem en behandling, der gør en forskel. Vi giver ikke bare et plaster på

#### »»» NYT AMBULANT CENTER FOR GIGTBEHANDLING

Frederiksberg Hospital har p.t. omkring 300 patienter i biologisk gigtbehandling, men antallet bliver fordoblet, når Frederiksberg Hospitals gigtafdeling efter planen slås sammen med Bispebjergs gigtafdeling og samlet i ét stort center på Frederiksberg. Sammenlægningen er besluttet politisk og forventes at blive en realitet i løbet af efteråret.

#### »»» KOSTBAR BEHANDLING

Antallet af patienter i behandling med biologisk medicin er steget støt, siden behandlingen blev introduceret i Danmark omkring år 2000 (ved udgangen af 2007 var knap 3.400 danske gigtpatienter i behandling med biologiske lægemidler). De biologiske gigtpræparater koster mellem 90.000-130.000 kr. om året pr. patient. Præparaterne virker på forskellige signalstoffer i immunforsvaret og har forskellige navne som f.eks. Remicade, Humira, Enbrel, Mabthera og Tocilizumab m.fl.

### >>> INTERNATIONAL GIGTKONGRES I KØBENHAVN

Flere tusinde gigtforskere, sundhedsprofessionelle samt repræsentanter for internationale gigtkongres og medicinalfirmaer deltager i disse dage i den årlige europæiske gigtkongres, der denne gang finder sted i Bella Center i København. (The Annual European Congress of Rheumatology, EULAR 2009, 10 – 13 June 2009.) Sidste års kongres i Paris samlede 14.000 deltagere fra i alt 117 lande.

såret, men en behandling, som gør det muligt for dem at have et arbejde og et socialt liv,” fortæller Julie Bech.

”Vi vil helst ikke hospitalisere patienterne, men gøre dem så selvhjulpne som muligt. Vores opgave er at sikre, at de lærer deres sygdom at kende. Samtidig vil vi gerne fungere som deres sparringspartner og støtte dem i, hvordan de kan få livet til at hænge sammen. Kan de passe deres arbejde? Er det måske nødvendigt med hjemmehjælp i en periode? Vi kender dem og får efterhånden deres fortrolighed,” siger Julie Bech.

Patienterne kigger typisk indenfor på ambulatoriets ”apoteke” for at hente medicin, når de alligevel er til kontrol hos en afdelingens læger. Apoteket er ikke nogen beskeden ”forretning”, det omsætter årligt for 25 mio. kr.

De to sygeplejersker har selv opfundet et system, så de hele tiden ved, hvad de har på lager, hvilke patienter der kommer, hvornår de kommer, og hvilken medicin de skal have med hjem. Medicinen udleveres gerne til to-tre måneder ad gangen og ledsages som oftest af en uforpligtende snak.

”Det her er en helt anden måde at være sygeplejerske på, end når man arbejder på en sengeafdeling. Der bliver patienterne hurtigt udskrevet igen. Her hos os går de i årevis, ja i livslang behandling. Det giver dem en tryghed, at de kan huske, at de har mødt os før,” siger Julie Bech.

#### Populært speciale

Professor i gigtsygdomme Bente Danneskiold-Samsøe, Frederiksberg Hospital, beskriver den biologiske medicin som intet mindre end en revolution.

”De biologiske gigtpreparater er lige så

effektive til at fjerne betændelse som binyrebarkhormon, men har heldigvis ikke de samme alvorlige bivirkninger i form af bl.a. væksthæmning. Vi kan nu behandle børn uden risiko for at hæmme deres vækst. Tidligere blev børn og unge med leddegigt ofte meget handicappede og endte i en kørestol. Det ser vi heldigvis ikke mere.”

Bente Danneskiold-Samsøe fortæller, at den biologiske medicin hjælper ca. to tredjedele af patienterne.

”De bliver ikke helbredt for deres gigtsygdom, men sygdommen bliver holdt nede. I det øjeblik de holder op med medicin-

nen, kommer symptomerne tilbage. Det er en helt ny fornemmelse at være læge for de her patienter, for i mange år har vi ikke kunnet gøre det godt nok for specielt patienterne med leddegigt. Det er også en stor tilfredsstillelse for personalet, at vi i mange tilfælde kan give medicin uden svære bivirkninger. Og det har betydet, at det er blevet lettere at rekruttere sygeplejersker til specialet.”

*redaktionen@dsr.dk*

”Det er også en stor tilfredsstillelse for personalet, at vi i mange tilfælde kan give medicin uden svære bivirkninger. Og det har betydet, at det er blevet lettere at rekruttere sygeplejersker til specialet.”

*Professor i gigtsygdomme Bente Danneskiold-Samsøe.*



# EN LIVLINE TIL GIGTAFDELINGEN

**Et godt liv.** Skuespilleren Lise-Lotte Lohmann skrantede i månedsviis, før den rigtige diagnose, leddegigt, blev stillet på Frederiksberg Hospital. I dag er hospitalet nærmest hendes andet hjem.

AF ANNETTE HAGERUP, JOURNALIST • FOTO: CHRISTOFFER REGILD

Lise-Lotte Lohmann flytter sig ikke ret langt væk fra Frederiksberg Hospital i denne tid.

Den 53-årige skuespiller og foredragsholder er hårdt ramt af leddegigt og har en åben livline til hospitalets gigtambulatorium.

”Jeg bor kun fem minutters kørsel fra hospitalet. Sygeplejerskerne kender mig efterhånden så godt, at de ved, at hvis jeg ringer, så er det, fordi jeg har det dårligt,” fortæller Lise-Lotte Lohmann, som jævnligt rammes af infektioner på grund af den biologiske gigtmedicin, hun selv injicerer. ”Indimellem er jeg derovre tre gange om ugen. Stedet har en næsten hjemlig atmosfære. Du føler, de kender dig, og at du kan være tryk ved dem.”

Lise-Lotte Lohmann var kun lige fyldt 50, da hun begyndte at lide af en lammende træthed, og i løbet af få måneder var hun totalt tappet for energi.

”Jeg blev mere og mere udslukt. Til sidst kunne jeg ikke stå på benene og havde dårligt nok energi til at frisere mit hår,” fortæller Lise-Lotte Lohmann.

Hun havde hverken smerter eller hævdede led og slet ingen forudelse om, at hun kunne lide af leddegigt. Hun måtte da også igennem et hav af undersøgelser, før diagnosen endelig blev stillet.

Efter mindre end et år kom hun i behandling med den biologiske gigtmedicin, fordi hun ikke kunne tåle den gigtbehandling, der gives som tabletter.

Hun startede med at give sig selv indsprøjtninger med Humira to gange om måneden. Desværre holdt medicinen ret

hurtigt op med at virke, og hun må nu tage et andet middel, Enbrel, to gange om ugen. Og det er med hendes egne bramfrie ord ikke Medova te, vi her taler om. Lise-Lotte Lohmann må konstant slås med følgevirkninger i form af forkølelser og kraftige bihulebetændelser. Men hun krydser fingre for, at den nye medicin virker.

Indimellem må hun på hospitalet for at få fjernet inficeret væv over det ene knæ, fordi der bliver ved med at gå inflammation i det.

Alligevel mener Lise-Lotte Lohmann, at hun har et godt liv.

Hun er heldig, at sygdommen ikke giver hende de kraftige ledsmerter, der ellers er så karakteristiske ved leddegigt. Til gengæld lider hun af en helt ufattelig træthed, der betyder, at hun helst vil ligge under dynen kl. 21.

”Mit problem er, at jeg lever af at optræde. Men lige nu kunne jeg ikke forestille mig noget værre end at iføre mig netstrømper og lange øjenvipper.”

Var det ikke for de biologiske indsprøjtninger, er hun overbevist om, at hun ville være totalt sengeliggende og aldrig komme uden for en dør.

”De her sprøjter giver mig et liv. Jeg kan dog røre mig, og jeg kan stadig køre bil,” fortæller Lise-Lotte Lohmann.

”Mit liv er meget forandret. Jeg er ét af de mennesker, der trives med at have 20 bolde i luften. Jeg er også meget social og elsker store selskaber. Men det har jeg slet ikke overskud til mere. Og heldigvis er jeg blevet bedre til at sige fra.”

redaktionen@dsr.dk





Lise-Lotte Lohmann blev nødt til at skifte bopæl på grund af sin sygdom. "Jeg boede på tredje sal, men efterhånden blev trapperne for uoverkommelige. Jeg stod nedenfor og tænkte: "Jeg kommer aldrig op."

NURSE! KRANKENSCHWESTER! SYGEPLEJERSKE!  
 INFIRMIÈRE! SJUKSKÖTERSKA! SYKEPLEIER! 看護師!  
 SAIRAANHOITAJA! MEDICINSKA SESTRA!



## BOOM AF UDENLANDSKE SYGEPLEJERSKER I DANMARK

**Kolleger.** 500 udenlandske sygeplejersker fik arbejde i Danmark sidste år, viser nye tal fra Dansk Sygeplejeråd. Tallene viser, at mange østeuropæiske sygeplejersker bliver, mens hovedparten af de svenske og norske sygeplejersker rejser hjem igen.

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • ILLUSTRATION: LARS ANDERSEN

Hospitaler og ældrepleje er for alvor begyndt at satse på sygeplejersker fra Sverige, Norge, Tyskland og Østeuropa, når de mange ledige job skal besættes.

I 2008 modtog danske sygeplejersker 511 udenlandske kolleger, og det er en fordobling i forhold til 2007, hvor 236 udenlandske sygeplejersker kom til landet.

Fire femtedele af de udenlandske sygeplejersker kommer fra Sverige, Norge, Tyskland, Holland og andre lande i Vesteuropa, mens lidt under en femtedel kommer fra Østeuropa og lande uden for Europa.

Det fremgår af en opgørelse fra Dansk Sygeplejeråds Analyseafdeling, som har undersøgt, hvor mange udenlandske sygeplejersker der har opnået dansk autorisation mellem 2007 og 2008. Analysen har også kortlagt, hvor mange af de udenlandske sygeplejersker der kom til Danmark mellem 1996 og 2006, som er rejst hjem igen.

Opgørelsen viser, at mens tre ud af fire sygeplejersker fra Norden udvandrer igen senest 10 år efter ankomsten her til landet,

så er det kun en ud af 20 sygeplejersker fra Østeuropa, som forlader deres job i Danmark.

### En del af løsningen

Ifølge Dansk Sygeplejeråd mangler der i øjeblikket 2.400 sygeplejersker på landsplan, og fungerende formand i Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen fremhæver, at rekrutteringen af udenlandske sygeplejersker er en af løsningerne på problemet.

”Vi har en gigantisk sygeplejerskemangel, og det er positivt, at vi kan afhjælpe en del af manglen ved at rekruttere i udlandet, men det er ikke hele løsningen. Det er også nødvendigt, at der bliver uddannet flere sygeplejersker i Danmark,” siger Grete Christensen, som understreger, at arbejdsgiverne har ansvaret for at give de mange nye kolleger introduktionsforløb og sprogundervisning m.m., så de kan kommunikere med patienterne. Hun opfordrer desuden arbejdspladserne til at arbejde aktivt for at inkludere alle medarbejdere uanset nationalitet og etnisk oprindelse og henviser til,

at Dansk Sygeplejeråd på den seneste kongres vedtog at arbejde for mangfoldighed i sundhedsvæsenet.

”Der har altid været en stor vandring af sygeplejersker mellem de nordiske lande, og jeg tror også, vi må regne med, at en del af de østeuropæiske sygeplejersker, der kommer her til landet i disse år, rejser igen. Det er jo en naturlig mobilitet, som også gælder danske sygeplejersker,” siger Grete Christensen.

Rekrutteringskonsulent Tom Duli fra rekrutteringsbureauet Jobnordic, som har hyret sygeplejersker i Østeuropa, er ikke overrasket over, at en del østeuropæiske sygeplejersker har valgt at slå sig ned i Danmark.

”For sygeplejersker fra f.eks. Ungarn er livet i Danmark og arbejdsforholdene meget attraktive, og lønnen er meget højere, mens forskellen mellem livet i Danmark og nabolandene ikke er nær så stor,” siger Tom Duli.

bs@dsr.dk



# DET PERSONLIGE DRIVE ER AFGØRENDE

**Vilje.** Det er ikke nationaliteten, men den enkelte sygeplejerskes personlige motivation, der afgør, om ansættelsen af en udenlandsk sygeplejerske bliver en succes, lyder meldingen fra flere hospitaler.

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

Stor jobmesse i Berlin og rekrutteringsagenter på farten til Budapest og Warszawa. Alle sejl blev sat til, da regionerne i 2007 og 2008 gik i gang med at hyre udenlandske sygeplejersker. Et år efter er hospitalerne så småt ved at gøre erfaringerne op, og de er blandede. Herlev Hospital ansatte i sommeren 2008 25 sygeplejersker fra Tyskland, Polen og Ungarn som led i Region Hovedstadens rekrutteringsprojekt. I dag er halvdelen af sygeplejerskerne rejst, og en af konklusionerne er, at dyre rekrutteringsbureauer ikke lønner sig.

”Det er lidt ærgerligt, at så mange er rejst. Enkelte af dem havde ikke den faglighed, der skal til, og flere fik hjemve. Og blandt nogle var de sproglige vanskeligheder for store. Det er efterhånden vores erfaring, at de sygeplejersker, der selv henvender sig, har en tendens til at blive længst. Samtidig betyder det meget at have familien med i flytteplanerne fra starten,” siger sygeplejerske Charlotte Åkerstrøm fra Udviklingsafdelingen på Herlev Hospital. Hun fortæller, at hospitalet nu satser på de udenlandske sygeplejersker, der selv henvender sig. Foreløbig har hospitalet ansat 12 sygeplejersker fra bl.a. Polen, Tyskland, Bulgarien, Portugal og Sverige, der alle selv har kontaktet hospitalet.

”Det handler meget om personligt drive. Vi har f.eks. ansat en polsk sygeplejerske, som selv henvendte sig, fordi hun virkelig var besluttet på at flytte til Danmark med sin datter. Hun klarer sig fantastisk, har selv fundet lejlighed og ny skole til sin datter, og det er min fornemmelse, at hun bliver. Vi har også ansat et ægtepar, som virker meget tilfredse med at være her.”

Charlotte Åkerstrøm, sygeplejerske i Udviklingsafdelingen på Herlev Hospital.

”Jeg tror, at mange af dem bliver. Det handler meget om personligt drive. Vi har f.eks. ansat en polsk sygeplejerske, som selv henvendte sig, fordi hun virkelig var besluttet på at flytte til Danmark med sin datter. Hun klarer sig fantastisk, har selv fundet lejlighed og ny skole til sit barn, og det er min fornemmelse, at hun bliver. Vi har også ansat et ægtepar, som virker meget tilfredse med at være her,” fortæller Charlotte Åkerstrøm.

Region Syddanmark rekrutterede sidste år 40 sygeplejersker fra Tyskland, og de er alle i arbejde på sønderjyske hospitaler. I øjeblikket er regionen ved at ansætte yderligere 40 tyske sygeplejersker.

”Vi har ikke endeligt gjort erfaringerne op, men vores oplevelser er positive. De fle-

ste tilkendegiver, at de er glade for arbejdsvilkårene, lønnen og de muligheder, de får i Danmark,” siger afdelingschef Annette Lunde Stougaard fra Region Syddanmark.

## Krævende introduktion

Gentofte Hospital har i øjeblikket ansat 36 sygeplejersker fra bl.a. Sverige, Norge, Polen og Indien. Sygeplejerske Kirsten Lund fra HR-afdelingen på Gentofte Hospital fremhæver, at det er meget afhængigt af den enkelte sygeplejerskes kultur, baggrund og personlige motivation, om det lykkes at fungere i en længerevarende ansættelse i Danmark.

”Vi kan ikke umiddelbart sige, hvilke nationaliteter der bliver længst. Vi modtog på et tidspunkt en gruppe tyske sygeplejer-

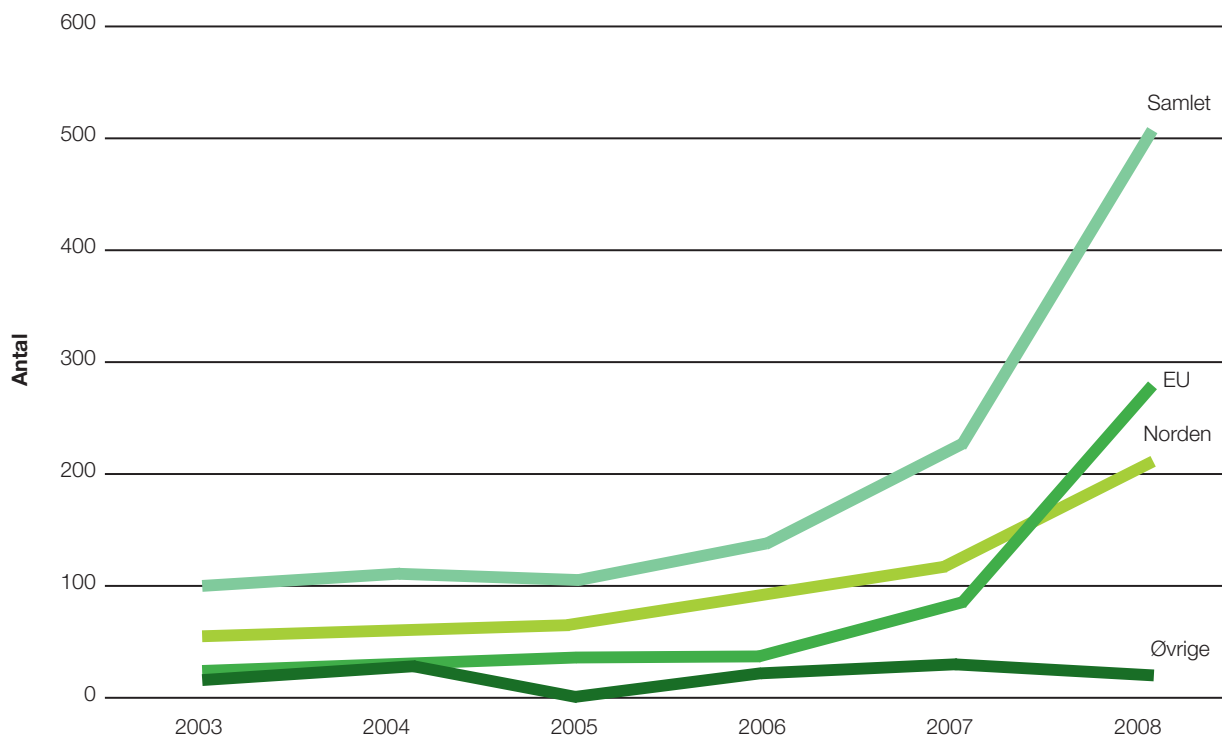
))) TABEL 1. AUTORISEREDE SYGEPLEJERSKER MED UDENLANDSK UDDANNELSE OG ANTAL UDVANDREDE FRA 1996-2006

Uddannelsesland	Autoriserede	Ej udvandret	Udvandret	Andel udvandrede
Norden	502	136	366	73 pct.
Tyskland og Benelux	137	88	49	36 pct.
Øvrige Vesteuropa	69	48	21	31 pct.
Østeuropa	85	80	5	6 pct.
Lande uden for Europa	62	51	11	18 pct.
<b>Samlet</b>	<b>855</b>	<b>403</b>	<b>452</b>	<b>53 pct.</b>

Kilde: Sundhedsstyrelsens autorisationsregister. Tabellen inkluderer personer med en udenlandsk sygeplejerskeuddannelse, der er blevet tildelt dansk sygeplejerskeautorisation i perioden 1996 til og med 2006. Disse personers status som henholdsvis "ej udvandret" eller "udvandret" er pr. 31/12 2006. "Øvrige Vesteuropa" og "Østeuropa" er inkl. evt. lande der ikke er medlem af EU.



» FIGUR 1. UDVIKLINGEN I ANTALLET AF AUTORISEREDE UDENLANDSKE SYGEPLEJERSKER



Kilde: Årlig indberetning fra Sundhedsstyrelsens autorisationsregister.

sker. De forsvandt næsten hurtigere, end de kom ind ad døren. De blev meget overraskede over det store ansvar i den danske sygepleje, mens vi har haft gode erfaringer med andre tyske sygeplejersker. Vi modtog en gruppe indiske sygeplejersker for et halvt år siden, og de er faldet godt til,” siger Kirsten Lund.

Hun fremhæver, at de nordiske og især de norske sygeplejersker er nemmest at integrere, fordi dansk og norsk sygepleje ligner hinanden.

”I f.eks. Tyskland og Østeuropa arbejder sygeplejerskerne meget efter beskeder, hvor danske sygeplejersker er vant til at se mere helhedsmæssigt på patienten, og det betyder, at en tysk og en østeuropæisk sygeple-

jerske skal bruge op til et år på at lære sproget og systemet at kende,” siger Kirsten Lund.

Erfaringen på Gentofte Hospital er, at det i sidste ende er meget personafhængigt, om ansættelsen af en udenlandsk sygeplejerske bliver en succes.

”Vi har f.eks. lavet aftale med tre sygeplejersker, der har været på sprogkursus i Warszawa. De virker meget motiverede og vil gerne have familien med,” fortæller Kirsten Lund, der mener, at det kan betale sig at satse på udenlandske sygeplejersker.

”Efter oplæring og introduktion vil de kunne fungere lige så godt som en dansk sygeplejerske.”

Charlotte Åkerstrøm fra Herlev Hospital

er dog ikke i tvivl om, at en del af de udenlandske sygeplejersker rejser hjem igen:

”Vi er meget forsigtige med at fastlægge en succesrate for længden af ansættelse. Det koster mindst 100.000 kr. at rekruttere via et bureau, og dertil skal lægges de mange ressourcer, som afdelingen bruger på at inkludere den nye medarbejder. Hvis rekrutteringen skal give mening, bør den udenlandske sygeplejerske i hvert fald blive i et år, og vi håber, at nogle af sygeplejerskerne bliver i mange år. Men mange vil nok rejse hjem på et tidspunkt, akkurat på samme måde som danske sygeplejersker, der arbejder i udlandet, også vender hjem.”

bs@dsr.dk

# SVÆRT AT FALDE TIL I DANMARK

**Tilpasning.** Det er nu et år siden, den 34-årige Adrienn Németh kom til Danmark fra Ungarn for at arbejde som sygeplejerske. Hun ønsker at blive i Danmark, men savner sin familie.

AF REBEKKA HOLM ANDERSEN, JOURNALIST • FOTO: ANNE-LI ENGSTRÖM

Adrienn Németh er faldet godt til i Danmark som sygeplejerske og fortæller ivrigt om de udfordringer, hun møder i hverdagen på Glostrup Hospitals neurokirurgiske afdeling. Hun er uddannet intensivsygeplejerske fra Ungarn, og nu et år efter ankomsten er den del af hendes uddannelse blevet godkendt i Danmark. Det betyder meget for hende, fordi hun kan bygge videre på sin uddannelse i stedet for at starte forfra. Siden *Sygeplejersken* mødte hende i august 2008, er hun flyttet fra en lejlighed på Østerbro, hvor hun boede med en sygeplejerskekollega fra Ungarn, til at have sin egen lejlighed i Vanløse. Hun forklarer, at det har været svært at vænne sig til en meget anderledes dansk kultur.

”Mændene i Danmark er ikke så høflige

over for kvinder, og maden er meget anderledes, men jeg synes, at jeg er ved at vænne mig til det,” siger hun, alt imens hun leder efter den danske glose og fortsætter på ungarsk. Sproget har også været en barriere, og derfor forklarer hun sig ved

”Nu hvor sommeren er på vej, og danskerne sidder på caféer og drikker kaffe, har jeg bare lyst til at være med.”

Adrienn Németh, ungarsk sygeplejerske.

hjælp af en tolk under det meste af interviewet. Hun synes dog, at det danske sprog er blevet nemmere, og hun begynder at forstå kulturen bedre.

”Nu hvor sommeren er på vej, og dan-

skerne sidder på caféer og drikker kaffe, har jeg bare lyst til at være med.”

Adrienn Németh har endnu ikke fået danske veninder, men mødes ofte med nogle af de 10 ungarske sygeplejersker, som hun kom til Danmark sammen med.

”Her det første år har jeg brugt meget tid på at lære dansk og lære min arbejdsplads at kende, så jeg har ikke haft så meget overskud, men nu er jeg og nogle veninder begyndt at gå på diskotek,” siger hun og smiler. Hun kan ikke sige, hvor hun er henne om fem år, men håber, at fremtiden bringer en mand og et par børn, som hun bor sammen med i Danmark.

## Ønsker at blive i Danmark

Adrienn Németh kan ikke forestille sig at vende tilbage til Ungarn, fordi det er i Danmark, hun kan udvikle sig fagligt, og hun kan tjene syv gange så meget som i Ungarn, hvor en sygeplejerske tjener omkring 3.000 kr. om måneden.

De 10 ungarske sygeplejersker, Adrienn Németh kom til Danmark sammen med, er alle stadig i landet. De har fire års uddannelse – og deres faglige niveau er på højde med en dansk sygeplejerskes, men den store barriere er sproget.

Hun har dog haft andre kollegaer fra Tyskland, og de er rejst hurtigt hjem, fordi de ikke kunne falde til i Danmark.

”Selvom det har været svært, og jeg savner min familie meget, så er der flere fordele ved at arbejde i Danmark end i Ungarn. Jeg har eksempelvis mulighed for at sende omkring 2.000 kr. til min mor hver måned,” siger hun og tilføjer, at det kun tager halvanden time at komme til Ungarn med fly, så familien og vennerne er ikke så langt væk.



Adrienn Németh glæder sig til at lære danskerne at kende og håber, at det bliver nemmere med tiden.

## ))) UNGARNSKE ERFARINGER

Adrienn Németh kom til Danmark sammen med 10 andre ungarske sygeplejersker i maj 2008 med udsigten til mere tid til patienterne, højere løn og bedre arbejdsforhold.

*Sygeplejersken* har tidligere bragt artikler om ungarske sygeplejersker og Adrienn Németh. Temaet ”Europas sygeplejerskemangel” blev bragt i nr. 11/2008 og senere med en opfølgning ”Danmark er mit hjem nu” i nr. 21/2008.



”Når mine børn er store nok, så skal jeg ud at rejse. Måske tager jeg til Norge,” siger Christina Follrud, der er en af de i alt 36 udenlandske sygeplejersker på Gentofte Hospital.

## KOLLEGERNE ER JÆTTESØDE

**Gevinst.** Christina Follrud tager hver dag turen over Sundet for at arbejde som anæstesisygeplejerske på Gentofte Hospital, og hun er faldet godt til på afdelingen.

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: THOMAS TOLSTRUP

Den 42-årige svensker Christina Follrud var lidt forbavset over de nedslidte bygninger, da hun første gang besøgte operationsafdelingen på Gentofte Hospital.

I dag har hun for længst vænnet sig til den afskallede maling, de små stuer, byggerodet og de mange håndværkerskure på grunden, hvor der opføres en helt ny hospitalsbygning.

Christina Follrud er en af de i alt 36 udenlandske sygeplejersker, som arbejder på Gentofte Hospital.

”Grundlæggende er vi skandinaviske sygeplejersker meget ens, men der er forskelle. I Sverige er sygeplejen meget mere bundet op på regler end i Danmark. I Sverige er operationsgangen helt isoleret, og som personale skifter man tøj, inden man går ind på gangen. På Gentofte Hospital er reglerne på operationsgangen ikke nær så strikse,” siger Christina Follrud på sit dansk-skånske. Hun

fik job i Danmark i oktober 2008 efter 20 år som sygeplejerske på Malmø Sygehus. Hver morgen klokken 6.15 tager hun toget fra Malmø, og 50 minutter senere er hun fremme på Hellerup Station. Klokken halv fire har hun fyraften, og hun er hjemme klokken fem. Da Christina Follrud arbejdede i Sverige, var hendes arbejdsdag næsten lige så lang. Svenske sygeplejersker har nemlig 40 timers arbejdsuge, og dertil kommer en times frokost, som ikke betales af arbejdsgiveren.

### 10.000 kr. ekstra

Den nye ansættelse kan mærkes på lønkontoen. Som anæstesisygeplejerske tjener Christina Follrud 32.000 dkr. om måneden, og når regnestykket er gjort op, har hun 10.000 skr. (ca. 7.000 dkr.) mere i hånden hver måned.

”Den svenske specialuddannelse til anæ-

stesisygeplejerske er ikke så lang som den danske. Vi har 40 ugers kursus, hvor en dansk anæstesisygeplejerske har to år i en kursusstilling. Som svensker skal man derfor have et par års erfaring for at arbejde i Danmark,” fortæller Christina Follrud.

Patienterne har taget godt imod hende, og de fleste forstår hende. Dog kan det nogle gange være et problem at kommunikere med børn, fortæller Christina Follrud, der har meldt sig til dansk på aftenskole i Malmø.

Den 42-årige malmøborger har ikke gjort op, hvor længe hun vil blive i Danmark.

”Når mine børn på 13 år og 18 år er store nok til at klare sig selv, så skal jeg ud at rejse. Måske vil jeg tage til Norge. Foreløbig er jeg glad for at være her. Kollegerne er jættesøde.”

*bso@dsr.dk*

”Det er en suppe af stoffer, og vi finder flere og flere, jo mere vi kigger. Når vi finder dem og dokumenterer, at de er farlige, så bliver de forbudt. Men de findes stadig i menneskene, fordi de nedbrydes meget langsomt og går i arv. Samtidig finder industrien hele tiden på nye stoffer,” siger Allan Astrup Jensen.



# Stop amning efter fire måneder

**Kemi i mælken.** Kvinder bør stoppe med at amme efter fire måneder, så barnet ikke får en højere koncentration af farlige kemiske stoffer i kroppen end moderen, mener Allan Astrup Jensen, der hos Force Technology i Brøndby forsker i stoffers ophobning i mennesker.

AF MARIANNE BOM, JOURNALIST • FOTO: THORKILD AMDI CHRISTENSEN



*Hvad bygger du din anbefaling på?*

”På undersøgelser, der viser, at efter fire måneders amning har barnet opnået samme koncentration af de svært nedbrydelige kemiske stoffer i blodet, som moderen har. Samtidig har barnet efter fire måneder opnået de vigtigste gavnlige effekter af amning. Derfor er det et passende tidspunkt at stoppe. Det er ikke tilrådeligt, at barnet får en højere koncentration af stofferne end moderen. At stoppe amning efter fire måneder er et væsentligt bidrag til at nedbringe mængden af kemiske stoffer i mennesker, for modermælken er simpelthen den største kilde til de her stoffer, som stort set ikke udskilles senere.”

*Hvad er det for stoffer?*

”Jeg taler om bestandige, fedtopløselige stoffer, som via modermælken går videre gennem generationer, fordi halveringstiden er minimum fem år og normalt mere. Faktisk er det en suppe af stoffer, for industrien finder til stadighed på noget nyt. Det er f.eks. insektbekæmpelsesmidlet ddt og

pcb, som tidligere blev brugt i fugemasse og transformatorer. Det er dioxiner, som opstår ved forbrænding af organiske stoffer, og det er bromerede flammehæmmere, som bruges til at forhindre, at computere og fjernsyn brænder. Og så er det en masse nye stoffer, hvoraf mange ikke er undersøgt endnu.”

*Hvad gør de stoffer?*

”De virker forskelligt, men de kan være kræftfremkaldende, give hormonforstyrrelser, påvirke enzymsystemerne og f.eks. give hjerte-kar-sygdomme. Den samlede virkning af stofferne er ikke undersøgt, og det er svært at sige, hvor grænsen går for, hvornår det bliver virkelig farligt at have dem i kroppen. Men det er dokumenteret, at efter fire måneders amning får man mindre fleksible blodårer. Og allerede i 1984 konkluderede en officiel tysk ekspertgruppe, at fordelene ved at amme efter fire til seks måneder opvejes af risikoen fra forureningen.”

*Sundhedsstyrelsen og WHO anbefaler amning fuldt ud i første seks måneder og delvist til 12 måneder, og ifølge udtalelser fra styrelsen er der ikke dokumentation for, at seks måneder skulle give skadelige effekter, tvært-*

*imod stimuleres barnets immunsystem – hvad siger du til det?*

”Jeg siger, at Sundhedsstyrelsen er for ensidig og reagerer for automatisk. Styrelsen ser i for høj grad bort fra de undersøgelser, der viser skadelige effekter af amning i længere tid. Jeg tror, at styrelsen er bange for, at hvis man siger noget negativt om amning, så holder folk op med at amme. Det er en undervurdering af folks intelligens. Jeg kan ikke forstå, at man ikke lægger den usikkerhed frem, som findes bag ammerådene, og så lader folk selv bedømme, hvad de vil gøre.”

*Men hvordan kan du så vide, at dit råd om fire måneder er godt?*

”Jeg vurderer, at det er et godt tidspunkt, fordi barnet da har fået gode effekter af mælken, og så begynder der at ophobe sig flere stoffer, end moderen har. Vi kan ikke på længere sigt få stofferne ud af kroppene, hvis vi ikke siger de her ting højt. Vi burde i virkeligheden lave en global handlingsplan for, hvordan vi får stofferne ud af menneskene – ligesom man laver en global klimaplan.”

redaktionen@dsr.dk

# SYGGEPLEJERSKERNES

**Anerne.** Siden 1941 har Dansk Sygeplejeråd kun haft fire formænd, for et par af dem har været langtidsholdbare ud over det sædvanlige. De fire nærmeste forgængere til Dansk Sygeplejeråds kommende formand havde forskellige mærkesager og udfordringer.

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR

## FRA DELTID TIL FORMAND PÅ FULD TID



ARKIVFOTO: DANSK SYGGEPLEJERHISTORISK MUSEUM

Maria Madsen, der var en af Dansk Sygeplejeråds længst siddende formænd, valgtes ved urafstemning i 1941 og beklædte posten som organisationens formand til 1968. Hun var forstanderinde for sygeplejeforskolen på Rødkilde Højskole og blev først fuldtids formand fra 1947. Hun genvalgtes uden modkandidater, indtil hun selv valgte at forlade formandsposten i 1968 som 67-årig. Maria Madsens første formandstid var præget af organisationspolitisk turbulens blandt sygeplejerskerne. Dansk Sygeplejeråd var på det tidspunkt alvorligt presset af andre sygeplejerskeforeninger med selvstændig forhandlingsret, men trods den interne uro fortsatte medlemstilstrømningen støt til Dansk Sygeplejeråd. Selv om der i Maria Madsens formandstid blev udkæmpet flere betydningsfulde slag om sygeplejerskers løn- og ansættelsesforhold, var det dog især ønsket om at få en stærkere fagorganisation, der kom til udtryk, da den unge afdelingssygeplejerske Kirsten Stallknecht blev Maria Madsens efterfølger i 1968.

Maria Madsen holdt skansen i 27 år fra **1941 til 1968**.

Hun måtte kæmpe mod intern uro og meget hårde arbejdsvilkår for sygeplejersker.

## FIK SAT SUNDHEDSPOLITIK PÅ DAGSORDENEN



ARKIVFOTO: SCANPIX

Det blev Dansk Sygeplejeråds daværende 2.-næstformand, Jette Søe, der ved Dansk Sygeplejeråds kongres i 1996 vandt kampvalget om at efterfølge Kirsten Stallknecht på formandsposten. Det var en tung arv at løfte, og den afgående formand lovede sin efterfølger gode råd, hvis hun skulle ønske det, men forsikrede samtidig, at "du får ikke svigermor boende i huset." Jette Søe satte allerede ved sin tiltræden fokus på sygeplejerskernes rolle i formningen af velfærdsstatens sundhedspolitik, herunder at sikre, at det sociale og sundhedsmæssige sikkerhedsnet er fintmasket nok til også at opfange marginaliserede grupper. Hun opfordrede i samme åndedrag medlemmerne til i samspil med deres faglige organisation at "blande sig" i sundhedspolitikken. Jette Søe signalerede også klart, at kampen for bedre løn- og ansættelsesforhold måtte være Dansk Sygeplejeråds højeste prioritet, og at et vigtigt element i et godt arbejdsmiljø er at blive værdsat – også lønmæssigt – for den indsats, man udøver.

Jette Søe fik det tunge lod at skulle løfte arven efter Kirsten Stallknecht fra **1996 til 2000**. Hun opfordrede sygeplejerskerne til at blande sig i sundhedspolitik.

# MARKANTE FORMÆND

## STYRKEDE SYGEPLEJERSKERS POSITION



ARKIVFOTO: SCANPIX

Kirsten Stallknecht er vel den af Dansk Sygeplejeråds formænd siden 1899, som har været bedst kendt af den brede danske offentlighed. Hun valgtes ved urafstemning blandt tre kandidater og havde – bortset fra sit første genvalg i 1971 – ingen modkandidater, indtil hun valgte at træde tilbage efter mere end 28 år på formandsposten. Kirsten Stallknecht fik i sin formandstid opbygget en stærk faglig organisation, både hvad angår forhandlingspositionen blandt med- og modspillere og i økonomisk henseende. Hun blev verdens første kvindelige formand for en hovedorganisation, da hun beklædte formandsposten i FTF, og hun var som den tredje dansker formand for den internationale sygeplejerskeorganisation ICN i årene 1997-2001 og dermed også ved ICN's 100-års-jubilæum i 1999. Kirsten Stallknecht blev kendt som en viljefast, men også ordholden og respekteret organisationsformand, som gjorde en stor indsats for at styrke sygeplejerskernes position både nationalt og internationalt.

Kirsten Stallknecht er den formand, som til dato har haft den længste holdbarhed – 28 år fra **1968 til 1996**. Hun opbyggede en stærk faglig organisation.

## JAGTEN PÅ MAGT OG INDFLYDELSE



ARKIVFOTO: SØREN SIENDESEN

Ved kongressen år 2000 var der én modkandidat til den siddende formand. Det var daværende formand for Dansk Sygeplejeråds Frederiksborg amtskreds, Connie Kruckow. Da stemmerne var talt op, stod det klart, at hun var Dansk Sygeplejeråds nye formand. Connie Kruckow udbyggede i de følgende år de kontakter, som Dansk Sygeplejeråd har til med- og modspillere i organisationsverdenen, blandt sygeplejerskernes arbejdsgivere, embedsværket, myndigheder og de politiske partier. Det er ikke tilfældigt, at Dansk Sygeplejeråds formand i de seneste år er nævnt blandt de mest indflydelsesrige personer i det danske sundhedsvæsen. Connie Kruckows formandstid har været karakteriseret ved store forandringer, såvel i sundhedsvæsenet som det øvrige samfund, og kommunalreformen blev anledningen til en modernisering af Dansk Sygeplejeråds egen struktur. Connie Kruckow genvalgtes i marts 2008 til en tredje valgperiode, men meddelte i april i år, at hun ønskede at forlade formandsposten med udgangen af maj 2009 for at søge nye udfordringer.

Læs mere om formandsvalget på [www.dsr.dk/formandsvalg2009](http://www.dsr.dk/formandsvalg2009)

Connie Kruckow udbyggede kontakter til arbejdsgivere, embedsværket, myndigheder og de politiske partier i sine ni år som formand fra **2000 til 2009**.

## Sæt flere ressourcer af til sygeplejen

Netop nu forhandler regioner og kommuner med finansministeren om en økonomiaftale for 2010. Resultatet har stor betydning for patienterne og for sygeplejen. Derfor har Dansk Sygeplejeråd aktivt arbejdet for at sætte dagsordenen op til forhandlingerne.

Vi har bl.a. sat markant fokus på det medicinske område, og vi har peget på, at der er behov for en økonomisk saltvandsindsprøjtning til den kommunale sygepleje. Det er nødvendigt, hvis kommunerne skal løfte opgaverne med flere ældre, flere kronisk syge og flere patienter, som bliver udskrevet tidligere fra sygehusene.

Nu skal vi følge budgetterne helt til dørs. På den ene side skal vi arbejde for, at der afsættes flere midler til sundhedsvæsenet. På den anden side skal vi arbejde for, at de midler, der bliver afsat, anvendes bedst muligt til at sikre sygeplejen og dermed patienterne. Det skal vi gøre på alle niveauer i organisationen.

Det er her, vores decentrale struktur kommer til sin ret. I disse uger lancerer Dansk Sygeplejeråd nemlig en kampagne, der skal ruste tillidsrepræsentanterne til at gå ind i de kommende budgetdrøftelser i MED-udvalgene i kommuner og regioner og på hvert enkelt sygehus og afdeling.

Kampagnen indeholder bl.a. pjecer med baggrundsinformation om budgetprocessen, dokumentation om betydningen af et tilstrækkeligt antal sygeplejersker og forslag til spørgsmål, tillidsrepræsentanterne kan stille under budgetdrøftelserne.

Vi åbner også en hjemmeside [www.dsr.dk/normeringer](http://www.dsr.dk/normeringer) som samler information til brug ved de lokale budgetdrøftelser. Samtidig præsenterer vi en ny plakat med et budskab, som rammer hele kampagnen ind. Overskriften på plakaten er "Haves: et fantastisk fag med mening og muligheder. Ønskes: flere kolleger at dele det med."

Jeg håber, at plakaterne bliver synlige rundt omkring på arbejdspladserne. Så vi kan sende et klart signal om, at sygeplejen skal sikres under budgetforhandlingerne.

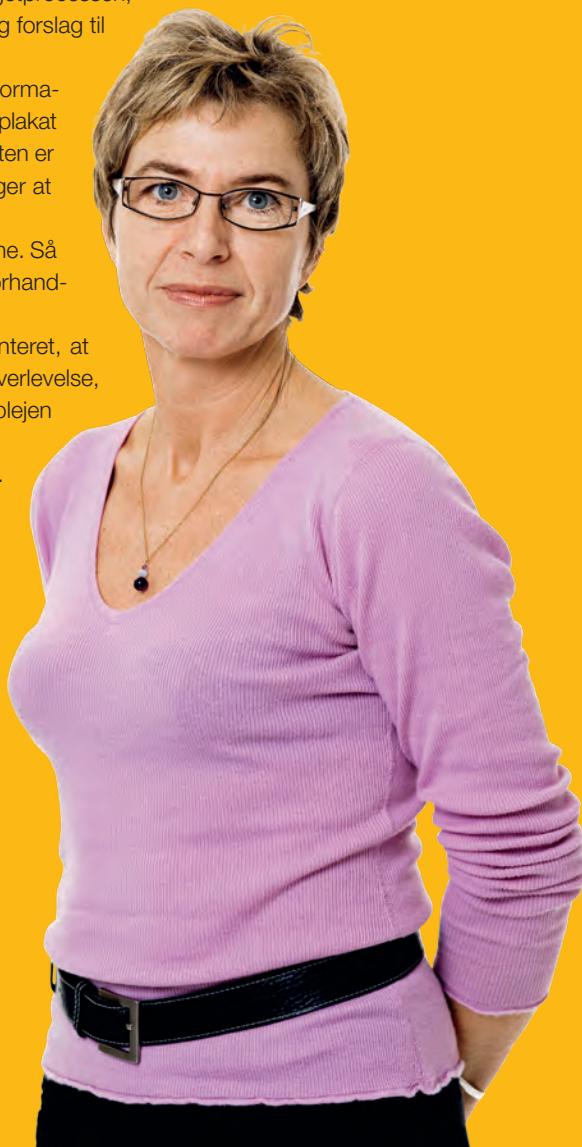
Og vi har rigtig gode argumenter på hånden. Det er nemlig dokumenteret, at antallet af sygeplejersker pr. patient har stor betydning for patienternes overlevelse, antallet af fejl og utilsigtede hændelser. Og det er lige præcis derfor, sygeplejen skal prioriteres i de kommende budgetter.

Det budskab synes jeg vi sammen skal sprede i de kommende måneder. Så vi kan påvirke politikere og arbejdsgivere mest muligt. Og flytte grænser for patienterne og for sygeplejen.

**"Det er nemlig dokumenteret, at antallet af sygeplejersker pr. patient har stor betydning for patienternes overlevelse, antallet af fejl og utilsigtede hændelser."**

*Grete Christensen*


Grete Christensen, fungerende formand





## Ligelønsproblemet blev sat på dagsordenen

Af Maria Cisar, sygeplejerske

 For et år siden blev Danmark kastet ud i en storkonflikt, der påvirkede hele samfundet og debatten i medierne. Konflikten handlede om OK 08, og ingen havde forventet, at den ville vare 8½ uge. Der var konflikt på børneområdet, men i høj grad handlede konflikten om sundhedsområdet.

Vi, der deltog i konflikten, husker tilbage på 8½ spændende uger, hvor vi kæmpede sammen. Vi løb, cyklede, gik og sang i flok. En kæmpe oplevelse.

Men konflikten bød også på mindre sjove ting. Sammenbruddene i forhandlingerne påvirkede os alle meget. Orkede vi at blive ved med at konflikte? Ville konflikten gå ind i sommerferieperioden og dermed effektivt aflyse vores ferier med familierne? Kunne vores samvittighed holde til, at ventelisterne blev længere og længere? Kunne nødberedskabet blive ved med at klare strømmen af patienter, og kunne borgerne i kommunerne holde til ikke at se en sygeplejerske så tit, som vanligt?

Set i bakspejlet lod regeringen borgerne i stikken i 8½ uge, og som resultat måtte ventetidsgarantien og det frie sygehusvalg suspenderes. Ydermere måtte sundhedspersonalet have skylden for samfundets økonomiske nedgang, fordi vi krævede for meget i løn. Den 13. juni 2008 blev parterne i forhandlingerne enige om et resultat, der stoppede konflikten – hverdagen trådte ind igen, men Danmark er stadig påvirket af konflikten.

Der har været – og er stadig – stor diskussion om, hvorvidt konflikten var dét værd. Strejkekasserne skal fyldes op igen, hvil-


ket kun kan gøres af medlemmerne af fagforeningerne. Det betyder en ekstra udgift hver måned, så var det måske i virkeligheden ligegyldigt med en lønstigning? Nej! Vi fik sat ligelønsproblemet på dagsordenen i den offentlige debat. Ingen er længere i tvivl om, at pædagoger, sygeplejersker, radiografer o.a. tjener for lidt i forhold til ansvar og arbejdsbyrde. Kampen fortsætter hver dag – den slutter ikke, bare fordi konflikten sluttede. Om få år mangler vi 7.000 sygeplejersker (opgørelse ifølge DSR), ganske enkelt fordi løn og ansvar ikke stemmer overens – det er derfor ikke længere attraktivt at uddanne sig inden for sundhedsfeltet. Det kræver en langsigtet plan fra regeringens side at få tilgangen til de sundhedsfaglige uddannelser op. Sker dette ikke, vil man igen og igen stå med en storkonflikt ved overenskomstforhandlinger.

*Maria Cisar er ansat i Roskilde Kommune.*

## Patienterne tages som gidsler

Af Karen Meldgaard, patient

*Kommentar til debatindlæggene om hijaben i Sygeplejersken nr. 7, 9, 10 og 11/2009.*

 Jeg er tidligere mange gange patient – og desværre også potentiel patient igen.

Jeg vil være utrolig ked af at blive behandlet af et personale med hovedtørklæde. Og det er jeg, fordi jeg i en sygdomssituation overhovedet ikke ønsker nogen form for symboler, som medvirker til at

# Formandsvalg 2009

## Kan du bruge din stemme?

Vil du have indflydelse på, hvem der er ny formand i DSR fra 15. september 2009? Så husk, at du skal være registreret som aktivt medlem senest pr. 1. august 2009, hvis du vil stemme. Stemmeperioden er fra 31. august til 14. september.

Hvis du vil ændre dit medlemskab, skal medlemsregistret have besked senest 17. august.

Læs mere om indmeldelse, genindmeldelse og aktivering af medlemskab på [www.dsr.dk/indmeldelse](http://www.dsr.dk/indmeldelse) eller kontakt medlemsregistret på 33 15 15 55.



fortælle mig, at her er en person med bestemte politiske og religiøse værdier. Det undrer mig såre, at det overhovedet er kommet så vidt, for de fleste større sygehuse har censur over for, hvad der ligger af materiale i venteværelserne – og jeg er bekendt med, at f.eks. Skejby Sygehus tidligere holdt strengt på, at politiske og religiøse tidsskrifter ikke måtte befinde sig på sygehuset.

Som patient er jeg dybt taknemmelig over, at Rachel Adelberg taler patienternes sag – de svage i det her spil. De altfavnende, multikulturelle synspunkter fra de aggressive indlæg handler udelukkende om at være rummelig som kollega. Og patienterne tages absolut som gidsel i den forbindelse.

Det er en meget, meget ukvalificeret og umådelig svag ledelse, der sidder på OUH i denne sag – og jeg vil undlade at citere de svarbreve, som jeg personligt har fået fra direktionen på OUH, på en ellers venlig henvendelse. Og nok engang – spørg patienterne. Men spørg dem på rette tidspunkt – og ikke som sygehuse har for vane, når en patient skal udskrives. De fleste er dybt taknemmelige over at være blevet bedre og at skulle hjem, så de er parat til at skrive hvad som helst. Spørg på et kvalificeret tidspunkt, hvor besvarelsen kan blive mere objektiv. Send et spørgeskema nogen tid efter patientens hjemkomst.

Jeg håber, at det lykkes at bringe dette emne op politisk, så personalet ikke skal kæmpe forgæves for patienternes rettigheder.

*Karen Meldgaard bor i Vejle, er både tidligere og nuværende patient.*

## Tørklædets symbolværdi

Af Lone Nørgaard, lektor, cand.mag.

*Kommentar til debatindlæggene om hijaben i Sygeplejersken nr. 9 og 10/2009.*



Hanne Cramon foreksler ønske om tørklædeforbud med negative fordomme, fremmedhad og manglende rummelighed (nr. 10). Birgit Morthorst mener, at det afhænger af øjnene, der ser, og af den, som bærer tørklædet, om hijab er et religionspolitisk symbol. Henrik Nielsen taler om tilfældig hovedbeklædning (nr. 9). Gid det var så enkelt.

Det har været helt centralt i herboende muslimeres forsvar for det islamiske tørklæde, at valget af sløret er ganske frivilligt. Heraf følger, at kvinderne kan vælge det fra, hvilket masser af muslimske kvinder da også allerede har gjort. Så hvis en muslimsk kvinde – f.eks. en sygeplejerske – vil hævde, at sløret er obligatorisk, så tilkendegiver hun enten, at religiøse påbud står over hendes personlige valg, eller at hendes personlige valg er at underkaste sig religiøse påbud. I begge tilfælde tilkendegiver hun, at religiøse påbud har forrang og kalder dermed på spørgsmålet: Hvis tørklædet er et religiøst påbud, du ikke kan unddrage dig, er der så andre dele af den guddommeligt begrundede sharia-lovgivning, som er tilsvarende obligatorisk?

Det gælder om at gøre op med den naive tilgang, at det da ikke spiller nogen rolle, hvordan folk klæder sig. Med tildækningen følger nemlig andre centrale islamiske påbud i form af kønsadskillelse, at nægte kvinder skilsmisse og at nægte dem at gifte sig

**Der er brug for dig**  
Giv dig selv og din familie en oplevelse der varer hele livet

**Prøv noget nyt.** Det er der aldrig nogen, der har taget skade af. Og med din baggrund som sygeplejerske har du alle muligheder for at give dig selv (og din familie) en **oplevelse** for livet - og få et liv fuldt af **oplevelser**, spændende **faglige udfordringer** og karriereudvikling. Vil du se fjeldet eksplodere i en kaskade af farver, når blomsterne springer ud? Vil du prøve at udvikle dig i et tempo, hvor sjælen kan følge med? Grønland byder på meget mere end storslået natur og is og sne. F.eks. karriere, **videreuddannelse**, kompetenceudvikling og nye venskaber. Fang en fisk, pluk bær (eller en blomst) i fjeldet, gå en tur, hør elven bruse eller bækken risle.

Se de majestætiske isfjelde glide langsomt forbi - eller **pukkelhvalen** der løfter halen inden et af de dybe dyk.

Se mere om dine muligheder i Grønland på [www.nextjobgreenland.gl](http://www.nextjobgreenland.gl) - det koster ikke noget at kigge ...



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

med en ikke-muslim. Hijab, niqab og burka kan ikke adskilles fra islams kvindesyn og dermed kønsapartheid, og derfor er indhyllningen så farlig og rækker langt ud over den enkelte kvindes personlige fortolkning.

I diskussionen om, hvor vidt det islamiske tørklæde skal forbydes på offentligt ansatte, kan der anføres to argumenter: 1. Staten kan ikke på én og samme tid forvalte en ligestillingslov og så tillade tørklæder, der pr. definition sætter skel imellem mænd og kvinder. 2. Offentligt ansatte skal fremtræde neutralt.

Mange mener, at religionsfrihed betyder, at man skal have lov til at bære tørklæde i et offentligt embede. Det er nonsens. For hvor bliver min religionsfrihed af, hvis jeg skal stå over for en person, der ud fra religiøse argumenter gør krav gældende om en bestemt hovedbeklædning?

*Lone Nørgaard arbejder som voksenunderviser, skribent, freelancejournalist og foredragsholder.*

## Et symbol på islamisme

Af Kirsten Damgaard, cand.pæd.psych.

*Kommentar til debatindlæggene om hijaben i Sygeplejersken nr. 7, 9, 10 og 11/2009.*

**N**år Tyrkiet ikke accepterer tørklæder på dets universiteter og i visse offentlige embeder, er det selvfølgelig, fordi den tyrkiske stat erkender, hvad tørklædet symboliserer. Det, som

imam Fatih Alev kalder "den moderne måde" at forme tørklædet om ansigt og hals, så hverken hår eller hud vises, er absolut ikke et spørgsmål om mode eller beklædning. Det hættelignende udstyr er heller ikke et symbol på det moderne, forstået som det samfundssystem, hvor fornuft i kombination med folkestyre og borgerrettigheder ligger til grund for regler og normer. Denne sorte eller hvide indpakning af kvindens hoved og hals kaldes *foulard islamique* i Frankrig, hvor det for længe siden er blevet forbudt at demonstrere ideologi i offentlige institutioner, ligesom i et par tyske delstater.

Foulard islamique blev opfundet af den iranske mullah, imam Musa al-Sadr i Libanon under det politiske arbejde med at udvide området for islams herredømme og er blevet påtvunget alle kvinder i Iran siden 1982. Siden har tvangen bredt sig i Mellemøsten og til indvandrerområder i Europa. Tildækningen er således et symbol på islamisme.

Islamisme er en politisk retning, der ikke skiller det religiøse, det sociale og det politiske, og denne ideologi vurderer, at praktiseret islam udgør den højeste civilisation. Af disse og andre iboende grunde vurderer professor i politisk islam ved Aarhus Universitet, Mehdi Mozaffari, at islamismen både er totalitær og fascistisk. At gå med det hættelignende tørklæde er altså at signalere en livsforståelse baseret på ulighed, mangel på demokrati og uden adskillelse mellem lovgivende, udøvende og dømmende magt, hvor nogle betragtes som vantro, andre som undermennesker.

Det menneskesyn ser jeg helst ikke hos en potentiel kollega.

*Kirsten Damgaard er kulturpsykolog og konsulent.*



## 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**<sup>®</sup>  
methylnaltrexonbromid  
subkutan injektion

Se produktresuméet på side 42

Wyeth<sup>®</sup>

Wyeth Danmark, Produktionsvej 12, 2600 Glostrup. [www.relistor.dk](http://www.relistor.dk)

## PRODUKTINFORMATION FOR ANNONCE SIDE 41

**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 nyresvigt i dialyse, og Relistor kan ikke anbefales til disse patienter. **Nedsat leverfunktion:** Det er ikke nødvendigt at justere dosis for patienter med mild til moderat nedsat leverfunktion. Der foreligger ingen data fra patienter med svært nedsat leverfunktion (Child-Pugh, Klasse C), og Relistor kan ikke anbefales til disse patienter. **Pædiatriske patienter:** Der er ingen erfaring med behandling af børn under 18 år. Methylnaltrexon bør derfor ikke anvendes i den pædiatriske aldersgruppe, før der foreligger yderligere dokumentation. **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 terminal nyresvigt. 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 metaboliseringen af et CYP2D6-modelsubstrat. I et klinisk lægemiddel-interaktionsforsøg med raske voksne mænd påvirkede en subkutan dosis methylnaltrexon på 0,3 mg/kg ikke signifikant metaboliseringen 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/sponeres, skal træffes under hensyntagen til barnets fordel ved amning og kvindens fordel ved behandling med Relistor. **Bivirkninger:** De mest almindelige bivirkninger, som er set i alle faser af placebokontrollerede forsøg, var abdominalsmerter, kvalme, diarré og flatulens. Disse bivirkninger var generelt milde eller moderate. Nervesystemet: Almindelig: Svimmelhed. Mave-tarmkanalen: Meget almindelig: Abdominale smerter, kvalme, flatulens, diarré. Hud og subkutan væv: Almindelig: 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. Produktresumet kan vederlagsfrit rekvireres hos:

**Wyeth Danmark**, Produktionsvej 12, 2600 Glostrup. Tlf.: 44888805. www.wyeth.dk M080717RELS.DK

## Hijaben er et religionspolitisk symbol

Af Signe Fagerberg Poulsen, sygeplejerske, Kirsten Ladegaard, sygehjælper, Vibeke Paaske Pedersen og Lisbet Poulsen, sosu-assisterter

*Kommentar til debatten om hijaben i Sygeplejersken nr. 9 og 10/2009.*

Birgit Morthorst slutter sit debatindlæg i *Sygeplejersken* nr. 9 med et ønske om, at tørklædedebatten må forløbe lødigt, værdigt og rummeligt. Det synes vi faktisk ikke, at den gør mere. Tørklædeforsvarerne har ingen argumenter, derfor er de nødt til at forvrænge debatten. I *Sygeplejersken* nr. 9 og 10 har der været flere usaglige og frastødende indlæg imod vores kollega, Rachel Adelberg Johansen.

Henrik Nielsen og Hanne Cramon stempler Johansens holdning som værende fremmedfjendsk, fremmedhadende, ja hun skulle oven i købet have en uhyggelig menneskefjendsk holdning. Det er forrykte og hadefulde udokumenterede beskyldninger, som ikke har hold i virkeligheden. Det at kritisere tilsøring af hospitalsansatte og hijabens symbolværdi skal ikke blandes sammen med det at tage afstand fra mennesker eller nære fremmedhad.

Er det så svært at forstå, at vi stiller os kritiske over for, hvorvidt verdslige sygehuse skal bøje sig for islamiske særkrav om, at det i arbejdstiden skal være tilladt at bære kvindediskriminerende og religionspolitiske symboler (hijaben). For det er et ubestrideligt faktum, at hijaben også er et politisk symbol. Hvor end i verden islamister får magt, er det første skridt at påtvinge kvindetilsøring for at markere deres sejr og dominans (Azar Majedi i Information 6. juni 2008). Og lad os hertil tilføje, at det intet har med hygiejne at gøre, og ej heller kan det sidestilles med 60/70'ernes modetørklæde eller Derby hatte. Vorherre til hest.

Birgit Morthorst skriver "Nogle ser dét, de vil se." Vi kan jo så kun skrive, at nogle læser det, de vil læse. Lad os endegyldigt slå fast, at det er hijaben, vi kritiserer, og ikke mennesker! Vores

kritik retter sig hverken mod hudfarve eller nationalitet og har derfor intet med fremmedhad at gøre.

Det er da lidt paradoksalt, at vi, som mener, at dette kvindediskriminerende og hermed menneskeundertrykkende symbol ikke bør bæres af hospitalsansatte, som repræsenterer vore ikke-religiøse samfundsinstitutioner, bliver stemplet som havende en menneskefjendsk og hadsk holdning.

Værdigrundlaget i afdeling Z siger rummelighed, men også, at den ikke er grænseløs. Derfor mener vi, at grænsen skal trækkes utvetydigt over for religionspolitiske symboler som hijaben på en neutral hospitalsuniform.

Signe Fagerberg Poulsen,  
Kirsten Ladegaard,  
Vibeke Paaske Pedersen og  
Lisbet Rasmussen  
er ansatte på Afdeling Z1,  
Odense Universitetshospital.

### ►►► HVAD MENER DU

www.sygeplejersken.dk

#### Nyt spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:

Læser du dit fagblad *Sygeplejersken*, hver gang det udkommer?

#### Svar på spørgsmål stillet i *Sygeplejersken* nr. 10/2009:

Overvejer du at hæve din SP-opsparring?

Svar	antal	pct.
Ja	97	77,0
Nej	17	13,5
Ved ikke	12	9,5
<b>I alt</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

"Helt ærligt, hvis vi bliver så ambitiøse, at et foster ikke må have selv et lille handicap eller alene have en statistisk mulighed for at udvikle en sygdom som voksen, hvordan skal vi så nogensinde kunne drage omsorg for dem, som enten har lignende særpræg ved fødslen eller pådrager sig dem gennem livet?"

Birgit Petersson, lektor i medicinsk kvinde- og konsorsforskning ved Københavns Universitet, 27. maj 2009, i Politiken.

# SYGEPLEJERSKEN

>>> FAG

Fagtanker >> 44  
Faglig information >> 44  
Testen >> 45  
Agenda >> 51  
Anmeldelser >> 60  
5 faglige minutter >> 66

## Patienters retssikkerhed overtrædes ved brug af it-redskaber » 46

Seksualitet hos den nyresyge patient >> 52

Magt i den motiverende samtale >> 56

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

## Pas på med, hvad du lover patienten

Tavshedspligten er fra de ældste tider blevet anset for en grundlæggende etisk fordring for sygeplejersker, og også de aktuelle sygeplejeetiske retningslinjer fremhæver, at sygeplejersken skal værne om fortrolige oplysninger om patienten. Det er imidlertid nemmere sagt end gjort, viser artiklen "Patienters retssikkerhed overtrædes ved brug af it-redskaber" side 46. Trods alle gode intentioner i sundhedsloven er det nemlig ikke muligt at beskytte patientens fortrolige oplysninger, selv om patienten aktivt udtrykker negativt samtykke til videregivelse af oplysninger. F.eks. kan man læse patientens e-journal og kikke i vedkommendes personlige medicinprofil uden patientens samtykke, da teknikken ikke kan håndtere begrænsningen.

Så selvom sygeplejersken skriver patientens negative samtykke ind i patientjournalen, hverken kan eller skal hun love patienten 100 pct., at det vil blive overholdt. Artiklen peger på nødvendigheden af enten at ændre sundhedsloven eller patientens rettigheder. En spændende artikel, der forhåbentlig vil danne baggrund for mange sygeplejeetiske drøftelser i det ganske land.

*Evy Ravn*

Evy Ravn,  
sygeplejerske,  
fagredaktør.



## Marte Meo som metode til kompetenceudvikling

AF CONNIE SIXHØJ CRONE, SYGEPLEJERSKE

**Indlægget henvender sig til ledere, som ønsker at udvikle medarbejdernes kompetencer. Det beskriver et konkret projekt og anbefaler brug af Marte Meo til at styrke medarbejdernes kompetencer.**

Erfaringerne fra et udviklingsprojekt i Hillerød Kommune peger på Marte Meo som en konkret metode til medarbejderudvikling med udgangspunkt i hverdagen.

Det var fra projektets start tanken at tage udgangspunkt i det konfliktfyldte samspil og den svære kommunikation med beboere med kognitive svækkelser. Undervejs blev det tydeligt, at metoden ikke blot forbedrede samspillet mellem medarbejderen og den demente, men også styrkede såvel medarbejderen som elevens kommunikation og samspil, hvad enten det er nogle, de skal hjælpe, undervise eller samarbejde med.

I løbet af projektet blev der i alt lavet 10 cases, hvoraf de syv blev gennemført på Birgittehuset.

- En Social- og sundhedshjælperlev peger på Marte Meo som et vigtigt læringsredskab i forhold til at gennemføre uddannelsen.
- En medarbejdergruppe har lært bedre at se borgerens initiativer. De anvender ofte det, de har lært i forhold til andre borgere.
- En social- og sundhedshjælper lærte at se en beboer på en helt ny måde. Metoden har generelt øget hendes refleksionsevne.
- En medarbejdergruppe har arbejdet med deres kommunikation. De ved nu, hvad der virker godt i deres indbyrdes kommunikation.
- En social- og sundhedshjælper har fået styrket sin faglige selvtilid og sin relation til en afatisk borger.
- En praktikvejleder er blevet bedre til at lytte og mere sikker i sin rolle som underviser.
- Daglige, voldsomme episoder omkring en udadreagerende borger med hjerneskade er ophørt. Personalet peger på Marte Meo som midlet, der fik dem til at se, hvad de skulle gøre.

### Evaluering via spørgeskema

Der er blevet udleveret spørgeskemaer til medarbejderne. Efter 1½ års projektperiode kan 25 ud af 26 anbefale, at man bruger Marte Meo i ældreplejen. 25 ud af 26 ser en mulighed i at anvende Marte Meo ved kommunikationsproblemer mellem dem og beboerne eller mellem dem og andet personale.

20 ud af 26 oplever i høj eller i nogen grad, at Marte Meo har styrket deres kommunikation med kollegaer.

21 ud af 26 oplever i høj eller i nogen grad, at Marte Meo kan øge deres arbejdsglæde.

Marte Meo betyder "ved egen kraft," hvilket skal forstås sådan, at alle mennesker indeholder potentialer for udvikling. Metoden har en anerkendende tilgang. Bag metoden ligger et udviklingssyn, som bl.a. beskrives i Daniel Sterns udviklingsteorier.

I projektet er det især blevet tydeligt, hvilket anvendeligt læringsredskab Marte Meo er i en hverdag i ældreplejen. Det, der giver udvikling og læring på kommunikations- og samspilsområdet, kan bl.a. forstås i lyset af Knud Illeris' læringsteorier:

- **Indhold:** At medarbejderne selv definerer, hvilket problem eller hvilken situation de ønsker hjælp til at forbedre. Der er fokus på dét, medarbejderen selv gør, som virker forbedrende på samarbejdet. Relevant teori knyttes specifikt til videoklippene.
- **Drivkraft:** At medarbejderen af sig selv ved at se sig selv på videoklip kan gøre mere af det, der får hans/hendes samspil og kommunikation til at udvikle sig.
- **Samspil og integration:** At læringen i videosupervisionen omhandler medarbejderens virkelighed og det samspil, der er på hans/hendes arbejdsplads, i den aktuelle vagt sammen med de mennesker, som er en del af den konkrete situation.

### Anbefaling

Marte Meo er en konkret og anerkendende metode til udvikling af medarbejdernes personlige ressourcer i forhold til samarbejde og kommunikationsfærdigheder. Det er en metode og en tænkning, der kan passe ind i den helt almindelige hverdag på et plejecenter.

Af *Connie Sixhøj Crone, uddannelseskonsulent, uddannelsessektionen, Hillerød Kommune; cocr@hillerod.dk*



## Generalforsamling i Seniorsammenslutningen

Seniorsammenslutningen afholder generalforsamling på Seniorhøjskolen Nørre Nissum **Torsdag den 13. august kl. 14.00 - 16.00**. Dagsorden ifølge vedtægterne.

Forslag, der ønskes behandlet på generalforsamlingen, skal være seniorsammenslutningens formand Hanne Kristensen, Fasanlunden 9, 8382 Hinnerup, i hænde senest d. 23. juli 2009.

Tilmelding skal ske til Seniorhøjskolen Nørre Nissum, Degneparken 22, 7620 Lemvig, Tlf. 97 89 10 11, [www.seniorhoejskolen.dk](http://www.seniorhoejskolen.dk)

Der har været afholdt valg til Landsbestyrelsen efter nye regler, der er valgt 5 medlemmer svarende til de 5 kredse. Den nye landsbestyrelse og formand vil blive præsenteret på generalforsamlingen.

Bestyrelsen



## >>> TESTEN



### Temaet er søvn Test dig selv eller en kollega

Fuglene kvadrer fra tidlig morgen til sen aften, og det er lyst det meste af døgnet. Det giver nogle mennesker besvær med at sove.

- 1** *Hvor stor en del af livet bruges på at sove?*
  - a. Det gør ca. halvdelen.
  - b. Det gør ca. en tredjedel.
- 2** *Er søvnlængden udtryk for søvnens kvalitet?*
  - a. Ja, antallet af timer fortæller meget direkte, hvor godt man har sovet.
  - b. Nej, indsovningstiden, antallet af opvågninger og varigheden af disse og søvnlængden afgør, om man føler at have sovet godt.
- 3** *Hvor mange faser består søvnen af?*
  - a. Den består af tre faser: overfladisk søvn, dyb søvn og drømmesøvn (REM-søvn).
  - b. Den består af fire faser: rævesøvn, overfladisk søvn, dyb søvn og drømmesøvn.
- 4** *Hvor lang tid varer de enkelte søvnfaser?*
  - a. Det er helt individuelt.
  - b. Overfladisk søvn varer ca. 30 minutter, den dybe søvn varer ca. 90 minutter, og herefter indtræffer den første REM-søvn, som typisk er kort. Herefter gentager mønstret sig. Efter to-tre søvncyklusser er natten gået.
- 5** *Hvad kan man gøre, hvis det kniber med at falde i søvn?*
  - a. Man kan drikke en espresso, det hjælper ca. halvdelen af de søvnløse.
  - b. Man skal stå op på samme tid hver dag, undgå sovemedicin og stå op, hvis man absolut ikke kan sove.

(jb)

Kilde: Patientvejledningen.

# Patienters retssikkerhed overtrædes ved brug af it-redskaber

AF JAN ROSENBORG ALBERTSEN, SYGEPLEJERSKE OG MASTER I SUNDHEDSINFORMATIK, OG HENRIK SØNDERHOLM LARSEN, BIOANALYTIKER OG MASTER I SUNDHEDSINFORMATIK • FOTO: SØREN HOLM

**Artiklen henvender sig til** sundhedspersonale, der anvender it i patientplejen. Hovedbudskabet er, at patientens retsstilling ikke understøttes fuldt ud i de eksisterende it-systemer i sundhedsvæsenet. Patienterne vildledes af sundhedslovens ordlyd, hvis dette foregives, ligesom de professionelle uforvarende overtræder lovgivningen. Artiklen er skrevet på baggrund af forfatterens masterprojekt i sundhedsinformatik.

På den ene side står hensynet til patientens privatliv, og her er det en grundlæggende regel, at en del af de oplysninger, en patient giver en sundhedsperson, bliver mellem patienten og den pågældende sundhedsperson. Patienten har ret til at kræve fortrolighed fra sundhedspersonens side (1). På den anden side står hensynet til optimal brug af patientdata. I strategi fra Digital Sundhed 2007 fremgår det, at det skal sikres, at relevante data kan genbruges på tværs af aktører, sektorer og myndighedsniveauer. De fælles digitale services, der har relevans for patientbehandlingen, skal være sammenhængende, overskuelige og til rådighed for de sundhedsprofessionelle på det sted og det tidspunkt, hvor borgeren eller patienten har sin kontakt med sundhedsvæsenet (2).

Ønsket er altså, at patientens privatliv skal beskyttes, men data skal samtidig kunne genbruges.

I herværende artikel, der præsenterer en udvalgt del af et masterprojekt i sundhedsinformatik, "Opretholdelse af patienters retsstilling på tværs af it-systemer", sættes fokus på spørgsmålet om, hvorvidt sundhedslovens regler om indhentning og videregivelse af oplysninger om patienters sygdomme og behandling er muligt at respektere i de nuværende

it-systemer. Projektets metode og analyse er præsenteret kort i boks 1 side 47.

## Praksis i dag

Ved indlæggelse og udskrivelse bliver patienten bedt om stillingtagen til samtykke i forbindelse med indhentning og videregivelse af oplysninger til og fra andre afsnit på sygehuset, og til egen læge. Patientens samtykke eller negative samtykke noteres i den elektroniske patientjournal.

Patientens data registreres aktuelt i flere forskellige it-systemer. Her beskrives nogle af disse systemer.

### Landspatientregistret (LPR)

Indeholder oplysninger om alle kontakter til de danske sygehuse. Det gælder oplysninger om indlæggelser, deldøgn, ambulante kontakter og kontakter til skadestuer.

Registret indeholder information om: Sygehus og afdeling, indlæggelses- og udskrivningsdato, diagnoser, operationer og bopælskommune. Indlæggelser er registreret tilbage til 1977. Skadestuekontakter og ambulante kontakter er registreret siden 1995. Registret giver bl.a. mulighed for at følge aktiviteten på de enkelte sygehuse. Herudover bidrager LPR til Sundhedsstyrelsens sundhedsovervågning og til den medicinske forskning (3). Sundhedsstyrelsen offentliggør jævnligt statistikker på basis af LPR.

LPR ajourføres ved dataoverførsel fra lokale patientregistreringssystemer – i daglig tale kaldet patientadministrative systemer (PAS).

### Patientadministrativt system (PAS)

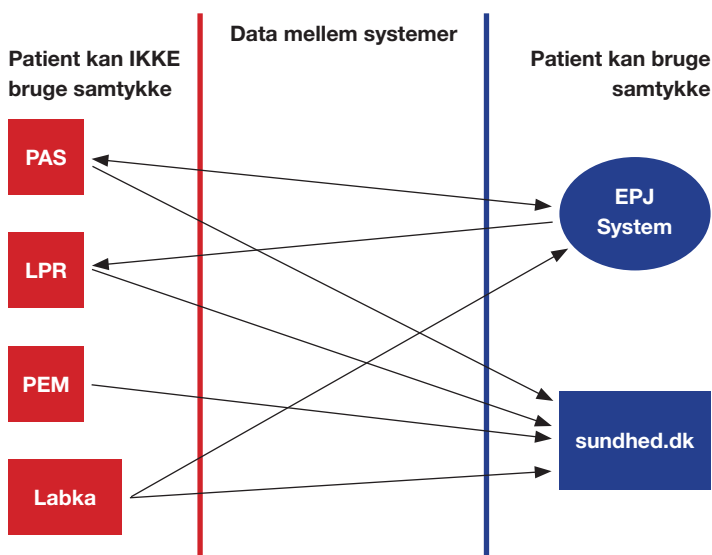
Det patientadministrative system er baseret på Sundhedsstyrelsens model for indberetning af data til LPR. I systemet registreres basale data om f.eks. patienternes indlæggelser, ambulante besøg, operationer og diagnoser, samt en række administrative oplysninger såsom navn, adresse og egen læge. Den elektroniske patientjournal (EPJ) leverer data til og fra PAS. I nogle systemer er PAS eller dele af PAS en integreret del af EPJ.

### Personlig medicinprofil (PEM)

Medicinprofilen er en elektronisk oversigt over den medicin, som hver enkelt dansker køber på recept på apoteket. Ordningen er obligatorisk, og alle køb af medicin på recept bliver automatisk registreret i medicinprofilen. Formålet med medicinprofilen er at forbedre kvaliteten af den medicinske behandling og at forebygge, at borgere får forkert medicin, for me-

►►► FIGUR 1. DATAOVERFØRSEL MELLEMLER FORSKELLIGE IT-SYSTEMER

I venstre side (markeret med rødt) ses nogle systemer, hvor patientens samtykke ikke kan håndteres. Systemerne i højre side (markeret med blå) indikerer nogle steder, hvor patienten er i stand til at kunne afgive samtykke.





### »»» BOKS 1. MASTERPROJEKTET – METODE OG ANALYSE

Dataindsamlingen i masterprojektet er baseret på en patientforeningsundersøgelse, et litteraturstudie og online fokusgruppeinterview. I online fokusgruppeinterviewet deltog syv anonymiserede personer, alle med relation til meningsdannende organisationer i forhold til it- og sundhedsstrategier i Danmark. Deltagerne havde faglige baggrunde som sundhedsinformatiker, læge, sygeplejerske, it-arkitekt, specialkonsulent, jurist. Informanterne havde godkendt nogle etiske retningslinjer og forpligtelser for deltagelse.

Ud fra spørgsmålene i diskussionsinterviewet blev svarene meningskondenserede, og fire hovedområder blev identificeret: etik, teknik, jura og organisation/ledelse. Områderne blev analyseret ud fra teori og beskrivelser af de pågældende emner.

Se uddybende beskrivelse af metode samt diskussion af diskussionsinterview og analysemetode på projektets hjemmeside; [www. patientdatasikkerhed.dk](http://www.patientdatasikkerhed.dk)



get medicin, flere typer medicin, der ikke bør bruges på samme tid. Medicinprofilen viser oplysninger om:

- den medicin, hver enkelt borger har købt på recept på apoteket de seneste to år
- den ordinerende læge
- den praktiserende læge
- apoteket, hvor medicinen er købt
- medicintilskud.

Dertil kommer en log, hvor borgeren kan se, hvem der har set oplysninger i borgerens medicinprofil (4).

Medicinprofilen giver lægerne et samlet overblik over patienternes medicinforbrug, og læger og deres medhjælpere har adgang til patienternes medicinprofiler under anvendelse af Digital Signatur – et

såkaldt medarbejdercertifikat. Det gælder den praktiserende læge, vagtlægen, speciallægen og lægen på sygehuset eller skadestuen. For at tilgå patientens medicinprofil skal lægen indikere enten at have patienten i aktuel behandling, at oplysningerne i medicinprofilen er nødvendige for behandlingen, eller at oplysningerne bruges til at sikre kvaliteten, sikkerheden og effekten af patientens behandling (4).

Læger har altså adgang til medicinprofilen uden patienternes samtykke, hvis de overholder ovenstående kriterier. I den forbindelse henledes opmærksomheden på, at lægen ikke kun ser aktuelle, men også historiske data, da PEM viser to år tilbage.

#### *E-journal*

E-journal giver praktiserende læger adgang til alle relevante oplysninger om patienters indlæggelser på



►► sygehusene. Samtidig giver e-journal mulighed for at udveksle patientjournaler på tværs af sygehusene. E-journal er tilgængelig via sundhed.dk, hvor lægen skal logge på med en digital signatur for at se patienternes journaler. Sygehusejerne forventer, at denne funktion vil medvirke til at skabe et bedre og mere effektivt sundhedsvæsen i kraft af samarbejdet på tværs af sygehuse samt med praktiserende læger. Hvilket tilsammen skal give patienten mere kvalitet og sikkerhed i behandlingen.

E-journal bygger på informationer fra en lang række elektroniske systemer på sygehusene. Det nærmere indhold er fastlagt ud fra sygehusenes registreringspraksis og tager udgangspunkt i de informationer, der typisk er relevante for det sundhedsfaglige personale. I startfasen vil der fra sygehus til sygehus være forskelle i omfanget og indholdet i e-journal. Det er kun autoriseret sundhedspersonale, der kan få adgang til e-journal, og det forudsætter, at patienten har givet sit samtykke (5).

Man kan dog tilgå e-journal uden patientens samtykke, idet teknikken ikke kan håndtere begrænsningen. Man advares her om, at man bliver registreret, når man logger sig på patientens journal. Ifølge sundhed.dk er e-journal forberedt til, at kommunerne på sigt kan få adgang til opslag (6).

#### *Sundhed.dk*

Den fælles offentlige sundhedsportal sundhed.dk samler information og kommunikation om det offentlige sundhedsvæsen, kommunikation mellem sundhedsvæsenet og borgere og kommunikation de sundhedsfaglige imellem (7).

#### *Laboratoriesystemer (eksempelvis Labka)*

Tidligere anvendte sygehusene forskellige laborato-

riesystemer, hvilket vanskeliggjorde samarbejdet og en rationel drift. I dag anvendes integrerede systemer, der bl.a. gør det muligt at se patientens laboratorieresvar på tværs af sygehuse.

### **Systemernes samspil**

Sundhedsstyrelsen har præciseret, at patientens ret til at sige fra over for indhentning af oplysninger fra de elektroniske systemer gør, at systemerne skal kunne håndtere, at der teknisk blokeres for opslag i overensstemmelse med patientens ønsker. Dette vil sige, at patienten skal have mulighed for at nægte, at en given behandler bliver delagtiggjort i bestemte dele af journalen, medens det samtidig skal kunne lade sig gøre, at en behandler kan se andre dele af journalen (8).

Systemer, der kan håndtere dette, omfatter i nogen grad elektroniske patientjournaler samt sundhed.dk

It-systemer, der ikke kan håndtere patientens samtykke, omfatter blandt andet de patientadministrative systemer (PAS), laboratoriesystemer (eksempelvis Labka), medicinsystemer (PEM) og LPR samt adskillige andre.

Da systemerne spiller sammen på kryds og tværs, betyder dette, at nogle systemer kan håndtere patientens samtykke, og andre ikke kan. Se figur 1 side 46 for en præsentation af nogle af de eksisterende systemer og deres mulighed for patientsamtykke.

Konsekvensen bliver, at der på fuldt lovlig vis transporteres data på tværs af systemerne på trods af, at man kan have frabedt sig dette som patient. Problematikken er illustreret via Louises historie i boks 2 side 49.

### **Patienters retsstilling**

Patienters retsstilling sikres bl.a. via sundhedsloven, persondataloven og autorisationsloven. I forhold til artiklens problemområde er det sundhedsloven, som rummer de mest centrale lovgivningsmæssige emner.

Den altovervejende hovedregel er ifølge lov om patienters retsstilling § 24, stk. 1, at der skal foreligge et samtykke fra patienten til videregivelse af helbredsoplysninger til andre sundhedspersoner. Samtykket kan være såvel mundtligt som skriftligt, og det kan afgives til den sundhedsperson, der videregiver oplysninger, eller til den sundhedsperson, der modtager oplysninger. Samtykket skal indføres i patientjournalen.

Reglerne vedr. opslag i EPJ bygger på en sige-fra-

model, som indebærer, at sundhedspersonen – når betingelserne i øvrigt er opfyldte – kan foretage opslag, medmindre patienten siger fra. Reglerne er generelt udtryk for en afvejning af to hensyn, både hensynet til at sikre patienterne en god, sammenhængende patientbehandling og hensynet til, at patientoplysningerne beskyttes imod misbrug i videst muligt omfang (9). Ifølge sundhedslovens § 42 er det op til ledelserne på de enkelte sygehuse at definere, hvem der skal have elektronisk adgang til medierne (10), men sundhedsloven foreskriver, at det er en betingelse, at den ansatte aktivt udfører eller medvirker ved patientbehandlingen for at kunne defineres som en sundhedsperson, og at der alene må indhentes oplysninger, når det er nødvendigt i forbindelse med aktuel behandling af en patient. Det vil sige, at der skal være en patient-behandler-relation til stede. Heri ligger der altså en afgrænsning af, hvad der er lovligt at se, og hvem der må se det.

Et problem i sundhedsloven er, at der ikke er taget højde for data, der indberettes til LPR eller til patientens medicinprofil, der kan ses på tværs af systemer via PEM. Data her er styret af en anden lovgivning (11).

### Betydning for patienten

Der er altså en række elektroniske systemer, hvor patienters samtykke enten kan eller ikke kan håndteres, og når man sammenholder disse med Louises case, hvor hun udtrykker negativt samtykke, bliver konsekvensen:

- På trods af, at der noteres i Louises journal, at hun ikke ønsker, at der videregives oplysninger om hendes aktuelle behandling, ud over til egen læge, er dette ingen garanti. Læger og andet sundhedspersonale på andre afsnit og sygehuse kan fuldt lovligt indhente oplysninger om hende, hvis de finder det relevant for behandlingen. En læge vil endvidere

#### ))) BOKS 2. LOUISE UDTRYKKER NEGATIVT SAMTYKKE

Louise er lokalpolitiker og indlagt pga. hypertension. Louise er konstateret hiv-positiv gennem en anonym test, og det er hendes egen læge, der styrer hiv-behandlingen samt medicinen, der udleveres gennem det lokale apotek.

Louise ønsker ikke, at oplysninger om hendes hiv-diagnose noteres nogen steder under indlæggelsen. Hun ønsker heller ikke, at hendes blodprøvesvar kan ses af andre end personalet på den pågældende afdeling, hvor hun aktuelt er indlagt, samt hendes egen læge. Ej heller ønsker hun, at personalet på afdelingen indhenter eller videregiver oplysninger vedr. hendes tidligere og nuværende indlæggelse, ud over til hendes egen læge.

Sundhedspersonalet orienterer Louise om deres journalføringspligt, som indebærer, at de skal føre optegnelser over behandlingen og derfor ikke kan imødekomme ønsket om at undlade at journalisere, hvad der behandlingsmæssigt foregår, men at de kan angive i den elektroniske journal, at Louise ikke ønsker, at der videregives oplysninger om den aktuelle behandling. Alle handlinger dokumenteres derefter i den elektroniske patientjournal, og data om hendes indlæggelsessted, tidspunkt og diagnose leveres videre til det patientadministrative system, der leverer oplysninger videre til LPR. Laboratoriesvarene gemmes i laboratoriesystemet "Labka", der bruges på tværs af sygehuse i den region, hvor hun er indlagt. Louise er vred, men kan ikke forhindre disse registreringer.

#### Næste indlæggelse

Da Louise to måneder senere indlægges på et andet sygehus pga. et ukompliceret benbrud, og sygeplejersken her bestiller blodprøver gennem laboratoriesystemet Labka, kan denne se Louises prøvesvar fra sidste indlæggelse.

Da lægen foretager et opslag på sundhed.dk i Louises personlige medicinjournal, ses også, at Louise får tre slags medicin mod hiv, og at hun senest fik medicinen udleveret for tre uger siden. Indberetningen til medicinjournalen sker automatisk gennem det apotek, hvor Louise køber sin medicin, og sundhedspersonalet møder ingen tekniske restriktioner i forhold til at få adgang til disse oplysninger.

Lægen bestiller derfor kontrol af hendes hiv-blodprøver og spørger ind til, hvordan hun har det i forhold til hiv-diagnosen. Louise bliver igen vred, da hun finder ud af, at hendes negative samtykkeerklæring er blevet negligeret.

- » kunne gå til hendes e-journal på sundhed.dk uden hendes samtykke, idet teknikken her ikke kan håndtere begrænsningen.
- At Louises hiv-medicin fuldt lovligt kan ses af alle læger og andet sundhedspersonale på hendes personlige medicinprofil på sundhed.dk, hvis medicinen er udleveret via et apotek inden for de sidste to år.
- At den person, der bestiller blodprøver gennem det laboratoriesystem, der anvendes på tværs af sygehuse i den region, hvor Louise er indlagt, fuldt lovligt kan se Louises prøvesvar fra sidste indlæggelse.

Så selvom Louise har afgivet negativt samtykke angående videregivelse af nogle bestemte oplysninger i et system, vises samme oplysninger i andre systemer.

### Retsstilling kan ikke understøttes

Vi ønskede i projektet bl.a. at undersøge, hvordan patientens samtykke udveksles på tværs af forskellige elektroniske patientsystemer. Konklusionen er, at de nuværende systemer ikke gør dette muligt. Patientens retsstilling kan derved ikke understøttes fuldt ud, og det er et etisk problem, at patienter foregives at have et valg omkring samtykke, de reelt ikke har, netop fordi sundhedsloven stiller patienterne i udsigt, at de har et valg.

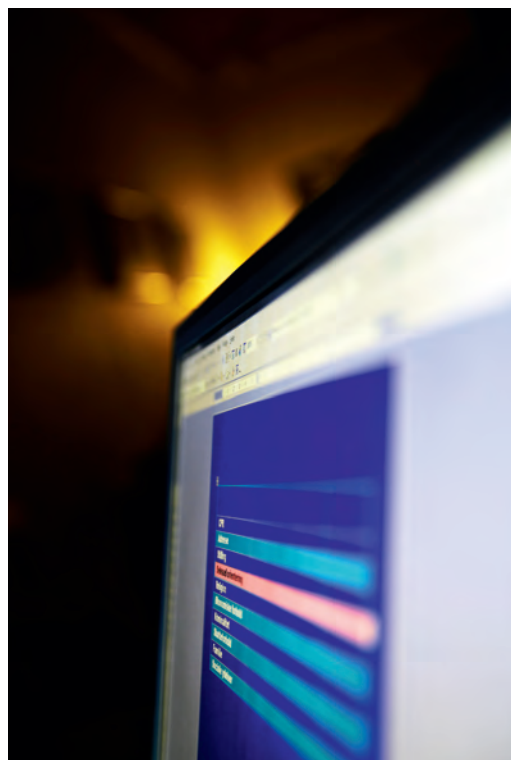
Når de professionelle foretager opslag i f.eks. e-journal, medicinprofil, laboratoriesystemer mv. ud fra de gældende regler, er dette fuldt lovligt, men via opslagene kan de uforvarende overtræde patientens retsstilling.

Det er af stor betydning for bl.a. sygeplejersker, der hver dag håndterer elektronisk dokumentation, at der findes en brugbar løsning, hvor også sygeplejersken er sikret. Dette kunne f.eks. sikres via en omformulering af sundhedsloven.

Under alle omstændigheder bør der findes en løsning, der er holdbar i forhold til systemernes tekniske kunnen, og som sikrer både de professionelle og patienternes retsstilling.

Et andet spørgsmål er så, om det ville være hensigtsmæssigt, at patienterne kunne sortere i de oplysninger, som de professionelle har brug for, for at kunne yde den bedste pleje og behandling?

*Læs mere i masterprojektet for besvarelse af dette spørgsmål på [www.patientdatasikkerhed.dk](http://www.patientdatasikkerhed.dk)*



*Jan Rosenbjerg Albertsen er ansat som EPJ-koordinator i Regionspsykiatrien Herning og Holstebro; [janrosenbjerg@gmail.com](mailto:janrosenbjerg@gmail.com)  
Henrik Sønderholm Larsen er ansat som it-specialist i en privat it-virksomhed.*

### Litteratur

1. Sundhedsministeriet. Redegørelse om patientrettigheder i forbindelse med indførelse af Elektroniske Patient Journaler (EPJ) m.v. April 2001. Kap. 3.
2. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. National it-strategi for sundhedsvæsenet 2003-2007.
3. Landspatientregistret. 2007. Kan hentes på [www.st.dk](http://www.st.dk) Skriv "landspatientregisteret" i søgefeltet.
4. Medicinprofilen, Lægemiddelstyrelsen. 2007. Kan hentes på [www.laegemiddelstyrelsen.dk](http://www.laegemiddelstyrelsen.dk) Skriv "medicinprofilen" i søgefeltet.
5. Sundhed.dk Kan hentes på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) Skriv "det kan du på sundhed.dk" i søgefeltet.
6. Sundhed.dk Kan hentes på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) Skriv "e-journal" i søgefeltet.
7. Sundhed.dk Kan hentes på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) Skriv "hvem er vi" under søgefunktionen.

8. Sundhedsstyrelsen, Informationssikkerhed – vejledning for sundhedsvæsenet; 2008: 9. Kan hentes på [www.sst.dk](http://www.sst.dk)  
Skriv "informationssikkerhed" i søgefeltet.
9. Sundhedsstyrelsen. Oversigt over de juridiske rammer for adgangen til EPJ og it-anvendelsen i sundhedsvæsenet; 2007: 1. Kan hentes på [www.sst.dk](http://www.sst.dk)  
Skriv "Oversigt over de juridiske rammer for adgangen til EPJ" i søgefeltet.
10. Sundhedsloven, LOV nr. 546 af 24/06/2005. Kan hentes på [www.retsinformation.dk](http://www.retsinformation.dk)  
Skriv "sundhedsloven" i søgefeltet.
11. Bekendtgørelse om Lægemiddelstyrelsens register over Personlige Elektroniske Medicinprofiler (Medicinprofiler), BEK nr. 990 af 02/10/2006. Kan hentes på [www.retsinformation.dk](http://www.retsinformation.dk)  
Skriv "Bekendtgørelse om Lægemiddelstyrelsens register" i søgefeltet.

### >>> ENGLISH ABSTRACT

Albertsen RJ, Larsen SH. Patients' legal rights are violated by use of IT Systems. Sygeplejersken 2009;(12):46-51.

The Health Act of October 2007 lays down a series of guidelines for collecting and forwarding patient data of patients who are in contact with the Danish health services. The article focuses on the extent to which the legal rights of patients are met during data processing, both within and across different IT-systems.

The project demonstrates that patients' ability to consent to collection and forwarding of data varies, depending on which system is used. Patient consent is not carried forward when data is exchanged between systems. The consequence is, therefore, that patient rights are not fully met in existing IT-systems and patients are misled into believing that they have a legal status which cannot, in reality, be met in all IT-systems. A solution should therefore be found which is achievable for all technologies, health personnel and – not least – for patients.

The article is based on a Master's thesis in health informatics "Maintaining patients' legal rights across IT systems", which can be read at [www.patientdatasikkerhed.dk](http://www.patientdatasikkerhed.dk)

Key words: Patient data security, legal rights, the health service.

## Så I røgen?

Den nybagte mor ammer sit barn, som hun holder fast med venstre arm. I højre hånd har hun en tændt cigaret, og hun formår fint at balancere med barn, bryst og smøg. En gang imellem vifter hun omsorgsfuldt røgen med mere end 4.000 kemiske stoffer væk fra barnets ansigt.

To måneder senere er barnet for første gang indlagt på børneafdelingen med svær bronkitis, og moderen er ulykkelig over at se, hvor syg den lille er.

Sandsynligvis har denne mor minimal skolegang bag sig, hendes uddannelse er meget kort, hvis hun da overhovedet har nogen, og der bliver ikke tjent store penge i hjemmet.

Social ulighed i sundhed slår også igennem på feltet børn og passiv rygning.

18 pct. af alle børn fra 0 til 16 år bliver udsat for passiv rygning i hjemmet, det giver øget risiko for akutte luftvejsinfektioner, f.eks. astmatisk bronkitis og mellemørebetændelse. Hvis det er muligt at forebygge passiv rygning i barnealderen, har man tidligere anslået, at det kan spare en indlæggelse for ca. 1.890 børn.

Læs mere på [www.folkesundhed.dk](http://www.folkesundhed.dk) > Fokusboksen > Næsten hvert femte barn udsættes for passiv rygning

(j/b)

## Beboere med og uden demens bør ikke bo sammen

De fleste sygeplejersker, som arbejder med mennesker med demens på plejehjem, har erfaret, at plejehjemmets fysiske rammer og indretning har betydning for de dementes trivsel. Nu er det også grundigt dokumenteret. En kundskabsopsummering foretaget af det norske Kunnskapssenteret af 96 enkeltstudier og 11 primærartikler viser, at beboere med demens har en roligere adfærd i små overskuelige boenheder med et hjemligt miljø.

De rette fysiske omgivelser har også betydning for opretholdelse af dagligdagsfunktioner, adfærdsforstyrrelser og positiv adfærd. Endelig peger rapporten på, at beboerne bør opdeles efter grad af kognitivt svigt. Dels trives beboere med demens bedst ved at bo på skærmede enheder, og dels falder de ikke-demente beboeres kognitive og emotionelle funktionsniveau, når beboergrupperne blandes. Læs meget mere om konkrete anbefalinger til etablering og indretning af boliger til beboere med demens på:

[www.kunnskapssenteret.no/](http://www.kunnskapssenteret.no/) > publikasjoner > botilbud til personer med demens

(er)

### Svar på Testen side 45

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

# Seksualitet hos den kronisk

AF HANNE AGNHOLT, SYGEPLEJERSKE, SD, MERETE BOHN NIELSEN, JANE ØSTERGAARD, MAIKEN DRASBEK EMMERSEN, PERNILLE BRÆNDSTRUP KASSOW, NIELS LEGAARD GJYTKJÆR, SYGEPLEJERSKER, OG BIRGITTE SCHANTZ LAURSEN, CAND.CUR., PH.D.

**Artiklen henvender sig til alle sygeplejersker. Hovedbudskabet er, at det gennem holdningsbearbejdning og undervisning er muligt at integrere patienters seksualitet i sygeplejen på lige fod med andre behovsområder. Artiklen er skrevet på baggrund af erfaringer fra nefrologisk afdeling, Aalborg Sygehus.**

Mennesket er født som et seksuelt væsen, og seksualitet er et grundlæggende behov på lige fod med at få stillet sult og tørst. I en helhedsorienteret pleje må patientens seksualitet derfor indgå som et selvstændigt indsatsområde. I denne artikel beskrives arbejdet med at integrere kronisk nyresyge patienters seksualitet i plejen på nefrologisk afdeling, Aalborg Sygehus.

## VIPS, en øjenåbner

Efter indførelsen af sygeplejournalsystemet VIPS på Aalborg Sygehus i 2004, hvor patientens seksualitet/reproduktion optræder som et selvstændigt område i statusamtalen, bliver sygeplejerspersonalet i dialyseafsnittet opmærksomme på, at de sjældent taler med patienterne om seksualitet. I de få tilfælde, hvor der er et notat i VIPS-journalen (se boks 1 nederst) under dette område, drejer det sig oftest om patientens ægteskabelige status.

Sygeplejerspersonalet i dialyseafsnittet beslutter, at der må gøres noget, og etablerer en arbejdsgruppe (artiklens forfattere). Formålet med arbejdet i gruppen bliver at sikre, at patienter med kronisk nyresygdom oplever, at der er fokus på deres seksualitet på lige fod med andre af de problematikker, de oplever som kronisk nyresyg. Dette sker i et samarbejde med afdelingens sygeplejefaglige ledelse, som giver fuld opbakning til gruppens arbejde.

## Vigtigt med et godt sexliv

Som baggrund for arbejdet i gruppen bliver der iværksat en litteratursøgning. Der eksisterer en del litteratur om emnet, og undersøgelser viser, at ca. 75 pct. af kronisk nyresyge patienter får seksuelle problemer som følge af deres sygdom, behandling eller den medicin, de indtager, og at vigtigheden af at have et godt sexliv for denne patientgruppe kun overgås af muligheden for at rejse (1-3).

Litteraturen viser også, at sygeplejerspersonalet generelt har svært ved at tale om seksualitet og undskylder sig med, at de ikke vil bringe det på bane, fordi de ikke vil gøre patienterne forlegne (4,5).

Samtidig med at gruppen i dialyseafsnittet begynder sit arbejde, sætter den lokale nyreforening fokus på seksualitet. Nogle af gruppens medlemmer deltager i et aftenmøde i nyreforeningen, og det bliver

tydeligt for dem, at medlemmerne oplever, at deres seksualitet ændrer sig markant i forbindelse med, at de bliver kroniske nyrepatienter. De oplever det som en meget stor mangel i omsorgen på sygehuset, at deres seksualitet stort set aldrig bliver berørt af hverken plejepersonale eller lægegruppen. Patienterne ytrer ønske om og har en forventning til, at det er sygeplejerspersonalet, der inviterer til, at seksualitet sættes på dagsordenen.

## Holdningsbearbejdning i egne rækker

De efterfølgende diskussioner i gruppen sammenholdt med gruppe-medlemmernes erfaringer og tilbagemeldingerne fra patienterne fører frem til, at gruppens arbejde i første omgang må koncentreres om en holdningsbearbejdelse hos dem selv og deres kollegaer. Det er nødvendigt at starte med at bryde det tovejstabu, som litteraturen og personalet selv har erfaring for eksisterer. Et tovejs-tabu, som kommer til udtryk ved, at sygeplejerspersonalet har svært ved at tale om seksualitet. De undskylder sig med, at de ikke vil bringe det på bane, fordi de ikke ønsker at gøre patienterne forlegne, og patienterne er fra deres side bange for at gøre personalet forlegne og dermed risikere at blive afvist (4,5). Gruppens medlemmer bliver yderligere bekræftet i deres antagelser, da *Sygeplejersken* nr. 6/2007 omhandler temaet "Lad os tale om sex", hvor en af konklusionerne er, at sygeplejersker generelt undgår at berøre patientens seksualitet. Fra denne kilde bliver gruppens medlemmer også opmærksomme på, at sygeplejersker faktisk har pligt til at spørge om patientens seksualitet. Dette er nævnt i Sundhedsstyrelsens "Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser" fra april 2005 (6). Det giver gruppen de sidste argumenter for, at arbejdet, de skal i gang med, er et vigtigt indsatsområde. Formålet for deres arbejde bliver derfor, at patienter med kronisk nyresygdom oplever, at der er fokus på deres seksualitet på lige fod med andre af de problematikker, de oplever som kronisk nyresyg. Gruppen vælger at indlede arbejdet med at sætte fokus på plejepersonalegruppen. Dels ved at øge deres faglige viden på området, og dels ved at arbejde med plejepersonalets personlige blufærdighed. I det følgende beskrives, hvordan dette arbejde bliver tilrettelagt og udført, og hvad det har ført med sig.

## Arbejdsgruppen det gode eksempel

Gruppens medlemmer skal fungere som de gode eksempler i det daglige arbejde, og for at de kan blive kompetente til at varetage opgaven, er de på forskellige temadage om seksualitet. Indholdet er her både konkret faglig viden om seksualitet og emner, som sætter holdningsbearbejdelsen i gang. Derudover

### ►►► BOKS 1. VIPS

VIPS er en forkortelse af begreberne *Velvære, Integritet, Profylakse og Sikkerhed*. Begreberne udgør centrale områder for al kontakt mellem patient og sundhedsvæsen.

# nyresyge patient



”Vigtigheden af at have et godt sexliv for denne patientgruppe overgås kun af muligheden for at rejse.”

afholder gruppen to todagsmøder, hvor de bl.a. arbejder med egen blufærdighed og med at flytte egne holdninger.

I forhold til sygeplejepersonalegruppen bliver først den faglige viden om seksualitet opgraderet, dernæst udarbejdes en pjese til personalet, som skal inspirere dem til at tale med patienterne om deres seksualitet. Seksualitet bliver et tema på patientskolerne for både nuværende og kommende dialysepatienter. I det følgende beskrives de enkelte tiltag hver for sig.

## Undervisning for personalegruppen

Siden arbejdsgruppen er blevet nedsat, har der været afholdt undervisning for hele personalegruppen i nyremedicinsk afdeling i alt syv gange. Derudover er der blevet afholdt en temadag, og filmen ”Nyresygdom, kropsforandringer og seksualitet”, der er udarbejdet af to sygeplejersker på dialyseafsnittet på Fredericia Sygehus, er blevet vist. Undervisningen er blevet varetaget af både eksterne og interne undervi-

sere og har favnet bredt. Arbejdsgruppen har i forbindelse med planlægningen af undervisningen taget udgangspunkt i WHO’s definition af seksualitet fra 1974 (7):

”Seksuel sundhed er en integration af kropslige, følelsesmæssige, intellektuelle og sociale aspekter af seksualiteten på måder, som er positivt berigende, og som forstærker personlighed, kommunikation og kærlighed.”

Undervisningen har derfor omfattet sygdomslære, hvor fokus har været, både hvordan kronisk nyresygdom påvirker seksualiteten hos mænd og kvinder, men også medicinsk behandling af seksuelle dysfunktioner hos begge køn. I den forbindelse har afdelingen fået indført, at sygeplejepersonalet, i samarbejde med lægegruppen, har mulighed for at udlevere prøvepakninger med PDE-5-hæmmere til patienter, som har problemer med impotens.

Undervisningen har endvidere haft fokus på kropsideitet og selvoplevelse, hvordan det at være i dialyse kan påvirke ens udseende både generelt og

►►► **BOKS 2. HANS OG HANS ÆGTEFÆLLE**

Hans på 67 år har sygdommen Wegeners granulomatose. Denne dag skal han planmæssigt have nedsat sin prednisolondosis. Jeg går ind til ham på dialysestuen for at informere ham om dette.

Da jeg nævner nedsættelse af dosis, bliver han glad og siger, at det sikkert vil betyde, at han vil tabe lidt vægt på kinderne og maven. Han har nemlig ændret kropsformer i forbindelse med sin sygdoms opståen samt behandlingen. Jeg bemærker, at det må være svært for ham, at han ud over at være blevet syg også skal acceptere, at han ser anderledes ud. "Ja," siger han, "det er det."

Jeg har en tid søgt efter en mulighed for at komme til at tale om seksualitet med ham og ser her en indfaldsvinkel til at komme ind på emnet: "Påvirker det mon også dig og din kones samliv?" spørger jeg. "Ja for søren," svarer han. "For det første snorker jeg, efter jeg er blevet syg, så meget, at min hustru sover i et andet rum. Jeg skal senere i dag ned til en snorkeekspert og skal måske have en maske til at sove med om natten, og for det andet må vi ikke gå i seng med hinanden, fordi jeg får Cyclofosfamid, så vi har ikke haft et aktivt sexliv i ½ år."

Mig bekendt er der ikke noget sexforbud ved dette præparat, og jeg lover at undersøge det for ham. Da han efter dagens behandling går fløjtende ud af rummet, siger han: "Det er vel nok en god dag, det er så dejligt at få talt om tingene, tak for det."

Lægen og jeg læser om Cyclofosfamid i Lægemiddelkataloget. Der står, at man bør bruge kondom af hensyn til evt. graviditet, og vi skønner, at den givne dosis samt parrets alder betyder, at de ikke behøver bruge prævention og gerne må optage deres samliv. Da der vil gå mindst en uge, før jeg ser Hans igen, ringer jeg til ham og fortæller den gode nyhed.

Han bliver meget glad og siger, at han lige har fortalt sin kone om vores samtale. Hun vil meget gerne tale med mig, og jeg har hende i røret i ½ time, hvor emnet bliver vendt og drejet, og hun får spurgt om det, hun har behov for.

- specifikt i forhold til at have et dialysekateter og fistler. Endelig har noget af undervisningen haft fokus på, hvordan man som sygeplejerspersonale kan takle et så tabubelagt område som seksualitet.

### **Pjece som arbejdsredskab**

Arbejdsgruppen udarbejder en pjece, hvor målgruppen er plejepersonalet på nyremedicinske afdelinger. Formålet med pjecen er, at den skal være et arbejdsredskab, som kan:

- Inspirere plejepersonalet til at tale med patienterne om deres seksualitet
- Give konkrete forslag til, hvordan seksualitet kan tages op med den enkelte patient
- Informere om de mest almindelige seksuelle problemer i forbindelse med nyresygdom, behandling og medicinske bivirkninger

"Patienterne ytrer ønske om og har en forventning til, at det er sygeplejerspersonalet, der inviterer til, at seksualitet sættes på dagsordenen."

- Informere om eventuelle løsningsforslag og/eller behandlingsmuligheder.

Pjecen er støttet økonomisk af Pfizer, som har hjulpet med redigering og trykning. Pfizer har ikke haft nogen form for indflydelse på indholdet. Pjecen bliver brugt i egen afdeling, og medlemmerne af arbejdsgruppen har præsenteret den nationalt ved landskursus for nefrologiske sygeplejersker. Det er muligt at rekvirere pjecen på dialyseafsnit 3 Ø på Aalborg Sygehus, send en mail til: h.agnholt@rn.dk

### **Grib de oplagte situationer**

Ud over at medlemmerne i arbejdsgruppen har arbejdet med egne holdninger, arbejder de kontinuerligt med holdningsbearbejdelse blandt deres kollegaer. I en periode har der i personalets kaffestue været hængt plancher op, hvorpå der har stået forskellige statements omhandlende seksuelle problematikker i forhold til kronisk nyresygdom. Indimellem sætter arbejdsgruppen også fokus på seksualitet ved kaffepauserne, hvor der fortæles om egne oplevelser med patienter. Dette kommer dermed til at fungere som gode eksempler, og de opfordrer kollegaer til at fortælle om deres oplevelser med deres patienter.

Medlemmerne af arbejdsgruppen stiller sig til rådighed som ressourcepersoner for sygeplejerspersonalet og tilbyder bl.a. at overtage samtaler med det øvrige sygeplejerspersonales kontaktpatienter, hvis de oplever, at det bliver for svært. Derudover hjælper gruppens medlemmer kollegaerne til at finde de situationer i hverdagen, hvor det er naturligt at bringe patientens seksualitet på banen. De opfordrer deres kollegaer til at gribe oplagte situationer og være lydhøre over for patienternes usagte appeller og hentydninger. Som et led i holdningsbearbejdelsen planlægger arbejdsgruppen i den nærmeste fremtid at inddrage rollespil.

### **Tema på patientskoler**

Afdelingen har i flere år haft patientskoler for både prædialysepatienter og kroniske dialysepatienter. Tidligere har seksualitet ikke været et tema på patientskolen. I forbindelse med arbejdet i gruppen vælger arbejdsgruppens medlemmer hurtigt at sætte seksualitet på skemaet.

### **Stor interesse for arbejdet**

Arbejdsgruppens medlemmer har siden gruppens start haft et ønske om løbende at formidle deres erfaringer og viden både internt og eksternt. Internt



bliver der ved kurser for kompetente sygeplejersker i nyremedicinsk afdeling undervist i patientens seksualitet og personalets holdninger i forhold til at tale med patienterne om deres seksualitet. Derudover har arbejdsgruppens medlemmer fortalt om deres arbejde på landskursus for nefrologiske sygeplejersker, ved en nordisk dialysekongres og på efteruddannelse for nefrologiske sygeplejersker. Alle steder har de oplevet stor interesse for deres arbejde, og mange sygeplejersker giver tilbagemeldinger om, at det er godt, at der endelig kommer fokus på patienternes seksualitet. Derudover har der i 2008 været bragt en artikel i det lokale blad for Nyreforeningen, "Dialysetider" (8).

### Tovejstabet er brudt

Status er nu efter 2½ år, at vi er godt på vej til at bryde tovejstabet om patienternes seksualitet, og vores patienter oplever, at der er fokus på deres seksualitet på lige fod med andre af de problematikker, de oplever som kronisk nyresyg. Der har været mange positive tilkendegivelser fra patienterne (se boks 2 side 54). Tilfredsheden gælder også i forhold til de plancher med statements, der først hang i personalerummet, men siden er flyttet ud i patienternes rum.

Plejepersonalet er blevet langt bedre til at sætte fokus på patienternes seksualitet, og de bruger arbejdsgruppens medlemmer jævnlige til spørgsmål og som ressourcepersoner. Men selvom arbejdsgruppen er nået langt, er det en uafsluttet proces, der er sat i gang. Gruppen fortsætter sit arbejde, og inspirationen finder de i de positive patienthistorier, og fordi de kan se, at der er sket en holdningsændring blandt kollegaerne, der kommer patienterne til gode.

*Hanne Agnholt er klinisk undervisningsansvarlig på Hæmodialyseafsnittet 3Ø, Aalborg Sygehus Syd.*

*Merete Bohn Nielsen og Maiken Drasbek Emmersen er sygeplejersker samme sted.*

*Jane Østergaard og Niels Legaard Gjytkjær er sygeplejersker på Dialyseafsnittet C-HS, Aalborg Sygehus Syd, Sygehus Vendsyssel.*

*Pernille Brændstrup Kassow er sygeplejerske på P-Dialyse ambulatoriet, Aalborg Sygehus Syd.*

*Birgitte Schantz Laursen er seniorforsker ved Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Sygehus, Århus Universitetshospital; bisl@rn.dk*

"Ud over at medlemmerne i arbejdsgruppen har arbejdet med egne holdninger, arbejder de kontinuerligt med holdningsbearbejdelse blandt deres kollegaer."

### Litteratur

1. Molsted S et al. Assessment and clinical Aspects of health-related Quality of life in dialysis patients and patients with chronic kidney disease. *Nephron Clinical Practice* 2007;106:24-33.
2. Arslan A et al. Sexual dysfunction in male patients on haemodialysis: Assessment with the International Index of Erectile Function (IIEF). *Int J Impor Res* 2002;14:539-42.
3. Løwert A, Eidemak I. Nyresygdom og seksualitet. I: Graugaard C, Møhl B, Hertoft P (red). *Krop, Sygdom og seksualitet*. København: Hans Reitzels Forlag; 2006:283-299.
4. Gyrtrup N, Sørensen L, Iversen G. For svært at tale om sex. *Sygeplejersken* 1994;(36):14-15.
5. Lindblom J. Den sværeste samtale. *Sygeplejersken* 2002;(21):20-33.
6. Sundhedsstyrelsen. Vejledning nr. 9229 af 29/04/2005. Kan hentes på [www.sst.dk](http://www.sst.dk) søg på "Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser"
7. World health Organization. Education and treatment in human sexuality. Genève: Technical Report Series nr. 572, 1974.
8. Nyreforeningen Nordjylland. *Dialysetider*. Medlemsblad nr. 72 marts 2008.

### ))) ENGLISH ABSTRACT

Agnholt H, Nielsen M B, Østergaard J, Emmersen M D, Brændstrup Kassow P, Gjytkjær NL, Schantz Laursen B. Cronically Ill Dialysis Patients and Sexuality. *Sygeplejersken* 2009;(12):52-5.

The nursing staff on the dialysis unit at Aalborg Hospital experienced that sexuality was rarely discussed with the patients. Because the nursing staff have a desire to provide holistic care; because research shows that sexuality is an under-prioritised area in long-term dialysis patients and because the dialysis patients themselves expressed a wish that sexuality be placed on the agenda, a group of care personnel decided to intervene. The article gives an insight into how the working group approached the issue of patients' sexuality, including a description of the different approaches and interventions used. Today, approx. 3 years after the project commenced, there has been a significantly increased focus on the sexuality of dialysis patients.

Key words: sexuality, dialysis, attitude-modification, taboo.

# Magt i den motiverende

AF MALENE ROLAND PEDERSEN, RADIOGRAF, CAND.SCIENT.SAN.PUBL., OG GITTE STYLSVIG LORENZEN, B.SC. IDRÆT OG SUNDHED, CAND.SCIENT.SAN.PUBL.

**Artiklen henviser sig til alle, der arbejder med sundhedsfremme. Hovedbudskabet er, at de professionelle bekymring for styring og kontrol i det sundhedsfremmende arbejde er overdrevet. Artiklen udspringer af forfatterens kandidatafhandling i folkesundhedsvidenskab.**

I det sundhedsfremmende arbejde i Danmark har brugen af den motiverende samtale længe været i fokus (1,2), og da metoden har vist gode resultater (3), uddannes bl.a. sygeplejersker til at mestre teknikken.

Den motiverende samtale bygger på et samarbejde mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle. Den sundhedsprofessionelles opgave er at støtte, motivere og udforske, mens det er borgerens ansvar at identificere problemet og finde frem til en løsning. Borgeren og den sundhedsprofessionelle er sammen om at løse problemet i et tillidsforhold, der bærer præg af partnerskab, empati, accept, respekt, legitimering og støtte (2). Det er et mål for de sundhedsprofessionelle at undgå den paternalistiske rolle som ekspert og kontrollant, og borgeren betragtes ikke længere som en passiv modtager af information, men derimod som en aktiv deltager, der skal inddrages.

## ”Skift kurs - Hold kursen”

Som danskere er vi vant til den traditionelle behandlerrolle i forbindelse med vores kontakt med sundhedsvæsenet. Vi forventer at møde en ekspert, der stiller en diagnose og fastsætter en behandling. Det kan derfor være svært pludselig at skulle tage ansvar og være aktivt deltagende i relation til sin egen diagnose og behandling. For mange sundhedsprofessionelle ligger det desuden naturligt at påtage sig ansvaret for behandlingen. Intentionen i den motiverende samtale, hvor borgeren og den sundhedsprofessionelle sammen skal løse problemet, og den sundhedsprofessionelle skal undgå rollen som ekspert, kan derfor umiddelbart lyde som en stor udfordring.

I forbindelse med vores speciale i folkesundhedsvidenskab valgte vi derfor at se på forskellige frem-

gangsmåder, der anvendes i det sundhedsfremmende arbejde i dag, herunder den motiverende samtale.

Som case valgte vi kurset ”Skift kurs – Hold kursen” i Horsens Kommune, der ved hjælp af bl.a. den motiverende samtale søger at hjælpe overvægtige børn i 3. klasse og deres forældre til livsstilsændring (se boks 1 nederst tv.). Vi indsamlede data på et kursushold med 10 børn og deres forældre (se boks 2 side 57 vedr. dataindsamlingsmetoder og analyse).

## Nødvendigt at agere ekspert

Interviewene viste, at de sundhedsprofessionelle i ”Skift kurs – Hold kursen” anvendte principperne bag den motiverende samtale for at undgå at være for styrende. De anså metoden som en stor hjælp i deres arbejde, men fandt den ikke anvendelig i alle situationer. I flere situationer var det nødvendigt at påtage sig rollen som ekspert for at bevise deres ekspertise og vinde forældrenes tillid. Dette fordi forældrene havde brug for konkrete svar for at komme videre i deres livsstilsændring, og de sundhedsprofessionelle oplevede, at ekspertrollen skabte tillid. En sundhedsprofessionel udtrykker det sådan: ”Hvor gerne vi end vil bruge den motiverende samtale og spille bolden retur, så kommer bolden lynhurtigt over til mig igen. De vil bare gerne have en masse gode råd fra mig, og sådan ender nogle af samtalerne jo også.”

Desuden erfarde de sundhedsprofessionelle, at forældrene generelt havde svært ved at påtage sig deres ansvar som forældre. Forældrene mente, at kurset kunne få børnene til at forstå problemerne i den usunde adfærd, og de havde svært ved at sætte grænser for deres børns usunde adfærd. De henviste ofte barnet til de sundhedsprofessionelle, der fik til opgave at sige nej. De mente, at de sundhedsprofessionelles ord vægtede mere end deres egne.

En vigtig del af ”Skift kurs – Hold kursen” var at motivere familierne til at tage ansvar for deres livsstil. Derfor blev familierne løbende overvåget gennem vægtkontrol og konditest mv. Testresultaterne blev noteret sammen med familiernes delmål. Ifølge de sundhedsprofessionelle havde dette til formål, at de professionelle fik noget konkret at holde familierne op på. Interviewene med forældrene viste desuden, at forældrene satte pris på den kontrol, der eksisterede i kurset i form af konditest og diverse målinger. Familierne oplevede, at kontrollerne gav dem motivation til at fortsætte den sunde adfærd.

## Ansvarliggørelse og handlefrihed

Ud fra Foucault, Bourdieu og Roses teoretiske begreber, som vi brugte i analysen (se boks 2), kan den

### »»» BOKS 1. KURSUSTILBUDET ”SKIFT KURS – HOLD KURSEN”

Kurset var rettet mod overvægtige børn i 3. klasse og deres forældre. Formålet med kurset var, at familierne fik redskaber til og foretog adfærdssændringer, således at sund kost og fysisk aktivitet blev en integreret del af deres hverdag. Der blev lagt vægt på at styrke barnets og forældrenes tro på egne evner, deres selvværd og handlekompetencer, og da sundhedsproblemet vedrørte overvægtige børn i 3. klasse, var forældrenes deltagelse afgørende. Forældrene skulle bl.a. lære at sige nej til deres børn.

Første del af kurset havde en varighed på 12 uger, hvor børnene mødtes to gange om ugen til fysiske aktiviteter og madlavning, mens forældrene mødtes en gang om ugen til kostundervisning og madlavning. Indledningsvis, midtvejs og afsluttende blev der afholdt individuelle samtaler mellem familierne og de sundhedsprofessionelle. Til hver samtale udførte barnet konditest og fik foretaget diverse målinger. I anden del af kurset blev der efter tre og seks måneder afholdt individuelle opfølgningssamtaler med familierne, inkl. konditest og målinger. Kurset har været udbudt tre gange siden 2006. Data er indsamlet på det tredje og sidste kursushold.

# samtale

form for magtudøvelse, der anvendes i kurset, ses som ikke-dominerende og bløde magtmetoder til at styre den enkelte familie til selvstyring. Midlerne er ansvarliggørelse, disciplinering og handlefrihed. Ansvarliggørelsen sker på den måde, at forældrene forpligtes til at tage ansvar for sig selv og børnenes adfærd. De modtager bl.a. psykologrådgivning og bliver oplyste til at kunne foretage de rette, men frivillige valg. De får redskaber og sunde alternativer, der gør dem kompetente til netop at foretage dette valg og styre dem selv. På denne måde styres familierne til selvstyring for derigennem at blive autonome og ansvarlige individer med større handlefrihed. Disciplineringen sker gennem en åbenlys overvågning og kontrol, både gennem samtalerne, konditest, diverse målinger og i madlavningstimerne.

Gennem ansvarliggørelse, øget handlefrihed og disciplinering sker en retledning af familiernes adfærd. Retledningen sker bl.a. gennem teknikker fra den motiverende samtale samt gennem forskellige selvhjælpsteknologier som f.eks. indkøbsguide, tallerkeninddeling, portionsstørrelser og sunde opskrifter. En sådan retledning anses derfor som et middel til en sund livsstil.

I et samfundsperspektiv sker der en magtudøvelse fra de professionelle side, men da den tager udgangspunkt i et ønske om at hjælpe familierne, kan den ifølge teorierne retfærdiggøres. Det bliver med andre ord i orden at styre familierne til selvstyring, så længe familiernes autonomi og selvbestemmelse sættes i fokus. Da magten fremstilles i et legalt og positivt sprog ved hjælp af ord som frihed, autonomi, dialog og hjælp, bliver det endvidere en magt, der er alment accepteret i samfundet.

## Overdrevet berøringsangst

Konklusionen på afhandlingen er, at på trods af, at den motiverende samtale søger at minimere de professionelle ekspertrolle, hvormed målet for de sundhedsprofessionelle er at undgå en styrende paternalistisk rolle som ekspert, eksisterer denne alligevel.

Familierne efterspørger desuden de sundhedsprofessionelles ekspertviden og den kontrol, de tilbyder. De indgår selv en aftale med de professionelle om at leve sundere, og af denne grund er de indstillede på at disciplinere deres adfærd og levevis. Familierne oplever derved ikke magtudøvelsen som negativ, »

### »»» BOKS 2. DATAINDSAMLING OG ANALYSE I KANDIDATAFHANDLINGEN

Der er foretaget interviews med tre sundhedsprofessionelle og fem forældre. Fokus i interviewene lå primært på informanternes oplevelse af styring og kontrol i kurset. Derudover er der udført observationer af samtaler mellem professionelle og familier.

De indsamlede data er analyseret gennem en deskriptiv og fortolkende analyse. I den deskriptive analyse blev Steiner Kvaales teori om meningskategorisering anvendt (4), og data blev inddelt i kategorier, som fremkom i løbet af analysen. I den fortolkende analyse rekonstruerede og fortolkede vi udsagn og handlinger fra de frembragte kategorier til et videnskabeligt sprog ved hjælp af udvalgte teoretiske begreber.

Begreberne magt og styring er analyseret ud fra teoretiske begreber af Michel Foucault, Nikolas Rose og Pierre Bourdieu. Af Foucault er anvendt governmentality herunder conduct of conduct (styring til selvstyring) samt magt- og selvteknologier (5). Af Rose er anvendt begreberne frihed som autonomi, frihed som disciplin og frihed som solidaritet (6), hvilke vi gennem operationalisering har omdannet til begreberne styring gennem autonomi (handlefrihed), styring gennem solidaritet (ansvarliggørelse) og styring gennem disciplin. Desuden er anvendt Bourdieus symbolske magt (7).

”Forældrene havde brug for konkrete svar for at komme videre i deres livsstilsændring, og de sundhedsprofessionelle oplevede, at ekspertrollen skabte tillid.”



”Åbenlys kontrol synes derfor at være et nøgleord i forbindelse med adfærdsændring, hvorfor vi finder det interessant, at man generelt søger at undgå åbenlys magt i sundhedsfremme.”



» men som en hjælp. Åbenlys kontrol er her et nøgleord i forbindelse med adfærdsændring.

I et større perspektiv peger afhandlingen på, at de sundhedsprofessionelle ikke nødvendigvis altid behøver at tage afstand fra at tage styring, agere eksperter og udøve kontrol i det sundhedsfremmende arbejde, som den motiverende samtale ellers lægger op til.

*Malene Roland Pedersen er ansat som adjunkt ved University College Nordjylland.*

*Gitte Stylsvig Lorenzen er ansat som sundhedskonsulent i firmaet SundTrivsel; gittelorenzen@hotmail.com*

*Yderligere information om kandidatafhandlingen kan fås ved henvendelse til forfatterne, der takker Det Kommunale Sundhedsteam i Horsens for deres hjælp og åbenhed omkring deres arbejdsmetoder.*

#### »»» ENGLISH ABSTRACT

Pedersen R M, Lorenzen S G. The Concept of Power in the Motivational Conversation. *Sygeplejersken* 2009;(12):56-8.

This article was written as part of a Master's thesis for the MSc in Public Health, the purpose of which was to study the concept of power in the "motivational interview" method used in the work of health promotion. The example used in the study is the course "Change track – Stay on track (Skift kurs – Hold kursen)" run by Horsens Municipality, where the motivational conversation is used to help overweight children and their parents achieve a healthy and active lifestyle.

The data collection was undertaken on three course groups with 10 participating children. Interviews were undertaken with three health care professionals and five parents, and observation of conversations between health care professionals and families was carried out.

According to the study, the course "Change track – Stay on track" involves a subtle and invisible power, which is exercised via control and guidance of the families' behaviour. However, as the power is considered to be of assistance to the families, and since it takes its starting point in a wish to help, the exercise of power appears legitimate. Nor do the families experience the exercise of power negatively; conversely, they seek out the expert's knowledge and control. Consequently, the study concludes that the health professional does not necessarily always need to distance himself/herself from taking control, taking on the expert role and exercising control in the work of health promotion, which the motivational conversation otherwise prepares the ground for.

Key Words: Power, the motivating conversation, health promotion.


#### Litteratur

1. Miller WR, Rollnick S. *Motivationsamtalen*. København: Hans Reitzels Forlag; 2004.
2. Maabeck CE. *Introduktion til den motiverende samtale*. København. Munksgaard. Danmark; 2005.
3. Rubak S et al. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice* 2005;55:305-12.
4. Kvale S. *Interview – En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag; 2007.
5. Foucault M. *The Subject and Power – Afterword*. I: Dreyfus HL & Rabinow P. *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics*. Chicago: Harvester Wheatsheaf; 1982.
6. Rose N. *Powers of freedom – reframing political thought*. Cambridge University Press; 1999; pp. 61-97.
7. Bourdieu P. *Symbolsk magt – artikler i udvalg*. Oversat til norsk af Annick Prieur. Oslo; Pax Forlag; 1996.

## Forskning af høj kvalitet - uanset metode



Kåre Birger Hagen,  
Robert Herbert, Gro Jamtvedt  
og Judy Mead  
**Evidensbaseret praksis**  
Munksgaard Danmark 2008  
312 sider – 358 kr.  
ISBN 987-87-628-0834-8

 Dette er en interessant bog for alle, der vil beskæftige sig med begrebet evidensbaseret praksis. Indledningsvis gør forfatterne op med myten om, at det kun er klinisk kontrollerede undersøgelser, der dur, når man taler om evidens. Ved lancering af begrebet "Evidence-Based Medicine" i 1992 blev det understreget, at klinisk praksis bygger på forskning af høj kvalitet uanset metoden, der er anvendt. Det var helt forfriskende at læse denne indledning! Den patient, der erfarer, at en intervention virker, har ikke brug for en klinisk kontrolleret undersøgelse, han ved det jo. Og det er en væsentlig pointe, når man diskuterer og analyserer evidens. Hvilket perspektiv ses begrebet fra, og benytter man i grunden klinisk kontrollerede undersøgelser til at udelukke skadevirkning mere end til at finde virkning af en intervention? Omdrejningspunktet er hele tiden: "Hvordan får patienterne den bedst mulige undersøgelse og behandling?"

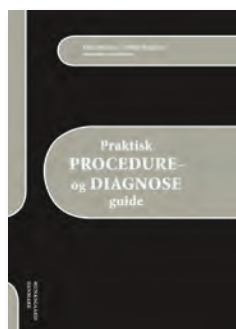
Bogen er systematisk og logisk opbygget og følger trinnene i forhold til udvikling af evidensbaseret praksis. Hvert trin har sit eget kapitel, med referencer samlet efter kapitlet. Sidst i bogen er der et kort stikordsregister. Men indholdsfortegnelsen i indledningen giver et godt overblik over, hvad de enkelte ka-

pitler indeholder. Sproget er let, og der er fodnoter, hvor yderligere forklaringer er nødvendige. Målgruppens niveau er ikke klart angivet, men jeg vil mene, at bogen henvender sig til uddannet personale, der skal arbejde med evidens. Det betyder også, at den er velegnet til studerende på master- og kandidatniveau i sygepleje.


Forfatterteamet bag bogen er internationalt, og der er også tale om en dansk oversættelse fra engelsk, "Practical Evidence-Based Physiotherapy". Målgruppen er her fysio- og ergoterapeuter, men alle inden for sundhedsvæsenet kan have glæde af indholdet. Det er altid svært at oversætte en bog fra et andet sprog, for hvor meget skal man ændre på originalteksten? I dette tilfælde er det gået godt, blot ikke i afsnittet om "Kliniske retningslinjer som kilde til evidensbaseret praksis". Her ved man faktisk ikke, om forfatterne beskriver kliniske retningslinjer, som de forstås i Danmark, eller om der er tale om patientforløb.

*Af Preben Ulrich Pedersen, lektor, ph.d.,  
ansat på Center for Kliniske Retningslinjer,  
Afdeling for Sygeplejevidenskab,  
Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.*

## I en snæver og hurtig vending



Finn Johannsen,  
Mikkel Bøgeskov og  
Amandus Gustafsson  
**Praktisk procedure- og  
diagnoseguide**  
Forlaget Munksgaard Danmark  
2008  
346 sider – 348 kr.  
ISBN 978-87-628-0649-8

 En opslagsbog, hvor "siderne kan læses helt uafhængigt af hinanden, så du kun behøver at læse om de ting, du ikke er sikker i," siger forfatterne i deres forord. Bogen er i det hele taget meget pædagogisk: "Vær aldrig flov over at spørge." Den sætning skal man lige synke! Men man skal videre: En god og overskuelig indholdsfortegnelse, hvor jeg straks krydser af ved veneblodprøve, otoskopi, øreskylning, ekg, suturering samt hele bogens del III med overskriften "De akutte patientproblemer".

I almen praksis skal sygeplejersker lære endnu mere, end vi tror, så disse emner er yderst relevante.

Der er en del ikkerekvante oplysninger i bogen f.eks. om optagelse af journal, og hvordan diktafonen virker. Her, som i andre dele af bogen, er vi inde i sygehus-regi, og det kan vi springe over, hvis vi er sygeplejersker og arbejder i almen praksis.

Et emne, som indebærer et skrækscenarie for mig: En patient ringer, har det lidt udefinérbart skidt, mener godt, hun kan komme op i konsultationen. Da hun ankommer, er huden grålig, lægen er lige smuttet på sygebesøg, jeg måler blodtryk og hæmoglobin, blodsukker, og tager et ekg. Patienten bliver ikke mindre grå. Hun er fra landet, ikke sådan at kue, nej tak til indlæggelse, "lad os nu lige vente til doktormanden kommer."

Ekg'et ser måske lidt, måske meget mærkeligt ud. Skal jeg kalde 112? Kan jeg se noget ud fra ekg'et?

Kan denne bog hjælpe mig i en snæver og hurtig vending?

En ordentlig, opdateret baggrundsviden om hjerte-kar-sygdomme er absolut en forudsætning. Dette til trods vil man ofte i situationen føle sig usikker. Jeg vil tro, at jeg ud fra den meget pædagogiske opstilling kan beslutte, om patientens ekg kræver eller ikke kræver en kørsel et. Forfatteren har tænkt sig om, har forestillet sig min panik, så jeg ved, at jeg med spørgsmålene kommer tilstrækkelig langt til at kunne rådgive min landmandskone med autoritet og god faglig ballast.


Andre skrækscenarier er patienten med brandsår, eller barnet, som har spist eller drukket noget måske giftigt, og en hurtig reaktion er påkrævet. Kapitlet med overskriften "Skadestuearbejdet" vejleder igen pædagogisk og beroligende, "hvilke spørgsmål skal stilles?" og "hvilken procedure skal foretages?" Endelig er emnet "Genoplivning" placeret meget synligt på bogomslagets inderside.

Ville jeg som sygeplejerske købe bogen, som er beregnet til den medicinstuderende eller nyuddannede læge? Jeg bladrer igen i bogen, falder over overskriften "Den forvirrede/delirøse patient", et yderst spændende kapitel om suturering, over tre sider med relevante links og tre sider med forkortelser.

Svaret kommer nok an på, om der ligger andre lignende bøger, som er endnu mere relevante for almen praksis og for sygeplejersker lige ved siden af.

*Af Michala Eich, konsultationssygeplejerske  
og konsulent i Lægeforeningen.*

## Venlighed og omsorg har ingen konkurrence

 Arnhild Lauveng fortsætter. Fortællingen om hendes liv løber videre med nye analyser af, hvad der er bedst for psykiatriske patienter. For de ikkeindviede er Arnhild norsk forfatter, tidligere diagnosticeret kronisk skizofren og nu psykolog i distriktspsykiatrien. Hendes første bog, om hvordan hun oplevede tiden som patient på de psykiatriske afdelinger, udkom på dansk sidste år.

Men Arnhild har stadig noget, hun vil af med. Denne bog er strammet op. Den er endnu mere hudløs i bearbejdningen af konkrete oplevelser af behandling og pleje. Gennem bogen tager Arnhild fat i de små detaljer, der har betydning. Detaljen er det, der ikke bliver sagt. Det er den pludselige imødekommenhed, forståelsen eller overraskelsen. Den konkrete hverdagsbegivenhed, der sætter spor. Men det er også overgrebene, den oplevede vold, den manglende forståelse og værst af alt – ydmygelsen.

Hvert kapitel i bogen indledes med et digt, forfatteren selv har skrevet. Der følger en oplevelse fra hendes tid som kronisk skizofren og en analyse af, hvad denne oplevelse gjorde ved hende. Det gøres forbilledligt godt, da forfatteren bibringer læseren teoretisk viden om sin egen sygdom. Arnhild har fra sin første bog fastholdt den lette tone, den skarpe kritik af systemet og de overraskende pointer med selvironi og humor. Godt for det.

For Arnhild er det ikke et spørgsmål om, hvor meget personale der er til at passe de syge, men om hvordan det gøres. Faktisk er det svært for Arnhild at forstå, at man kan sige til en patient, at hun skal have tillid til personalet, når den samme patient flere gange bliver fejltolket, misforstået eller tvangsmediceret.

Det er jo rigtigt. Det er psykiatriens dilemma, at man som personale både skal vise respekt og tillid og kunne udøve tvang på samme tid. Hvis vi skal være ærlige, skaber den faktisk oplevede tvang for mange patienter mistillid, og den er uværdig. De gode intentioner, som alligevel får uønskede følger.

På den anden side beskrives Arnhilds respekt for personalet i de situationer, hvor hun har oplevet ægte interesse. F.eks. når den sygeplejestuderende låner hende en bog om psykologi, uden at dette gøres til genstand for tolkning, analyse og forhør. Modsat beskriver Arnhild volden og mistilliden eminent, hun beretter om de gange, hun bliver truet med negative konsekvenser eller ”kommer du ikke frivilligt, bærer vi dig.” Hendes pointe er her, at det i bedste fald preller af på de psykiatriske patienter, der døgnet rundt slås med deres eget indre kaos. Det, der helt sikkert tæller, er venlighed og omsorg, da det absolut ingen konkurrence har i forhold til det, der foregår i patientens indre.

Etikken er væsentlig. For selvfølgelig er psykiatriske patienter mennesker, som skal behandles med respekt. Arnhild viser vejen med sin fortælling. Der er nok at tage fat på.

I anmeldelsen af den første bog bad jeg om, at Arnhild beskrev, hvad der konkret gjorde hende rask og fik hende ud af det dynd, hun var i. Det har vi stadig til gode.

*Af Jørgen Bendtsen, psykiatrisk sygeplejerske, MI.*

*Arnhild Lauvengs første bog, ”I morgen var jeg altid en løve”, blev anmeldt i Sygeplejersken nr. 24/08.*



Arnhild Lauveng  
**Unyttig som en rose**  
Akademisk Forlag 2009  
136 sider – 199 kr.  
ISBN 978-87-500-4102-3



## Gerontologi

Steen Glæselm og Bentte Appel Ebbesen (red.)  
Livet som ældre  
i det moderne samfund

## Gerontologi


– Livet som ældre  
i det moderne  
samfund

Bogen sætter fokus på ældre mennesker i vores samfund. Ønsket er at åbne læsernes øjne for, hvordan tænkning og forståelse af ældre i vores samfund også har betydning for måden, vi som sundhedsprofessionelle møder ældre mennesker på.

Nyt Nordisk Forlag  
Arnold Busck og Dansk  
Sygeplejeråd udgiver  
bogen, og den kan  
købes for 399 kr. – se  
Dansk Sygeplejeråds  
hjemmeside: [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)  
under udgivelser/  
lærebøger.



## Livet er ikke retfærdigt

 Min teenagesøn fortalte, at han ovenpå en heftig diskussion i skolen havde sagt til en kammerat: "Livet er ikke retfærdigt." Han var forundret over effekten af denne konstatering. Der blev skabt ro. Ét af livets paradokser, som Ståle Fredriksen er optaget af. I en tankevækkende bog konfronterer han lægevidenskaben.

Vi lever i risikosamfundet. Det fylder os med en overbevisning om, at livet er retfærdigt og kan kontrolleres. Helbredet må beskyttes, bevares og kontrolleres og skal helst også bedres hele tiden. Det giver næring til en forestilling om, at retfærdigheden sker fyldst, når blot vi spiser grønt, ikke ryger, motionerer, undgår overvægt og alkohol. Tankegangen er solidt forankret både i politik og sundhedstænkning. Det er vores egne valg og handlinger, som afgør, om vi bliver syge. Vi oversvømmes af risikoen for alt muligt. Før du ved af det, har du spist noget, som kan give dig kræft, eller indåndet noget, som er endnu farligere, og du motionerer ikke tilstrækkeligt. Skyldfølelsen kender ikke til mådehold, vi anstrenger os, udmattes, bliver stressede og ensomme, for kontrol er en stor investering.

Men vores helbred afhænger ikke kun af, hvordan vi spiser og lever. Uheld er faktisk den vigtigste årsag til næsten al sygdom og rummer en større kraft og dybde, end man umiddelbart skulle tro.

Ståle Fredriksen er norsk læge, han blev i 2005 doktor på en disputats om uheld. Han er ikke kommet omkostningsfrit ud med budskabet. Nogle kollegaer har, i overbevisning om at anerkendelse af uheldets betydning vil føre til alment forfald, foreslået ham ekskluderet fra lægegerningen.

Uheld er et lille ord, der sætter gang i store følelser, det rykker ved livets store spørgsmål: Ansvar, skyld,

retfærdighed, kontrol, mening, kærlighed, sygdom og død. Held og uheld står i modsætning til kontrol. Uheld har ikke noget med magi at gøre. Hvad er det så for et fænomen? Forfatteren opdeler uheld i tre typer. Konstitutionsuheld (f.eks. gener, immunsystem, opvækst) samt situations- og uvidenhedsuheld. Bogen vrimler med relevante eksempler på de tre typer uheld. Specielt tydeligt fremstår mavesårsbehandlingen, hvor patienter i årevis blev holdt ansvarlige for at leve et stresset liv, som førte til mavesår, indtil et par vakse læger kunne fastslå, at det skyldes situationsuheld, en infektion, som ikke kræver livsstilsændring, men antibiotika. Aktuelt forskes der i, om hjertesygdomme og sukkersyge også skyldes infektion og dermed kan flyttes fra livsstilssygdom til situationsuheld. Det vil lette patienterne for skyld. Vil det så føre alment forfald med sig? Tilsyneladende tværtimod. Forståelse af held og uheld giver paradoksalt nok bedre kontrol over vores liv. Desuden er uheld også en skabende kraft, som fører os sammen og styrker fællesskabet.

Uheld, et lille ord som forløser og udløser ansvar og kærlighed.

Forfatteren håber, at vi begynder at tale åbent om held og uheld for at stimulere vores sympatiske sider og holde kynismen i skak.


Min nabo, som siden jul har døjet med både en smertefuld diskusprolaps og overvældende mange gode råd, ofte modstridende, må læse bogen. Hun vil antagelig blive lettet.

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



Ståle Fredriksen  
**Uheld og helbred**  
Dansk Psykologisk Forlag 2009  
209 sider – 228 kr.  
ISBN 978-87-7706-532-3

## Et billede af vilkårene

 Endnu en brik lægges med Blide von Hedemanns fortælling til det store puslespil, der hedder sygeplejerskeuddannelsens historie.

På 94 sider fortæller hun om tiden som elev i Københavns Kommune med udgangspunkt i "De gamle By" og praktik på henholdsvis Kommunehospitalet og Sct. Hans Hospital.

Hun kommer nærmest lidt tilfældigt ind i uddannelsen, men trods sine næsten 90 år er fortællerens erindringer på en række områder bemærkelsesværdigt detaljerede, og det hele serveres i en munter tone.

Der vil stadig være mange ældre sygeplejersker, der kan nikke genkendende til det regime, der her-

skede i sygehusvæsenet i 1940'erne og godt op i 50'erne.

Det er tydeligt, at forfatteren har været glad for sin uddannelse, desværre rummer bogen ikke en oversigt eller andre oplysninger om, hvordan uddannelsen senere blev brugt, men den giver et billede af vilkårene og ikke mindst fødevaresituationen på den tid.

Bogen er let læst, og den giver sig ikke ud for mere, end den er, nemlig en fortælling om en tid, hvor vilkårene i Danmark ikke var lette, men hvor de unge alligevel fik noget ud af de muligheder, der var.

*Af Kirsten Stallknecht, sygeplejerske.*



Blide von Hedemann  
**Sygeplejeelev under besættelsen**  
Forlag1.dk 2009  
94 sider – 120 kr.  
Bogen kan købes hos forfatteren på telefon 4826 6052  
ISBN 978-87-7056-56-6

## Glem alt om X-faktor og læs



Troels Staehelin Jensen,  
Jørgen B. Dahl og  
Lars Arendt-Nielsen (red.)


**Smarter  
– baggrund, evidens og  
behandling**

2. udgave

Fadl's Forlag 2009

393 sider – 435 kr.

ISBN 978-87-7749-481-9

 Bogen ligner en mursten, både pga. den brun-orange farve og pga. form og tykkelse, en rigtig moppedreng. Orker man at gå i gang med den en fredag aften? Jeg bladrer lidt i bogen, og jeg betages fuldstændigt af bogens indhold, mægt til velskrevet sag skal man lede længe efter. Bogen er så spændende, at jeg må lade valget mellem at skulle se X-faktor eller Den store Klassefest i tv fare, jeg MÅ i stedet læse denne bog om smerter.

Bogen om smerter udkom første gang i 2003 som lærebog for de medicinstuderende. Nu er den revideret, og et par nye kapitler tilføjet. Bogen er ikke blot en lærebog, men, som der står på forsiden, en opslagsbog og en vidensressource. Og der er megen viden at hente her. Man har fået nogle af landet dygtigste smerteeksperter til at skrive om hver deres speciale. Og de skriver fremragende, de ved noget, og de kan formidle deres viden på en forståelig måde. Og så er bogen forsynet med rigtig mange illustrationer, figurer, fotos og lærerige cases, som gør det hele overskueligt.

Smarter er beskrevet i et tværfagligt perspektiv, der samler erfaring og viden fra såvel klinik som forskning, så den henvender sig således bredt til sundhedsfaglige grupper. Dog må det konstateres, at ud af de 44 forfattere til bogen er der, ud over 37 personer med lægefaglig baggrund, kun to psykologer, to fysioterapeuter og to sygeplejersker. Det afspejler måske ikke helt tværfagligheden, men lad det nu ligge. Afsnittet om sygepleje og smertebehandling er skrevet af Kirsten Halskov Madsen og Jette Skive-

ren. De giver en god begrundelse for og en fin gennemgang af sygeplejerskens praksis i omsorgen for mennesker med smerter. Afsnittet har kun én fejl, det er for kort.

Indholdsmæssigt favnes bredt. Der er stort set ikke et område inden for smertebeskrivelse, diagnostik og behandling, som ikke er berørt: Viscerale smerter, neuropatiske smerter, muskelsmerter, måling af smerter, farmakologi, operation, akupunktur osv., men der er også mere specifikke afsnit om børn og smerter, obstetriske smerter og tandsmerter. Der er i bogen især gjort meget ud af patienten med kroniske smerter, ligesom cancersmerter også har sit eget kapitel.

Det er typisk for bogens indhold, at man ikke nøjes med at opfatte smerter som fysiologisk betinget, forståelsen er biologisk, social og psykologisk. Det kommer til udtryk i stort set alle kapitler, og det kommer især til udtryk i to fremragende afsnit skrevet af psykologer: Psykologiske processers betydning for smerteoplevelsen og i kapitlet om psykologisk smertebehandling. Ved du f.eks., om en smerte vil aftage, ved at man bevidst øger sin opmærksomhed mod smerten, eller er det bedre med en distraktion af opmærksomhed bort fra smerten? Og kender du sammenhængen mellem angst, depression og smerter? Få svaret og mange andre svar ved at læse bogen. Den er også for sygeplejersker.

*Af Rita Nielsen, klinisk sygeplejespecialist, ansat på  
Diakonissestiftelsens Hospice, Frederiksberg.*

## Stof til adskillige timers eftertanke



Erik Bjerager


**Det ender godt**

– Johannes Møllehave  
om døden

Kristeligt Dagblads Forlag 2009

246 sider – 249 kr.

ISBN 978-87-7467-032-2

 Johannes Møllehave lever med egne ord på overtid. Han har gennem årene selv haft døden tæt inde på livet og har også som præst oplevet mennesker i dødens og sorgens favntag. Gennem samtaler med Kristeligt Dagblads chefredaktør, Erik Bjerager, har Johannes Møllehave reflekteret over menneskelivets sidste livsfase. Det er blevet til denne meget opløftende samtalebog.

”Du skal tage det hele med, ellers gør du livet til et glansbillede,” siger Johannes Møllehave. I bogen fortæller han med hudløs ærlighed om smerten og lidelsen i sit eget liv som kontrasterfaring til meningen og håbet.

Bogens titel: ”Det ender godt” stammer fra Johannes Møllehaves mormor. Hun var af sind optimist, men hendes udtalelse knyttet også til det kristne håb og det evige liv. Den kristne tro har Johannes Møllehave i en menneskealder formidlet som præst, forfatter og foredragsholder. Kristendommen er da også omdrejningspunktet i denne bog, hvor vi får mulighed for at tro med.

Erik Bjerager har tematiseret samtalerne og suverænt formået at fremstille det, der er så særegent ved Møllehave: Den entusiastiske, medrivende, humoristiske fortællestil med brug af sproglige finurligheder koblet med et uendeligt forråd af citater og fortolkninger af litterære værker.

Bogen er hurtigt læst, men giver stof til adskillige timers eftertanke, og er ikke en bog, man umiddelbart bliver færdig med. Johannes Møllehave formår om nogen at berøre vores følelser og hjerter og ikke kun tale til forstanden.

”Det ender godt” rummer betragtninger, som kan bibringe håb og styrke til såvel den, der skal dø, som til den, der skal leve videre. En nødvendig og inspirerende bog. Johannes Møllehave udtrykker i bogen taknemmelighed over, at ”nogen giver os noget, uden at vi er knyttet til dem.”

Den samme taknemmelighed er jeg fyldt med.

*Af Susanne Ardahl, sygeplejelærer, ansat på  
Social- og Sundhedsuddannelses Centret i Brøndby.*



## Vi må hele tiden forny vores viden på området

De fleste patienter har det. Alle sygeplejersker skal have viden om det. Og sammen med lægen må vi handle på det. Det drejer sig om smerter. Og netop i disse år foregår der rigtig meget på smerteområdet. Der forskes og beskrives, der eksperimenteres og afprøves. Og vi må som sygeplejersker hele tiden forny vores viden på området.

I denne bog får vi en ny mulighed for at få opdateret vores viden om smerter ved cancer og kroniske ikke-maligne tilstande. Det er en håndbog, der anviser en operationel tilgang til diagnostik og behandling af forskellige kroniske smerter. Bogen kom første gang i 1988, og den nuværende er 5.-udgaven, som er opdateret svarende til udviklingen på det kliniske smerteområde. Bogen er blevet til i et samarbejde med de tværfaglige smertecentre på Rigshospitalet, Herlev og Bispebjerg Hospital.

Vel er bogen først og fremmest skrevet til lægerne som en praktisk klinisk vejledning, men bogen er i høj grad også relevant for sygeplejersker, ikke mindst den første halvdel af bogen, hvor man, ud over en indføring i definitioner, smertemekanismer og typer, får en gennemgang af både cancersmerter og kroniske smerter. Der er endvidere afsnit, som omhandler de psykologiske, sociale og de mere eksistentielle og religiøse aspekter i smerteopfattelsen og behandlingen. Tænk, at man i en bog for læger nu tør medtage helhedssynet på patientens smerter. Den totale smerte har vi talt om i mange år, og den er beskrevet i bøger for sygeplejersker, men har det ikke knebet lidt med denne forståelse hos lægerne?

Hospitalspræst Christian Busch, Rigshospitalet,

skriver i bogen på en enkel og alligevel dybdegående måde om sorgproces, angst og de mere religiøse behov som aspekter ved smerter. I afsnittet om de sociale aspekter gennemgår socialrådgiver Mette Jørgensen fra Rigshospitalet i kort og overskuelig form de forskellige sociale hjælpeforanstaltninger. Du kan f.eks. gå ind og se, hvem du skal henvende dig til, hvis der skal søges gældssanering, eller hvor mange penge man kan få i medicintilskud. Problemet kan være, at når oplysningerne er så konkrete, vil bogen hurtigt forældes, da love og paragraffer ændres.

Den anden halvdel af bogen er en farmakologisk del, hvor de forskellige grupper af medicin gennemgås. Meget af det kan læses i lægemiddelkataloget, eller man kan slå op på medicin.dk, men her får man gode oversigter, og endvidere er der hjælp at hente til f.eks. opioid-rotation, som vel er lægens ansvar, men som vi må kende principperne for.

Sidst i bogen findes en ikke-farmakologisk del, som kun fylder tre sider, bl.a. er akupunktur kun omtalt med få linjer. Her mangler en del om den alternative behandling, men måske kan det komme med i næste udgave. Og ville det ikke også være naturligt at have et afsnit om sygepleje og smertebehandling? Nu ikke flere forslag herfra, den lille og yderst handy bog skal jo fortsat kunne være i lægens lomme. Vi andre kan have den stående som opslagsbog på hylden i vagtstuen.

Af Rita Nielsen, klinisk sygeplejespecialist, ansat på Diakonissestiftelsens Hospice, Frederiksberg.



Niels-Henrik Jensen og Per Sjøgren

**Praktisk klinisk smertebehandling**

5. udgave

Munksgaard Danmark 2009

256 sider – 258 kr.

ISBN 978-87-628-0783-9

## En ualmindelig kvindes kamp med angsten

Forfatteren fortæller sin historie om livet med en altid nærværende angst. I barndommen tog angsten glæden af alt det gode, og forfatteren brugte ritualer for at holde angsten i skak. Perioden med uddannelse til sygeplejerske og det at blive mor til tre børn bragte glæde i forfatterens liv, og hun havde en kort pause fra den altfortærende angst. At være sygeplejerske på en afdeling og yde omsorg til patienterne fungerede også godt. Forfatteren fik dog problemer igen, da hun fik ansvaret på en travl afdeling, hvor opgaverne var mange og uoverskuelige, det væltede hende psykisk, og hun blev sygemeldt.

Da forfatteren ikke får det bedre som sygemeldt, kommer en lang periode, hvor hun går i psykoterapi og bliver arbejdsprøvet. Til slut får hun tilkendt fleksjob, og hun finder et arbejde på et gartneri, hvor hun arbejder tre timer dagligt, det kan hun overskue, og hun får igen overskud til sit privatliv.

Historien bliver fortalt enkelt og kort, i nogle afsnit beskriver forfatteren sig selv udefra ved at kalde sig for pigen og hun. Det virker fint og gør historien lidt eventyragtigt. Forfatterens kamp med at få et liv og sorgen over ikke længere at kunne være sygeplejerske bliver beskrevet godt, det er tydeligt, at det kræver mod og udholdenhed at blive herre i eget hus og ikke længere have angsten som herre. En modig, lille bog om en ualmindelig kvindes kamp med angsten. Bogen kan være til gavn for andre med samme lidelse, som har brug for et håb. Samtidig giver bogen stof til eftertanke om, hvorvidt sygeplejerskens arbejdsmiljø er sundt for sjælen, eller om vi i vores iver for at være perfekte accepterer helt urimelige arbejdsvilkår.

Af Berit Fekkes, psykoterapeut, MPF og sygeplejerske.



Hanne Gaardbo

**En helt almindelig historie**  
– når angsten tager magten

Unitas Forlag 2009

95 sider – 159 kr.

ISBN 978-87-7517-814-8

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



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

## Hjemmesygeplejersker passer gamle og drypper øjne!

Onsdag spiser hjemmesygeplejersken frokost sammen med sine kolleger, og madpakkerne er sunde og varierede. Der er suppe, grovboller, salat og frugt på tallerknerne. Det lægger jeg mærke til, da jeg følger en erfaren hjemmesygeplejerske på besøg hos borgerne, som jeg skal vænne mig til at kalde dem.

De yngste hjemmesygeplejersker er omkring 40 år, og en af dem kommer direkte fra en hospitalsafdeling. Hun er godt træt af fordommene om hjemmeplejen: "Skal du ud i hjemmeplejen? Det er dér, man går i stå, de udbrændte sygeplejersker er i hjemmeplejen, hjemmesygeplejersker laver ikke andet end at passe gamle og dryppe øjne," lød kommentarerne til hendes jobskifte.

Det er nu ikke lige det indtryk, jeg får i den brogede flok, jeg møder, men faktisk er hjemmesygeplejerskerne generelt en ret usynlig ingrediens i den store cocktail af sygeplejersker, der hver dag er på arbejde i Danmark.

"Kommunerne har ca. 10.000 hjemmesygeplejersker ansat, og de har 18 millioner kontakter om året, og vi ved næsten ingenting om, hvad de går og laver," lyder det i rapporten "Hjemmesygeplejen i Danmark" (1).

Jeg tog med på besøg i seks hjem den dag, og det slog mig, hvor stor tillid borgerne har til hjemmesygeplejerskerne og til mig som gæst. Forbindingsskift på hoften: Borgeren trækker bukserne ned stående ved køkkenbordet, vupt er forbindningen skiftet og den snavsede lagt i en plastikpose, som hjemmavant bliver smidt i skraldespanden på vej ud ad døren. Ingen blufærdighed, ingen indledende sludder for en sladder. Videre til borgeren, som vil have sin knogleskørhed og sit martyrium i fred, på trods af hjemmesygeplejerskens forsøg på at indgyde liv og håb. Så følger borgeren, som får B12 vitamin-indsprøjtninger. Det er uklart, om det er for selskabs skyld, eller fordi det er bydende nødvendigt.

**"Jeg tog med på besøg i seks hjem den dag, og det slog mig, hvor stor tillid borgerne har til hjemmesygeplejerskerne og til mig som gæst."**

Adgangen til borgernes hjem, deres pårørende, dyr, blomster og nips er, sammen med den tilstand eller lidelse, hjemmesygeplejersken skal gøre noget ved, både tankevækkende og inspirerende. Jeg får indtryk af, at hjemmesygeplejen befinder sig i en brydningstid.

I de senere år er der sket en aprofessionalisering af hjemmeplejen karakteriseret ved færre hjemmesygeplejersker og flere personalemedlemmer med kortere uddannelser. Indlæggelsestiden på sygehusene er i samme periode forkortet radikalt, og det har medført flere og mere komplekse opgaver til hjemmeplejen, lyder det i "Hjemmesygeplejen i Danmark."

Hvilke opgaver der er tale om, kan læseren orientere sig om i den nyeste rapport "Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling" fra 2009 (2). Her er 21 erfarne hjemmesygeplejersker interviewet om, hvilke typer opgaver de oplever som nye eller ændrede gennem de seneste 10 år. Interviewene viser, at der er tale om tre væsentligt ændrede hovedområder: Konkrete kliniske opgaver, koordinerende opgaver, information/ vejledning og psykosocial støtte til f.eks. borgere med hjertesygdom eller kræft.

Samtidig skal kommunerne efter kommunalreformen i 2007 tage sig af forebyggelse og sundhedsfremme. En ordentlig mundfuld.

Som en følge må det være på tide at sætte midler af, så hjemmesygeplejersker kan blive MPH (master i public health), tage en masteruddannelse i rehabilitering, i klinisk sygepleje, eller hvad der nu ligger lige for. Ambitionerne på området fejler ikke noget, men det gør kvalifikationerne, og det må politikerne gøre noget ved. Hjemmesygeplejersker laver og skal lave meget andet end at passe gamle og dryppe øjne.

Rapporterne (1,2). kan læses/downloades på [www.dsi.dk](http://www.dsi.dk) > publikationer

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