

Pårørende til patienter med indvandrerbaggrund fylder meget i sygeplejerskers hverdag • 20

Topledere i sygeplejen skal motionere meget mere • 27

DSR-kongressens udfordring: Slagkraft eller nærhed • 30

Negative fordomme resulterer i generaliseringer og fastlåste holdninger • 50

# SYGE PLEJERSKEN 3

Undersøgelse

## Kommunerne forskelsbehandler sårpatienter

• 10 - 18

# LÆREBØGER FRA NYT NORDISK FORLAG



Dansk Sygeplejeråd  
og Nyt Nordisk Forlag  
udgiver sammen mere  
end 40 bøger  
til brug i undervisning  
på sygeplejerske-  
uddannelsen.

Jens Bydam og Janet Mary Hansen (red.)

## SYGEPLEJENS FUNDAMENT 1-2

Stort værk i to bind om sygeplejen og de teorier og metoder, som sygeplejen tager sit udsping i. Kan anvendes gennem hele sygeplejestudiet som grundbog i sygeplejefaget og er også velegnet som opslagsværk på afdelingerne. 808 sider, ill., indb., i alt kr. 979,- (pr. bind kr. 549,-)



Court Pedersen, Tove Birkebæk Thomsen m.fl.

## MEDICINSKE SYGDOMME Sygdomslære og sygepleje

Gennemrevideret udgave af "Medicinske sygdomme" fra 1998, som nu er blevet udvidet med medicinsk sygepleje. Det afspejles i forfatterteamet, som består af 4 læger og 17 sygeplejersker. 517 sider, ill., indb., kr. 599,-



Jens Krogh Christoffersen og Bente Scharff-Smith (red.)

## KIRURGI Sygdomslære og sygepleje

Indledes med almene afsnit om bl.a. ernæring, basal kirurgisk sygepleje, forberedelse til anæstesi m.m. Herefter gennemgås de kirurgiske specialer inden for bløddelskirurgien med beskrivelse af hhv. sygdomslære og sygepleje. 458 sider, ill., indb., kr. 569,-



Birthe Høj (red.)

## BEHANDLING OG PLEJE AF PATIENTER MED KRÆFTSYGDOMME

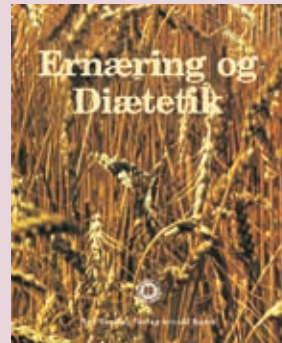
Markedets mest komplette værk til sygeplejersker og sygeplejestuderende om kræft. Beskriver biologiske, medicinske, sygeplejefaglige, psykologiske, sociale og etiske aspekter af kræftsygdommene, og sætter tværfagligheden i centrum, når behandlingen og plejen af kræftpatienter skal tilrettelægges. 428 sider, ill., indb., kr. 449,-



Christian Juul Busch, Tim Jensen og Marie Oved

## RELIGION, EKSISTENS OG SYGEPLEJE

Forklarer hvorfor den åndelige og eksistentielle del af livet skal medtænkes i sygeplejen, og giver redskaber til at tale med patienten om svære emner som død, mening, lidelse og skyld. Bogens sidste del handler om de store religioner og religionernes indflydelse på bl.a. kropspfattelse og synet på sundhed og sygdom. 288 sider, ill., indb., kr. 399,-



Lars Ovesen, Lene Allingstrup og Ingrid Poulsen

## ERNÆRING OG DIÆTETIK

Klassiker om ernæring og diætetik og om sygepleje i forbindelse med ernæring. En god grundbog til sygeplejestudiet og et redskab til løsning af ernæringsmæssige problemer hos patienter. 210 sider, ill., indb., kr. 265,-



Frank Theodorsen og Lone Mørch

## ØJENSYGDOMME Sygdomslære og sygepleje

Ny bog om de mest almindelige øjensygdomme, deres årsager, symptomer og behandling, og om den specielle øjensygepleje, som knytter sig til de enkelte sygdomme og indgreb. 152 sider, ill., indb., kr. 349,-

KLIK IND PÅ  
[WWW.NYTNORDISKFORLAG.DK](http://WWW.NYTNORDISKFORLAG.DK)  
OG SE FLERE TITLER ELLER  
DOWNLOAD VORES KATALOGER  
I PDF-FORMAT

Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, Landemærket 11<sup>5</sup>, 1119 København K  
Telefon 33 73 35 75, telefax 33 14 01 15  
[www.nytnordiskforlag.dk](http://www.nytnordiskforlag.dk), [nnf@nytnordiskforlag.dk](mailto:nnf@nytnordiskforlag.dk)





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



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



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



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



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



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



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



**Journalist**  
Grethe Kjærgaard (DJ)  
gk@dsr.dk  
Tlf.: 4695 4181



**Webjournalist**  
Lars Flindt Pedersen (DJ)  
lfp@dsr.dk  
Tlf.: 4695 4192



### brugerbetaling

- 10 Sårpatienter betaler i hver tredje kommune
- 13 Jeg har jo betalt skat i forvejen
- 14 Sygehuse og kommuner er nødt til at tale sammen
- 16 En bombe under sårplejen
- 18 Det må være ens for alle

### kultursammenstød

- 20 Hele familien medindlagt
- 22 Forstår ikke forsøg
- 23 Vigtigt med klare grænser
- 24 De tager traditionen med på hospitalet
- 25 Duftende lammegyryde

### fysisk inaktivitet

- 27 Topledere i sygeplejen skal op af stolen
- 28 Hvert skridt tæller

### fremtidens DSR

- 30 Slagkraft eller nærhed
- 32 Sygeplejerskernes egne politikere
- 33 Det gør de andre
- 34 Lønnen er viden og indflydelse

### arbejdsretten

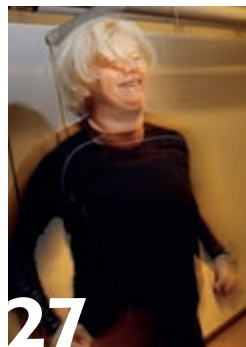
- 36 Principiel dom giver Falck lyst til mere privatisering

### fag

- 50 Kultur og fordomme gør blind
- 54 Der er telefon
- 56 Sygeplejerske i bushen
- 58 Ikke perfekt, men god nok



10



27



54

### i hvert nummer

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| 4 Aktuelt                   | 49 Faglig information       |
| 38 Dansk Sygeplejeråd mener | 59 Dilemma                  |
| 38 Debat                    | 60 Anmeldelser              |
| 44 Synspunkt                | 64 Fem faglige minutter     |
| 45 In memoriam              | 65 Stillingsannoncer        |
| 46 Navne                    | 76 Kurser/Møder/Meddelelser |
| 48 Resumeer                 |                             |

Forsidefoto: Nicolai Howalt

Tidsskrift for Sygeplejersker · Nr. 3 · 10. februar 2006 · 106. Årgang · Udgivet af Dansk Sygeplejeråd · Sygeplejerskens redaktion  
Sankt Annæ Plads 30 · Postboks 1084 · 1008 København K · Telefon 33 15 15 55 · Fax 33 93 47 82 · E-mail redaktionen@dsr.dk  
Internetadresse www.sygeplejersken.dk · Redaktionen forebeholder sig ret til elektronisk lagring og udgivelse af de faglige artikler i tidsskriftet  
Ikke-medlemmer kan tegne abonnement ved henvendelse til Dansk Sygeplejeråd · Årsabonnement 1025,00 kr. + moms. Pris pr. stk. 20,00 kr. + moms.  
Løssalg sker ved henvendelse til hovedkontoret · Stillingsannoncer sendes til Dansk Mediaforsyning · Klamsagervej 27, 1. · 8230 Åbyhøj · Telefon  
70 20 40 88 · Fax 70 22 40 77 · e-mail: dsrjob@dmfnet.dk · Forretningsannoncer sendes til Dansk Mediaforsyning · Klamsagervej 27, 1. · 8230  
Åbyhøj · Telefon 70 20 40 88 · Fax 70 22 40 77 · e-mail: dsrtekst@dmfnet.dk · Layout Tone Thoresen og Sanne Rigrtrup Møller · Tryk Graphx · Herlev  
Distribueret oplag 1. juli 2004 – 30. juni 2005: 75.763 · ISSN 0106-8350 · Medlem af Dansk Fagpresse

# Svært for nyuddannede sygeplejersker at få fast arbejde

Af Lars Flindt Pedersen, journalist

**Surt.** Det er svært for de nyuddannede sygeplejersker at bide sig fast på arbejdsmarkedet. Enten går de ledige i lang tid, eller de går fra vikariat til vikariat, viser undersøgelse, som DSA har lavet. Det er et problem, der skal løses, siger formand for DSA, Grete Christensen.

Sygeplejerskemangel eller ej – det er svært for nyuddannede at få fast arbejde. Det viser en undersøgelse, som Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse (DSA) har lavet. De har spurgt 573 nyuddannede sygeplejersker om deres jobsituation. Undersøgelsen er lavet på baggrund af, at 39 pct. af de nyuddannede sygeplejersker havde været ledige i 2004, og i 2005 var der 38 pct., der havde været berørt af ledighed. Tilsvarende tal fra 2000 til 2003 viser, at det kun var 20-25 pct., der var berørt af ledighed. Den tendens finder DSA bekymrende.

"Vi har i de seneste par år set,

at der er ledige nyuddannede i områder, hvor der også er mange ledige stillinger. Og det skyldes, at afdelingerne søger personale med høj teoretisk ballast og lang erfaring, og de kvalifikationer kan de nyuddannede af gode grunde ikke matche, siger Grete Christensen, formand for DSA.

Hun finder, at det er meget kortsigtet udelukkende at søge sygeplejersker med erfaring:

"Så får de nyuddannede aldrig praktisk erfaring, og så har vi om nogle år et stort problem."

Grete Christensen tror, det er et udtryk for, at arbejdspladserne er presset til det yderste og der-



ARKIVFOTO: MIKKEL ØSTERGAARD/BAM

Nyuddannede sygeplejersker har nemmere ved at få arbejde, hvis de søger allerede mens de færdiggør deres uddannelse.

for søger efter arbejdskraft, der kan det hele.

## Fra vikariat til vikariat

Mange nyuddannede har svært ved at få fast arbejde og går fra vikariat til vikariat. Undersøgelsen viser, at over halvdelen af dimitterede arbejder i vikariater. Det

anser DSA som et problem, fordi det gør det svært for de nyuddannede at opbygge et fast tilhørsforhold til arbejdsmarkedet, og fordi de får en dårligere oplæring. Flere steder i landet ansætter man ikke nyuddannede i faste stillinger.

"Det er ikke, fordi arbejdsplad-

## Fire bud på en vellykket integration

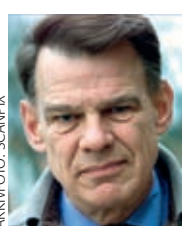
**Værdier.** Accept af gængse værdier i det danske samfund? At man behersker det danske sprog? Har fast arbejde og uddanner sig? Vellykket integration kan være så meget. Fire politikere giver hver deres bud på en vellykket integration:

Integrationsordfører Henrik Sass Larsen (S):

"Danskerne er meget forskellige. Men der er alligevel nogle fælles værdier, som samler os. Vi er generelt et kritisk og et antiautoritært folkefærd. Vi er som udgangspunkt meget individualistiske. Omvendt kerer vi os også meget om fællesskabet på den måde, at vi ikke vil acceptere, at der er stor social ulighed.

Det er fælles træk i den store tværsam af, hvordan danskerne tænker. Det er et sæt af værdier, man må tage til sig. Tilslutter indvandrerne sig disse værdier, så er de efter min mening velintegrerede."

Integrationsordfører Jesper Langballe (DF):



ARKIVFOTO: SCANPIX

"Også regeringen har i nogen grad defineret integration som noget, der udelukkende havde med arbejdsmarkedet at gøre. Det er selvfølgelig et vigtigt område, men det er en dårlig de-

inition. Man har forstået integration som noget socialt og i nogen grad økonomisk, hvor integration i virkeligheden er noget kulturelt.

Rationalistiske vesterlændinge år 2006

nægter meget ofte at tro, at kulturforskelle og især religiøse forskelle har nogen som helst betydning for integration. Sandheden er, at det betyder alt! På Christiansborg er det efterhånden ved at "sive ind."

At kende noget til danske sæder og skikke, såsom at hos os er kønnene fuldstændig ligeværdige, og at hos os kan man ikke bruge magt i trosspørgsmål. Det er fuldkommen selvfølgelig for enhver dansker, hvad enten den pågældende er udmeldt af folkekirken eller ej. Det er en selvfølgelig forudsætning. Men det er mørk tale for en muslim, medmindre han eller hun har lært det.

Det betyder ikke, at han eller hun skal omvendes eller opgive sin baggrund. Det betyder bare, at først i det øjeblik, indvandrere har en helt konkret viden om, hvordan vi tænker, først da kan man sige, at nu er de

serne ikke ønsker nyuddannede. Det er snarere et udtryk for, hvordan man styrer økonomien i sundhedsvæsenet, og at arbejdspladserne ikke udviser stor risikovillighed, vel vidende at der altid er nogen blandt personalet, der rejser, går på orlov osv. Men de økonomiske stramninger betyder, at de kun tør ansætte folk i vikariater. Der ville jeg ønske, at afdelingerne tænkte lidt længere frem i tiden," siger Grete Christensen.

### Søg job tidligt

Undersøgelsen fra DSA viser også, at det godt kan betale sig at begynde at søge job i slutningen af uddannelsen. Kun 25 pct. af dem, der startede jobsøgningen, mens de studerede, var ledige, hvor det tilsvarende tal var 88 pct. for dem, der først var begyndt, efter de var færdige med uddannelsen.

"Det er ikke kun arbejdsgiverne, der skal gøre noget. Undersøgelsen viser, at jo tidligere man søger job, desto større chance er der for at få et. Derfor vil vi bl.a. i samarbejde med uddannelsesstederne tilbyde kommende dimittender hjælp til at

søge job i afslutningen af uddannelsen," siger Grete Christensen.

DSA vil også forsøge at få CVU'erne til at reklamere mere for de færdiguddannede sygeplejerskers færdigheder.

Århus Amt er ifølge undersøgelsen det amt med næsthøjest ledighed, 27 pct. Her er man overraskede over den relativt store ledighed blandt nyuddannede i amtet.

"En årsag kunne være, at mange unge søger til Århus for at arbejde og studere – det er en populær by. Desuden har vi tre sygeplejerskoler i vores amt, som uddanner mange, og vi kan ikke aftage dem alle på en gang – så det er også sæsonafhængigt. Havde man lavet undersøgelsen i december, ville billedet være et andet," siger HR-chef på Århus sygehus, *Poul Gørup*, og viceformand på Sygeplejerskolen i Århus, *Ruth Lassen*. De fortæller begge, at alle nyuddannede sygeplejersker på Århus Sygehus kommer igennem et etårigt introduktionsprogram med faglig og personlig vejledning for at fastholde de nyudklækkede sygeplejersker.

## Sårpatienter indlægges i eget hjem

**Telemedicin.** Center for Pervasive Healthcare på Aarhus Universitet gennemfører et sårprojekt, hvor pleje og behandling af diabetessår foregår i patientens eget hjem og varetages af kommunens plejepersonale og patienten selv. Eksperter på sygehuset kan vha. it-udstyr overvåge såret elektronisk, skriver bladet *Telemedicin*, der udgives af Center for Sundheds-telematik.

(sbk)

## 30 cm fra gulv til kjolekant

**Sømmelig.** En sygeplejerske med en god hukommelse har reageret på *Sygeplejerskens* artikel i nr. 2/2006 med titlen "Emma i Krøniken er for lårkort." *Annagrethe Pedersen* fra Vejle-området var selv elev på Glostrup Amtssygehus i 1961 – altså kun tre år før *Emma* i DRs tv-serie *Krøniken*. Dengang var uniformerne bestemt ikke lårkorte.

"Når man fik taget mål til sine kjoler, blev der også taget mål fra gulv og op til kjolekanten, og så vidt jeg husker, skulle der være ca. 30 cm. Hvis man selv lavede kjolen kortere, så blev den lagt ned på vaskeriets systue," fortæller *Annagrethe Pedersen*, som i dag er sundhedsplejerskekonulent i Vejle Amt.

Hun gør i øvrigt opmærksom på, at kjolerne i Københavns Amt ikke var blå- og hvidstribede, som det fremgik af *Sygeplejerskens* artikel. De var derimod lyseblå med hvid løsekrave og hvidt forklæde. Det var i Københavns Kommune, de var blå- og hvidstribede.

(sbk)

ved at være integrerede. Det handler ganske enkelt om viden om, hvordan civilsamfundet i Danmark gererer sig."

Amtsborgmester *Bent Hansen*, Viborg (A):



ARKIVFOTO: SCANPIX

"Vellykket integration er først og fremmest, at man har forståelse for hinandens kulturelle og levemæssige baggrund. At man viser smidighed i forhold til den forskellighed, der er. Det er klart,

at man ikke kan forlange, at folk, der kommer til Danmark fra meget anderledes kulturer, bliver danskere fra dag 1. Men de er nødt til at erkende, at den måde, vi lever på, er en levemåde, de må acceptere, for sådan er samfundet altså skruet sammen.

Vellykket integration er først og fremmest, at vi viser den fornødne forståelse, at vi viser åbenhed og er i dialog og ikke bliver yderligt-

gående fra nogen af siderne. Danskere er også meget forskellige, heldigvis. Forskellene skulle gerne bringe noget positivt med sig. Men hvis vi alle står fast på, at den måde, vi er på, er den eneste rigtige, så giver det konflikter. De, der kommer her til landet, er nødt til at være åbne over for nye forhold. Omvendt må vi – flertallet – også vise storsind for at få tingene til at glide."

Integrationsminister *Rikke Hvilshøj* (V):



ARKIVFOTO: SCANPIX

"De udlændinge, der er kommet til Danmark, skal sætte sig ind i, hvad det er for et samfund, de er kommet til. De skal hurtigst muligt lære sproget, få sig en uddannelse og komme i

beskæftigelse. Vi skal kunne stille nogle krav til de udlændinge, der kommer hertil, og forvente, at de selv gør en indsats. Den anden

side af det er, at vi også skal være opmærksomme på, hvordan vi kommunikerer med de nytilkomne. Hvad angår sundhedsvæsenet, får vi kommunikeret ordentligt, hvilke forventninger man kan have til sundhedsvæsenet?

Vi kan i den danske offentlighed have store diskussioner om, hvordan sundhedsvæsenet fungerer, men vi har jo alle en grundlæggende fælles forståelse af, hvad vi kan kræve og forvente. Det giver ikke sig selv, når det drejer sig om folk, der kommer med helt andre traditioner. Derfor skal vi gøre noget ud af at få kommunikeret, hvad man kan forvente som patient i det danske sundhedsvæsen. Det er en opgave, som vil være relevant for regionerne.

Kan man få forventningerne afstemt, så er der en masse konflikter, vi kan få afbødet."

(sp)

Læs også siderne 20-25 om pårørende med indvandrerbaggrund.

## Sygeplejersken efterlyser Information om lønsedler

**Lønsomt.** *Sygeplejerskens* redaktion arbejder på at skrive en række artikler om sygeplejerskers lønsedler. Er de gennemskuelige? Hvordan ser en god lønseddel ud? Hvordan bliver fremtiden med elektroniske lønsedler? er blandt spørgsmålene, *Sygeplejersken* vil kigge på.

Vi søger derfor hjælp blandt vores læsere. Bl.a. efterlyser vi sygeplejersker, som enten har fået for meget eller for lidt i løn. Vi vil også gerne tale med sygeplejersker, som har svært ved at gennemskue, hvad de ud fra deres lønseddel får betaling for. Og vi søger også kontakt med sygeplejersker, der er ansvarlige for indtastning af oplysninger til lønsedler.

Ring eller skriv til journalist *Lotte Havemann* på tlf. 4695 4179/lha@dsr.dk eller til journalist *Lars Flindt Pedersen* på tlf. 4695 4192/lfp@dsr.dk, hvis du har lyst til at bidrage med viden til artiklerne. *Redaktionen*

Nyuddannede  
Benedikte Christoffersen  
med sit fine eksamensbevis.



FOTO: HEINE PEDERSEN

## Tre gange 13 på eksamensbeviset

**Superstuderende.** Nyuddannede sygeplejerske *Benedikte Christoffersen* er netop dimitteret med tre 13-taller i karakterer fra sygeplejerskolen i Københavns Amt, Herlev. Hendes bachelorprojekt, som hun har skrevet i samarbejde med en medstuderende, har titlen: "Omsorg i korte patientforløb" og handler om kvinder med brystkræft.

Faktisk er sygeplejerskeuddannelsen *Benedikte Christoffersens* fjerde uddannelse. Hun er 37 år, mor til tre børn og oprindelig uddannet i Irma, hvor hun har været 1.-assistent. Siden har hun både gennemgået uddannelsen til social- og sundhedshjælper og til social- og sundhedsassistent.

"Målet har hele tiden været at blive sygeplejerske, men jeg har bevidst valgt at bevæge mig op ad trappetigen, fordi jeg gerne ville have praktisk erfaring, inden jeg skulle stå med ansvaret for indlagte menneskers helbred," siger *Benedikte Christoffersen*.

Hun arbejdede syv år som sosu-assistent bl.a. på neonatalafsnittet på Roskilde Amts Sygehus, før hun begyndte på sygeplejerskeuddannelsen. Hun er nu blevet ansat på sin tidligere arbejdsplads.

"Som sygeplejerske får jeg bl.a. ansvaret for at tage imod de akut dårlige børn, deres pleje og medicinering," siger *Benedikte Christoffersen*, som glæder sig til sin nye rolle. (sbk)

## Tag et gratis MasterCard med på vinterferie — og skub udgifterne til senere



Det er ikke hver dag, man får noget gratis. Slet ikke et MasterCard, man kan betale og hæve kontanter med i det meste af verden. Ikke desto mindre er det tilbuddet til dig i DSR Bank – og du behøver hverken at flytte din lønkonto eller andet for at tage imod tilbuddet.

Sammen med MasterCardet hører en kredit på 30.000 kr. Det betyder, at der kan gå op til 42 dage, fra du bruger kortet, til pengene bliver trukket på din

konto. Du kan altså skubbe noget af regningen fra vinterferien, så ikke alle udgifterne falder i samme måned. Kreditten gives på baggrund af en almindelig kreditvurdering.

Bestil dit gratis MasterCard allerede i dag. Ring til os på telefon 3378 1927. Du kan læse mere på [www.dsrbank.dk](http://www.dsrbank.dk) om MasterCardet og de andre kontante fordele i DSR Bank.

“Vi investerer ikke i dem, som laver det endelige våben. Men hvis de er underleverandører, skal man ikke udelukke investeringer i de pågældende firmaer.”

Michael Nellemann Pedersen, investeringsdirektør i sygeplejerskernes pensionskasse PKA, til Politiken.

aktuel

3/2006

Sygeplejersken

# Sundhedspolitikere tager afstand fra kommunal brugerbetaling

Kirsten Bjørnsson, journalist

**Betalende sårpatienter.** En rundspørge i den kommunale hjemmepleje dokumenterer nu kommunernes forskelsbehandling af sårpatienter. Socialdemokratiet og Dansk Folkepartis sundhedsordførere er stærkt betænkelige.

Dybt bekymrende. Sådan reagerer Lone Møller (S), Socialdemokratiets sundhedspolitiske ordfører på Christiansborg, på en rundspørge, som analysebureauet Vilstrup har foretaget for Sygeplejersken. Den viser, at en tredjedel af kommunerne i et eller andet omfang har egenbetaling på de materialer, hjemmesygeplejersken skal bruge i sårplejen.

“Det er uhørt. Det vil sige, at de, der har råd, kan få de bedste sårbehandlingsremedier. De, der ikke har, kan få det næstbedste,” siger Lone Møller. Hun stillede straks et spørgsmål til indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen (V), da Sygeplejersken bragte de første artikler om brugerbetaling i sårplejen i november sidste år. Og hun er ikke tilfreds med ministerens svar: At kommunerne selv bestemmer deres serviceniveau.

“Det er virkelig et skred i vores sundhedspolitik,” siger Lone Møller.

“At nye og bedre metoder til sårpleje også er dyrere, er ikke ensbetydende med, at man pludselig skal indføre brugerbetaling ad bagvejen.”

Formanden for Folketingets sundhedsudvalg, Birthe Skaarup (DF), er også stærkt betænkelig: “Jeg stiller mig helt uforstående over for, at man ikke tilbyder ens behandling,” lyder hendes kommentar.

“Intentionen med strukturreformen er ens og lige behandling i sundhedsvæsenet. Det er der ikke tale om, hvis jeg kan få en bedre sårbehandling end min nabo, fordi jeg bor i en

anden kommune,” siger Birthe Skaarup, der også har stillet Lars Løkke Rasmussen et spørgsmål om sagen.

## Organisationer siger fra

Hjemmeplejens sårpatienter er meget ofte ældre mennesker. At de i værste fald kan risikere en egenbetaling på 500-1.000 kr. om måneden, er absolut ikke rimeligt, lyder det fra Ældre Sagen. “Sårplejemidler burde i det mindste være omfattet af helbrestillægget, som bl.a. dækker udgifter til briller og visse tandbehandlinger,” siger sundhedspolitisk konsulent Kåte Larsen.

“Det er jo ikke luksus, det her. Det drejer sig om behandling af syge mennesker. Det bør være gratis, og hvis ikke, bør der være faste tilskudsmuligheder. I dag er den eneste mulighed at søge et personligt tilskud. Men jeg oplever, at kommunerne anlægger meget stramme vurderinger. Mange pensionister har virkelig en klem økonomi, og det her vil gå ud over dem, der i forvejen er vanskeligt stillede.”

Det alvorligste problem er de behandlingsmæssige konsekvenser, mener Forbrugerrådets sundhedspolitiske medarbejder Margrethe Nielsen. Hun er betænkelig ved, at sårpatienter kan ende med den næstbedste løsning, fordi kommunen har et begrænset sortiment. Eller at dyre materialer bliver anvendt forkert eller bliver for gamle, fordi patienten selv har betalt og gerne vil spare. “Sårpleje bør betragtes på lige fod med al anden behandling,” understreger Margrethe Nielsen.

Forbrugerrådet mener ikke, at den kommunale frihed til at fastlægge serviceniveauet også skal omfatte sundhedsopgaverne. Hverken de gamle opgaver som sårplejen, eller de nye, som kommer til efter kommunalreformen.

“Det er for tilfældigt og ikke foreneligt med

►► **MINISTERSVAR.** Det er ikke lykkedes at få en kommentar fra indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen. Han henviser til de skriftlige svar, han har givet folketingsmedlemmerne Lone Møller (S) og Birthe Skaarup (DF). Se <http://www.folketinget.dk/?/samling/20051/MENU/00000002.htm>. Vælg § 20-spørgsmål/ Besvarede spørgsmål efter spørger/Lone Møllers spørgsmål S1056 og S1058 samt Birthe Skaarups spørgsmål S1945.

det behandlingsniveau og den kvalitet, vi gerne vil have her i landet,” siger Margrethe Nielsen.

“Vi har allerede haft diskussionen i forbindelse med genoptræningen, hvor regionssygehusene fastlægger behandlingsplanerne, mens kommunerne skal føre dem ud i livet.

Men hvis der er en faglig begrundelse for en behandling, skal patienten efter vores mening også have den tilbudt.”

## Fri og lige adgang

I Dansk Sygeplejeråd var man allerede betænkelige, da “fri og lige adgang” til sundhedsvæsenet blev til “let og lige adgang” i den nye sundhedslov. At Lars Løkke Rasmussen nu siger god for egenbetaling i hjemmesygeplejen, bekymrer DSRs formand, Connie Kruckow.

“Der må gælde de samme vilkår for kommunernes sundhedsydelser som for sygehuse,” fastslår hun. “Ellers får vi brugerbetaling ad bagvejen, når flere og flere sundhedsopgaver skal varetages i kommunerne.”

Problemerne i den kommunale sårpleje viser, hvorfor det er så nødvendigt at få indført Den Danske Kvalitetsmodel i hele sundhedsvæsenet. Et krav, som Dansk Sygeplejeråd gang på gang har fremsat.

“Der skal gælde de samme faglige standarder i kommunerne og på sygehusene, og ydelserne skal være gratis,” siger Connie Kruckow.

Det har ikke været muligt at få en kommentar fra indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen.

Læs også siderne 10-18.

## ►► EGENBETALING I HJEMMESYGEPLEJEN. 200 KOMMUNER.

Fuld eller delvis egenbetaling på kompressionsbind	57
Fuld eller delvis egenbetaling på sårplejemidler	27
Fuld eller delvis egenbetaling på kompressionsbind og/eller sårplejemidler	73

Rundspørgen er gennemført af analysebureauet Vilstrup ved telefoninterview. 200 af 271 kommuner har medvirket. Læs mere om rundspørgen og resultaterne på side 10.

# Det skal være surt at ryge

Af Susanne Bloch Kjeldsen, journalist

**Røg.** De psykiatriske afdelinger er på vej til at blive røgfri arbejdspladser. Mange steder er der indført rygeforbud for personalet og rygerum med udsugning til patienterne. På Hvidovre Hospital skal de psykiatriske patienter helt uden for matriklen for at ryge.

For blot et par år siden var det almindeligt, at både personale og patienter i psykiatrien pulsedede løs på cigaretterne. Ifølge en ny rapport om sygeplejerskers arbejdsmiljø fra Dansk Sygeplejeråd er 62 pct. af sygeplejerskerne i psykiatrien udsat for passiv rygning i mere end halvdelen af arbejdstiden. Det er der imidlertid ved at blive gjort noget ved. De fleste psykiatriske sygehuse er nemlig i gang med at indføre eller har indført, at alle afdelinger skal være fri for røg. Rygepolitik er kommet i fokus også i psykiatriske borgeres eget hjem.

Fra den 1. januar i år skal alle patienter, ansatte og gæster på Hvidovre Hospital gå helt uden for matriklen, hvis de skal ryge. Eneste undtagelse er patienter indlagt på lukket afdeling, som må ryge i de lukkede haver. De patienter, som af sikkerhedshensyn slet ikke må komme ud, har mulighed for at gå i et rygerum, som først skal låses op. Psykiatrisk Afdeling på Bispebjerg Hospital er parat til at følge efter og vil fra den 1. februar indføre totalt rygeforbud indendørs for halvdelen af afdelingen, mens den anden halvdel skal følge efter i slutningen af året. På Bispebjerg Hospital må man dog fortsat ryge på hospitalets område, blot det foregår udendørs. Patienter og ansatte, der er rygere, får tilbudt nikotinerstatning, samtaler med

rygestopinstruktører og tilbud om rygestopkurser.

Tidligere har holdningen til rygerestriktioner i psykiatrien været præget af hensynet til de psykiatriske patienters sårbarhed. Det er ved at ændre sig. Nu skal der gælde samme rygepolitik for alle patienter, uanset om der er tale om psykiatriske eller somatiske patienter. Rygning er lige skadeligt for alle.

"Det er mig inderligt imod at stigmatisere psykiatriske patienter ved at lade andre ryge-regler gælde der end for andre patienter," siger ledende oversygeplejerske på Psykiatrisk afdeling på Bispebjerg Hospital, *Niels Aagaard Nielsen*.

Samme holdning har sygeplejedirektør på Sct. Hans Hospital i Roskilde, *Margit Asser*, hvor der siden 1. maj 2005 har været rygeforbud for personalet både ude og inde. Patienterne må kun tænde cigaretterne i rygerum.

"De psykiatriske patienter skal jo også ud og fungere i samfundet, og der er efterhånden mange steder, hvor man ikke må ryge, og de er nødt til at socialisere sig," siger hun.

Målet er på længere sigt, at patienterne kun må ryge på altaner, terrasser og i haver i lighed med den rygepolitik, der gælder i hele Hovedstadens Sygehusfællesskab, H:S.

"Det kan godt være, at cigaretter dulmer nerverne, men når man er indlagt her, handler det om sundhed, og vi har pligt til at rådgive

patienterne om kost, motion og rygestop," siger hun.

## Triste rygerum

Flere andre amter har også indført eller er i gang med at indføre restriktioner for rygning. Psykiatrien i Vestsjællands Amt og Ringkjøbing Amt er nogle af de steder, der har indført rygeforbud indendørs for personale. Patienter kan fortsat ryge inde, men kun i rygerum. Senest er psykiatrien i Århus Amt fulgt efter pr. den 1. januar 2006.

"Planen er, at rygerummene skal indrettes, så det ikke er attraktivt at gå derind, nærmest kedeligt. Der er tale om nogle rygestationer, som kan minde om telefonbokse, hvor der ikke er stole, og hvor man står under kraftig udsugning og ryger," fortæller fællestillidsrepræsentant for sygeplejerskerne i psykiatrien i Århus Amt, *Henrik Ørskov*.

Her har ledelse og medarbejdere diskuteret, om det er rimeligt, at retspsykiatriske patienter og patienter, der opholder sig i årevis på sygehuset, ikke må ryge på deres egne værelser.



## Ernæringsprojekt

# Kræftpatienter kommer hurtigt på benene igen

Af Michael Bjørnbak Martensen, journalist

"Et helt fantastisk projekt, som sygeplejerskerne helt og holdent skal have æren for," lyder det rosende fra overlæge *Lisbeth Juhler Andersen*, Aalborg Sygehus, der ud over resultaterne fremhæver, at projektet er gennemført med "helt usædvanligt få midler."

Projektet havde til formål at sikre hoved-/halskræftpatienter en god ernæringstilstand fra start til slut. En meget hård behandling, hvor patienterne gennemgår 34 strålebehandling.

I dag er projektet blevet hverdag, og der holdes alene få møder – 2-4 om året – hvor

forbedringer diskuteres og søges realiseret.

"Vi formåede at samle tre afdelinger: Ambulatoriet, Stråleterapien og Sengeafdelingen i Onkologisk afdeling om formålet, og når projektet lykkedes og fungerer så godt i dag, er jeg sikker på, det handler om, at alle, dagligt, blev konfronteret med patienter, der



"Der har været bred enighed om, at reglerne skal være simple og ens for alle. Altså at personalet alle steder kun må ryge ude, og alle patienter må ryge i bestemte rygerum," siger Henrik Ørskov.

Målet er, at der med tiden skal være totalt rygeforbud i psykiatrien i Århus Amt på linje med den politik, der gælder for alle offentlige rum i amtet. Også psykiatrien i Nordjyllands Amt er parat med et lignende tiltag.

### Klare regler

Erfaringen viser, at det er gået godt med at indføre rygerestriktioner i psykiatrien.

"Jo mere klarhed der er omkring retningslinjerne, jo nemmere har de psykiatriske patienter ved at acceptere reglerne. Det er en fordel, at der er rygeforbud indendørs for personalet, for hvis man selv lugter af røg, er det sværere at sige til patienter eller beboere, at de skal gå udenfor og ryge," siger Karin Johannesen fra bestyrelsen i Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker. Hun er oversygeplejerske på det psykiatriske hospital Fjorden i Roskilde Amt, hvor der siden den 1. januar 2006 har været rygeforbud for personalet.

Samfundets stadig mere restriktive holdning til rygning smitter også af på socialpsykiatrien. Jørn Eriksen fra bestyrelsen i Fagligt Sel-

skab for Psykiatriske Sygeplejersker, mener, at udviklingen går i retning af rygeforbud for personalet inden døre, og at der bliver krav om, at personale ikke må udsættes for passiv rygning fra beboere. "Sådan er det ikke i dag, men vi har indført rygerum for personalet, og der er rygning forbudt i alle offentlige fællesrum," siger Jørn Eriksen, som er forstander på Slotsvænget i Lyngby.

Rapporten, der omtaler tallene for passiv rygning, er lavet ud fra SATH-undersøgelsen (Sygeplejerskers Arbejdsmiljø, Trivsel og Helbred), og data stammer fra 2002. I forhold til de 62 pct. af sygeplejersker i psykiatrien, der var udsat for passiv rygning, gjaldt det for 23 pct. af sygeplejerskerne i hjemmeplejen og 12 pct. i den samlede gruppe af sygeplejersker. Af undersøgelsen fremgår det desuden, at der var lidt flere sygeplejersker i psykiatrien, der røg, end blandt den samlede gruppe af sygeplejersker. Mens det i psykiatrien gjaldt hver fjerde, var det i den samlede gruppe hver femte.

Titlen på Dansk Sygeplejeråds nye rapport er: "Ergonomisk, fysisk og kemisk arbejdsmiljø samt arbejdsulykker og erhvervsbetingede lidelser." Den kan læses på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside: [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) under fagligt område/arbejdsmiljø.

►► **1.000 HOSPITALSINDLÆGGELSER HVERT ÅR.** I Danmark bliver der hvert år indlagt 1.000 mennesker på sygehus pga. passiv rygning, og der sker 47 dødsfald af lungekræft, hjertesygdom, lungebetændelse og karsygdomme i hjernen, som kan relateres til passiv rygning. Passiv rygning kan desuden være årsag til dårlig luftkvalitet og give gener som irritation af øjne og slimhinder, hovedpine og træthed. Arbejdsmiljølovgivningen forbyder ikke rygning på arbejdspladserne, men arbejdsgiveren har ansvaret for, at man ikke bliver udsat for passiv rygning på sit arbejde, uanset om man arbejder på et fast arbejdssted eller ude i borgerens eget hjem. Bliver der røget i et hjem, skal arbejdsgiveren sørge for, at der er tilstrækkeligt med frisk luft uden generende træk. Det kan f.eks. være at fastsætte retningslinjer for udluftning af hjemmet før og evt. under besøget fra sundhedspersonalet.

tabte sig meget," siger afdelingssygeplejerske på Sengeafdelingen, *Susanne Thorhauge Bech*, som var en af initiativtagerne efter et efteruddannelsesforløb, hvor gruppen havde taget problemstillingen op.

I dag er der kontinuitet med skemaer, midler og mål fra starten, hvor diagnosen stilles, hvorved patienten og de pårørende bliver aktive medspillere.

"Patienterne taber sig langt mindre, og de udskrives nu ved endt behandling med kun få undtagelser. Og vi kan blive endnu bedre, hvis der afsættes særskilt tid i patientforlø-

bet, og det er noget af det, vi arbejder på nu," fortæller sygeplejerske *Trine Duus*, Stråleterapien.

I forbindelse med projektet blev der også udarbejdet en pjeces "Til dig, der skal i gang med at spise igen," der retter sig mod tiden efter endt behandling.

Projektet blev gennemført i perioden 2001-2003 – og består stadig af de samme ildsjæle: En fra ambulatoriet, to fra Sengeafdelingen og to fra Stråleterapien i Onkologisk afdeling. Senest er Øre-næse-hals-afdelingen kommet med i projektet.

## Vidste du at ...

... risikoen for at dø af fysisk inaktivitet er lige så stor som risikoen for at dø af rygning?

Kilde: Sundhedsstyrelsen.

## Gevinst ved ny stuegang

**Goddag frue.** Det grundlæggende princip, hvor læge og sygeplejerske går fra seng til seng og tilser patienter, har knap ændret sig i flere hundrede år. Men ny stuegang kan gavne patientforløb.

Bedre kommunikation og større medinddragelse af patienten. Det er blandt gevinsterne ved at lave om på den traditionelle stuegang på internmedicinske afdelinger. Forslaget om at praktisere stuegang på nye måder kommer fra Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering (CEMTV) og DSI Institut for Sundhedsvæsen. De har udgivet rapporten "Stuegang – en medicinsk teknologivurdering med fokus på vidensproduktion." Rapporten konkluderer, at patienten inddrages bedre og får dermed en gavnlige effekt på udfaldet af behandlingen, hvis man ændrer den traditionelle stuegang ved at:

- tilse patienten efter behov
- indføre samtaler mellem læge og patient i enrum
- anvende EPJ (elektronisk patientjournal) til den administrative del af stuegang (f.eks. ordination af medicin) og samarbejde mellem afdelinger
- holde et tværfagligt "tavle-møde" inden stuegangsrunderne, hvor de forskellige aktører (altid en overlæge, øvrige læger, sygeplejersker m.fl.) kan udveksle viden.

Rapporten er udgivet af Sundhedsstyrelsen og kan læses på [www.cemtv.dk](http://www.cemtv.dk) (søg på stuegang) eller på [www.dsi.dk](http://www.dsi.dk) under Publikationer. Herfra kan rapporten også downloades. (Iha)

**Selvrapportering.** En tredjedel af kommunerne har fuld eller delvis egenbetaling på materialer, som hjemme-sygeplejersken skal bruge hos sårpatienterne. Det drejer sig især om kompressionsbind, men mange må også betale for bandager uden for kommunens standardsortiment.

# Sårpatienter betaler i hver tredje kommune

Brugerbetaling i sårplejen findes i hver tredje danske kommune. Det viser en rundspørge i den kommunale hjemmesygepleje, som analysebureauet Vilstrup har lavet for *Sygeplejersken*.

Egenbetaling er mest udbredt, når det gælder kompressionsbind. De fleste kommuner leverer stadig gratis bandager og andre sårplejemidler inden for kommunens standardsortiment.

Hver ottende kommune har dog den politik, at patienten selv må betale, hvis

der er brug for en bandage, der ikke findes i hjemmesygeplejens depot.

## Dyre kompressionsbind

HS Videncenter for Sårheling behandler vanskelige sår fra hele landet, og *Sygeplejerskens* rundspørge dokumenterer et problem, som centret allerede kender. Alligevel finder klinisk oversygeplejerske *Susan Bermark* det chokerende, at hele 40 kommuner har fuld egenbetaling på kompressionsbind, mens yderligere 17 har delvis egenbetaling.

”Når man ved, hvor dyrt det er for patienterne,” tilføjer hun.

De to kompressionsbind, der skal bruges til ét ben, koster patienten mellem 75 og 150 kr. stykket, afhængigt af hvor de bliver købt. Altså en startudgift på 300-600 kr. til to ben.

Hvis der er væskende sår, skal bindene skiftes og vaskes, så patienten er nødt til at købe et ekstra sæt, altså en samlet ud- ▶

►► **SYGEPLEJERSKENS RUNDSPØRGE.** Rundspørgen om egenbetaling i den kommunale sårpleje er udført som telefoninterviews af analysebureauet Vilstrup i perioden 8.-19. december 2005.

Spørgsmålene er formuleret af *Sygeplejersken*.

200 af 271 kommuner har deltaget. Kommunerne er anonyme, så *Sygeplejersken* ved ikke, hvem der har egenbetaling.

Spørgsmålene er besvaret af ledere af hjemmesygeplejen, områdeledere, ældrechefer eller socialchefer.



Denne 74-årige patient er heldig at bo i en kommune, der betaler hendes kompresjonsbind og sølvbandager.

## ”Vi ved jo, at hvis Fru Hansen ikke køber det bind, så får hun et sår. Så bliver hun pludselig en anden slags patient.”

Sygeplejefaglig konsulent Kirsten Müller.

► gift på 600-1.200 kr. til begge ben. Og når et bind er vasket 10 gange, er det ikke længere elastisk. Så skal patienten købe nye bind, hvis behandlingen stadigvæk skal være effektiv.

”Men det er måske derfor, at vi ser så mange patienter, der ikke har kompressionen i orden,” siger Susan Bermark om de 57 kommuner med fuld eller delvis egenbetaling.

”Selv om det er alfa og omega, når man behandler venøse bensår. Hvis ikke kompressionen er i orden, er det næsten lige meget, hvad man lægger på såret.”

Næstformand i Dansk Selskab for Sårheling, sygeplejefaglig konsulent *Kirsten Müller*, er knap så overrasket over undersøgelsens resultater. Hun kommer jævnligt i hjemmesygeplejen som underviser og har tit hørt om den praksis, at patienten selv må købe kompressionsbind.

”Men jeg forstår det ikke. For det går jo ikke bare ud over behandlingen, men også over det forebyggende,” siger hun.

”Vi ved jo, at hvis Fru Hansen ikke køber det bind, så får hun et sår. Så bliver hun pludselig en anden slags patient. Eller hvis hun har et lille bitte sår og ikke køber bindene – så har vi et stort skinnebensår, inden vi ser os om.”

### Må især købe sølvprodukter

Når det gælder bandager og andre sårplejemidler, er egenbetaling ikke nær så udbredt. Kun to kommuner fortæller, at de har fuld egenbetaling på sårplejemidler, mens 25 andre kommuner oplyser, at de har delvis egenbetaling på dette område.

►► **SÅRPATIENTEN ER 74 ÅR.** Den typiske sårpatient i hjemmesygeplejen er pensionist og enlig. Det viser en registrering af sårpatienter i 16 kommuner i Københavns Amt i november 2003.

- Gennemsnitsalderen var 74,6 år.
- To tredjedele var enlige.
- Hver tredje havde forskellige former for sundhedsrisici (dårlig bolig, problemer i personlig hygiejne, rygning). 7 pct. havde en sundhedstilstand, der var påvirket af alkohol.
- To af tre havde været i behandling i over en måned. Hver 10. havde været i behandling i mere end to år (3,8 pct. over fem år).

Kilde: Sårundersøgelse i kommunerne i Københavns Amt – en kortlægning (se [www.kbh-amtdk](http://www.kbh-amtdk) Søg på ”sårundersøgelse”).

Kirsten Müller havde troet, at endnu flere kommuner ville svare ja til spørgsmålet om egenbetaling for sårplejemidler.

”Men i Dansk Selskab for Sårheling hører vi nok mest om de meget grelle tilfælde, hvor patienterne selv må betale,” siger hun.

I rundspørgen har 36 kommuner svaret nej til, om man skaffer og leverer produktet, hvis der er ordineret sårbehandling med noget, der ligger uden for kommunens standardsortiment af sårplejemidler (13 svarer ”ved ikke”).

Tilsvarende bekræfter 58 kommuner, at der kan være tilfælde, hvor en borger selv må anskaffe et produkt, der indgår i en lægeordineret behandling (11 svarer ”ved ikke”).

”Egenbetaling går måske ikke ud over de mange. Men det går ud over dem, der har det rigtig slemt,” siger Susan Bermark, HS Videncenter for Sårheling.

Det er centrets erfaring, at det især er de dyre sølvprodukter, som ikke findes i kommunernes standardsortiment. Dem bruger

man, hvis der er tale om meget komplicerede eller betændte sår. I disse tilfælde kan behandlingen være meget langvarig og løbe op i mange tusinde kroner.

”Vi har for øjeblikket en patient i behandling, som har meget store sår på benene. Vi lægger mange sølvbandager på, så vi er helt oppe i 600-700 kr. pr. ben, og vi skifter tre gange om ugen. Hvis han selv skulle betale, var han ruineret. For han har gået her i mange uger,” siger Susan Bermark.

En opgørelse fra Københavns Amt har vist, at hver 10. sårpatient i hjemmesygeplejen har været i behandling i over to år.

Det er måske netop nogle af disse patienter, der har behov for moderne sølvprodukter i en periode, påpeger Susan Bermark.

”Og hvis en patient med store komplicerede sår ikke kan få den bandage, som man kunne få sårene lægt med, så kan det i sidste ende blive dyrt både for patienten og samfundet.”

*kbj@dsr.dk*

### ►► KOMPRESSIONSBEHANDLING.

Venøse bensår opstår hos mennesker med dårligt blodomløb og tendens til hævede ben. Så længe benene er hævede, eller der er sår, kan man støtte muskelpumpen med en kompressionsbandage. Når benene er afvandede og sårene lægt, kan man gå over til kompressionsstrømper (støttestrømper).

Kompressionsbandager anlægges fra tærerne til lige under knæet. Langstræksbandager, der fjernes om natten, lægges med ét elastisk bind. Kortstræksbandager, der ligger døgnet rundt, lægges med to elastiske bind.

### ►► EGENBETALING I KOMMUNERNES SÅRPLEJE. 200 KOMMUNER.

	Antal kommuner
Fuld egenbetaling på kompressionsbind	40
Delvis egenbetaling på kompressionsbind	17
Fuld egenbetaling på sårplejemidler	2
Delvis egenbetaling på sårplejemidler	25
Fuld eller delvis egenbetaling på kompressionsbind og/eller sårplejemidler	73
Hvis der er ordineret sårbehandling med et produkt, som ikke indgår i kommunens standardsortiment, fremskaffer og leverer kommunen så produktet?	Ja 151 Nej 36 Ved ikke 13
Kan der være tilfælde, hvor en borger selv må anskaffe et produkt, som indgår i lægeordineret behandling?	Ja 58 Nej 131 Ved ikke 11

Der er et vist sammenfald mellem egenbetaling på kompressionsbind og sårplejemidler, men ikke fuldt ud. Det samlede antal kommuner, der har en eller anden grad af egenbetaling for sårpatienter i hjemmesygeplejen, når op på 73, dvs. 36 pct. af de 200 kommuner, der har svaret.

**Dobbelt betaling.** Hanne Hansen fra Horsens er godt og grundigt utilfreds med, at hun selv måtte købe de sårplejemidler, hjemmesygeplejersken skulle bruge.

# Jeg har jo betalt skat i forvejen

”Når man går sygemeldt, får man 88 kroner og 30 øre i timen, og det skal man betale skat af. Så er du på den, når du skal betale 50 kr. om dagen for bandager,” siger *Hanne Hansen* fra Horsens.

Hun er selvstændig med egen frisørsalon, og det er i forvejen dyrt for hende at være syg. Hun har været nødt til at ansætte ekstra personale, fordi hun ikke selv kan arbejde, og hun har store udgifter til medicin. Hun er i behandling med kemo og prednisolon og har brug for meget smertestillende.

Hanne Hansen er 50 år og lider af en sjælden kronisk bindevævssygdom, som giver hende mange problemer, bl.a. på hørelse og åndedræt. Men også hudforandringer, og i sommeren 2004 fik hun et sår på venstre skinnedeb, som efterhånden blev meget stort, 10 x 7 cm og 2-3 cm dybt.

Det gav mange smerter, og ingen behandling hjalp, før hun i marts 2005 blev henvist til sårcentret på Odense Universitetshospital.

Hun var indlagt på sygehuset i en længere periode til udredning og behandling af sin sygdom, Wegeners granulomatose. Og på et tidspunkt, fortæller hun, blev lugten fra såret så slem, at personalet måtte hænge noget i vinduerne på sengestuen, som skulle tage den.

Sårcentret indledte en vakuumbehandling af såret for at stimulere vævsdannelsen, og behandlingen blev fortsat ambulant fra Horsens Sygehus, efter at Hanne Hansen blev udskrevet i begyndelsen af april 2005.

Ved vakuumbehandling lægger man en svamp i såret, og indtil behandlingen blev afsluttet omkring 1. maj, leverede sygehuset det nødvendige udstyr.

Men da såret var lægt på nær 6 x 2 cm,



Hanne Hansen bor i Horsens Kommune, hvor politikerne for et par år siden besluttede, at hjemmesygeplejerskens patienter selv må købe sårplejemidler.

overtog hjemmesygeplejen i Horsens Kommune behandlingen. I begyndelsen blev der skiftet to gange om ugen med skumbandage, siden med en skumsølvbandage, og endelig med en ny type sølvforbinding, indtil såret til sidst var lægt i begyndelsen af september.

I Horsens Kommune er der egenbetaling på sårplejemidler, så Hanne Hansen har selv købt og betalt alle materialer til forbindelseskift. Både før hun blev indlagt i

Odense, og i de fem måneder, der gik fra vakuumbehandlingen, til såret var lægt.

Hun har aldrig rigtig talt sammen, hvad hun har brugt på sårplejemidler. Men i perioder har det været dyrt.

”Jeg er heldig, at min mand arbejder. Men jeg synes, det er for dårligt, at vi selv skal betale vores bandager, når vi *har* betalt skat til kommunen,” siger hun.

*kbj@dsr.dk*

**Forbedringspotentiale.** Sygehuse og kommuner er fælles om sårpatienterne, men glemmer nogle steder at samarbejde, når de vælger sårplejemidler. Det viser Sygeplejerskens rundspørge om egenbetaling for sårplejemidler i de danske kommuner.



# Sygehuse og kommuner er

Patienter med problemsår er stærkt afhængige af et godt samarbejde mellem hjemmesygeplejen, der står for den daglige sårpleje, og sygehuset, hvor patienten går i behandling i et sårcenter eller ambulatorium.

Men kommunikationen mellem de to parter er ikke altid den bedste.

Mens sygehusene efterlyser moderne sårprodukter og betalingsvilje i kommunerne, synes nogle kommunale ledere til gengæld, at sygehusene har for lidt forståelse for den kommunale virkelighed.

”De ordinerer bare løs uden at tænke på økonomien. Selv om det måske ikke er nødvendigt at bruge noget, der er så dyrt.” Sådan lyder en bemærkning, som *Sygeplejersken* med variationer har hørt fra flere kommuner.

En anden kritik fra hjemmesygeplejen handler om det store udvalg af mærker inden for hver enkelt produkttype. Hvor eksperterne på sygehuset glemmer at fortælle patienterne, at hjemmesygeplejens bandage kan det samme som sygehusets, det er bare producenten og navnet, der er forskelligt.

En kommune endte for eksempel med en

ekstraregning på 24.000 kroner for et produkt uden for standardsortimentet. Fordi en patient satte himmel og jord i bevægelse og ikke ville acceptere, at kommunens produkt hed noget andet end sygehusets.

”Vi må have fælles retningslinjer. For hvis der ikke er brugt det rigtige i ambulatoriet, skal vi bruge store ressourcer på at overbevise patienten om, at det er noget andet, der skal til,” sagde en hjemmeplejeleder for nylig på en sårkonference i Hilerød.

Nogle steder prøver man at tage højde for den slags problemer i lokale sårgrupper, hvor kommunerne sidder sammen med repræsentanter for det lokale sygehus.

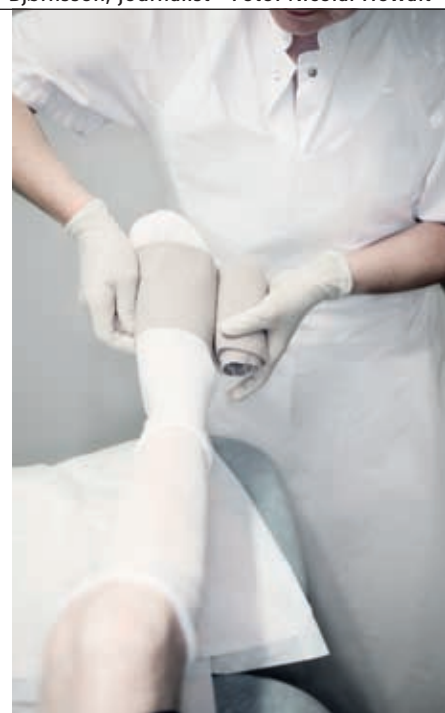
Men det sker langtfra alle steder, viser den rundspørge, som analysebureauet Vilstrup har foretaget for *Sygeplejersken*.

186 af de 200 svarkommuner har et standardsortiment af sårplejemidler. Lidt mere end halvdelen har haft sygehus, praktiserende læger eller begge parter med på råd, da de fastlagde sortimentet. Men 75 kommuner (40 pct.) har ikke inddraget nogen af parterne.

Derfor kan kommunens standardsorti-

►► **60.000 SÅRPATIENTER.** Det samlede antal sårpatienter i Danmark kendes ikke. Det bedste skøn er 60.000 patienter, oplyser professor *Finn Gottrup*, Odense Universitetshospital. Det bygger på udenlandske undersøgelser og danske opgørelser inden for enkelte sårtyper. Omkostningerne ved at behandle disse sår kan også kun fastslås som et skøn. Den engelske sundhedsøkonom *John Posnett* beregnede i 2002 de danske omkostninger til sårbehandling til 2,8 mia. kr. (se tidsskriftet *Sår* nr. 2/2202).

Af Kirsten Bjørnsson, journalist • Foto: Nicolai Howalt



Sygeplejerske Marianne Petersen lægger skumbandage og kompressionsbind på en ambulans patient i Odense Universitetshospitals sårambulatorium. Til hverdag skifter hjemmesygeplejersken.

# nødt til at tale sammen

ment alligevel godt være tidssvarende og tilstrækkeligt. For det kan være fastlagt af en sårplejerske, der har den nødvendige uddannelse og viden, fastslår klinisk oversygeplejerske *Susan Bermark*, HS Videncenter for Sårheling på Bispebjerg Hospital.

## Svært med produktnavne

”Men vi kender problemet med de mange ens produkter. Vi plejer at sige, at bare man har én ting inden for samme produktkategori, så er man rimelig dækket ind,” fortæller hun.

På Bispebjerg modtager man sårpatienter fra så mange kommuner, at det er umuligt at følge med i, hvilke produkter

hjemmesygeplejen bruger hvert enkelt sted.

”Men vi har lavet en pjece, som vi giver patienterne med til hjemmesygeplejersken. Her kan de se, hvad der findes inden for de forskellige kategorier,” siger hun.

Om man husker at sige til hver eneste patient, at produktet kan være godt nok, selv om det hedder noget andet, tør Susan Bermark dog ikke garantere. ”Men det bør vi gøre.”

Sygeplejefaglig konsulent *Kirsten Müller* er knyttet til Videncenter for Sårheling, men har også undervist hjemmesygeplejersker fra mange kommuner.

Hun kan høre, at sygehusene bestemte ikke er gode nok til at informere patienter

om, at bandagen måske hedder noget andet, når hjemmesygeplejersken tager over.

”Og de tænker ikke altid på, hvad hjemmesygeplejen har af muligheder.”

Alle kommuner bør have en veluddannet sårplejerske, som også har til opgave at holde styr på økonomien i sårplejeindkøbene, understreger Kirsten Müller. For ellers kan udgifterne hurtigt løbe løbsk.

Men når det er sagt, så må hjemmesygeplejen også respektere den ny viden og de nye metoder, der kommer fra deres kolleger på sygehusene.

”På sygehuset har du en anden kultur, hvor der hele tiden bliver stillet krav om at udvikle og være ajour. Om ikke andet, så fra lægeside,” siger Kirsten Müller.

”Det er sværere at være hjemmesygeplejerske og hele tiden have sin viden opgraderet. Og de er jo ved at blive væltet af nye opgaver i disse år. Terminalpleje, iv-medicin, epidural og sonder. Man får undervisning, og dag to står man alene med patienterne.”

*kbj@dsr.dk*

## ►► KOMMUNERNES STANDARDSORTIMENT AF SÅRPLEJEMIDLER. 200 KOMMUNER.

Antal kommuner

Kommunen har et standardsortiment af sårplejemidler	186
Standardsortimentet er fastlagt i samarbejde med sygehus	69
Standardsortimentet er fastlagt i samarbejde med praktiserende læger	3
Standardsortimentet er fastlagt i samarbejde med begge	33
Standardsortimentet er ikke fastlagt i samarbejde med nogen af ovennævnte	75

## Nylæsning. Kommunerne må selv bestemme, om de vil levere gratis sårplejemidler til brugerne af hjemmesygeplejen, siger sundhedsministeren. Den melding kan få konsekvenser i mange kommuner og vil rejse nye juridiske og etiske problemstillinger.

I Sundhedsstyrelsens retningslinjer for hjemmesygeplejen står, at kommunerne skal stille de nødvendige hjælpemidler til rådighed for alle patienter. Vederlagsfrit.

Alligevel er det helt lovligt, at borgere i Horsens, Juelsminde, Otterup og en række andre kommuner selv skal købe de materialer, som hjemmesygeplejersken skal bruge i sårplejen.

Det kunne jurist *Bodil Frimodt-Møller* fortælle de tilstedeværende, da Dansk Selskab for Sårheling holdt årsmøde i november 2005.

”Ja, det er en bombe,” bekræftede hun, da hun så deltagernes ansigtsudtryk og de mange, der lavmælt vendte sig til side-manden med en bemærkning.

I lov om hjemmesygeplejersker står der, at borgerne har ret til vederlagsfri hjemmesygepleje.

Der står desuden, at hjemmesygeplejersken skal have adgang til almindeligt anvendte plejehjælpemidler.

Det bliver uddybet i Sundhedsstyrelsens retningslinjer, hvor der står, at de nødvendige hjælpemidler umiddelbart må kunne stilles vederlagsfrit til rådighed.

Mange kommuner har forstået disse linjer sådan, at kommunen selv skal indkøbe og betale for sårplejemidler og andre sygeplejeartikler.

Sådan har *Bodil Frimodt-Møller* også selv læst reglerne. Indtil for nylig. Men da hun undersøgte sagen i Sundhedsstyrelsen og Sundhedsministeriet forud for konferencen, fik hun en anden besked.

Kommunerne er kun forpligtet til at levere gratis sårplejemidler, indtil borgerne selv kan nå at få købt det nødvendige ind. De skal kun sikre, at hjemmesygeplejersken umiddelbart kan starte den behandling, lægen har ordineret. Det fremgår også af de skriftlige svar, som indenrigs- og sundhedsminister *Lars Løkke Rasmussen*

(V) netop har givet *Lone Møller* (S) og *Birthe Skaarup* (DF) fra Folketingets Sundhedsudvalg.

Det står kommunerne frit for, hvor stort et udvalg de vil have af sårplejemidler, og om de vil blive ved med at levere sårplejemidlerne gratis, også efter den indledende behandling.

”Jeg har ikke planer om at blande mig i organiseringen og tilrettelæggelsen af den

stet mange penge. Indkøb af sårplejemidler og andre sygeplejeartikler er steget fra 712.000 kr. i 2002 til omkring 2 mio. kr. i 2004. Men samtidig er der sparet millionbeløb på kontoen til sygeplejerskelønninger – 1 mio. kr. i 2003, 3,1 mio. kr. i 2005.

Hjemmesygeplejen har ikke gjort op, hvor mange sygeplejersketimer der er brugt på sårpleje år for år.

# En bombe under

kommunale hjemmesygepleje i kommunerne,” skriver *Lars Løkke Rasmussen* til de to sundhedspolitikere.

### Pres fra stigende udgifter

*Bodil Frimodt-Møller* forudser, at ministeriets udmelding kan få konsekvenser i de kommuner, der i dag betaler alle materialer til sårpleje.

”Erfaringen er, at man kan spare på hjemmesygeplejersketimerne og give borgerne en bedre livskvalitet med moderne sårplejemidler.

Men når det bliver kendt, at det her er en kan-ydelse, bliver det en stor faglig opgave at overbevise ledelse og politikere om, at de stadig skal betale,” siger hun.

I Odense Kommune, hvor *Bodil Frimodt-Møller* er jurist, ansatte souschef *Kirsten Andersen* for fire år siden en sygeplejerske, der fik uddannelse og særligt ansvar i sårplejen. Politikerne sagde ja til, at der skulle indkøbes moderne sårprodukter, og arbejdet med at lægge retningslinjer for sårplejen og uddanne personalet er stadig i gang.

Moderniseringen af sortimentet har ko-

### DEFINITION

**Brugerbetaling:** Når borgere må betale for sundhedsydelser. F.eks. hos tandlægen eller fysioterapeuten.

**Egenbetaling:** Når borgere selv må købe og betale for noget, der indgår i sundhedsydelser. F.eks. medicin.

”Men jeg synes, tallene taler for sig selv,” siger *Kirsten Andersen*.

”For samtidig har vi skullet skaffe plads til nye opgaver. Vi har kigget på, hvor vi kunne finde tiden, og om vi kunne vinde noget ved at indføre moderne sårprodukter.”

### Rejser vanskelige spørgsmål

Hvis politikerne i Odense Kommune en dag beslutter, at borgerne selv skal betale sårplejemidler, kan det blive et problem at fastholde besparelserne på sygeplejersketimerne. Juridisk og etisk vil det også rejse mange spørgsmål, vurderer *Bodil Frimodt-Møller*:

”Hvad gør vi så med de patienter, som



”Hvad gør vi så med de patienter, som ikke vil? Som ikke har råd eller ikke magter at fremskaffe sårplejemidler? Eller som hellere vil bruge deres penge på at blive ved med at ryge og drikke?”

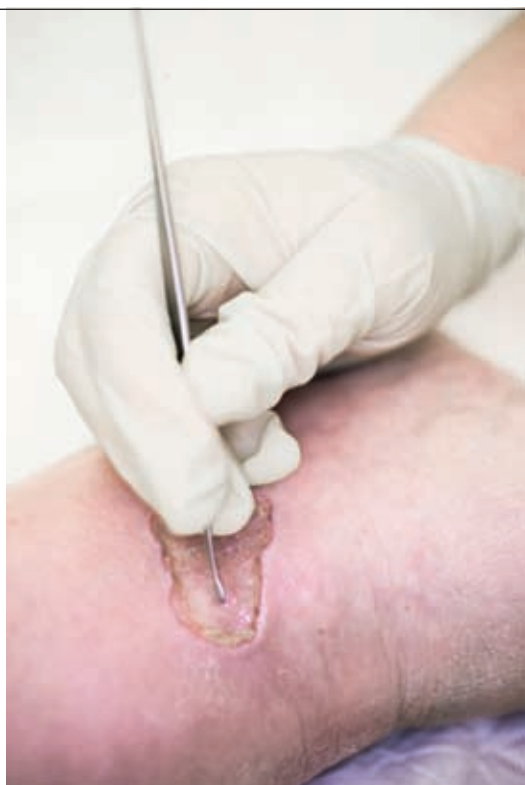
Jurist Bodil Frimodt-Møller, Odense Kommune.

Af Kirsten Bjørnsson, journalist • Foto: Nicolai Howalt

3/2006

Sygeplejersken

17



Hjemmesygeplejen må ikke tage brugerbetaling, dvs. opkræve betaling for hjemmesygeplejersken arbejde. Men kommunen må godt indføre egenbetaling. Dvs. at patienterne selv skal købe og betale de nødvendige materialer.

# sårplejen

ikke vil? Som ikke har råd eller ikke magter at fremskaffe sårplejemidler? Eller som hellere vil bruge deres penge på at blive ved med at ryge og drikke? Skal de så kun have gaze? Selv om det betyder flere skift?

Og hvad med de demente, som ikke har pårørende til at købe ind for sig? Skal vi så have en værge til at sørge for det?”

Den slags overvejelser foregår allerede i kommuner med egenbetaling. F.eks. i Røddekro Kommune, hvor borgerne selv skal købe kompressionsbind og i enkelte tilfælde også sårplejemidler. Næmlig hvis de skal bruge noget, der ikke findes i kommunens standardsortiment.

”Vi har problemstillingen i forbindelse med kortstræksbind,” siger ledende sygeplejerske Aase Kock.

”Når de er vasket et antal gange, har de ingen effekt. For så er elasticiteten forsvundet. Men det kan være svært at få dem skiftet ud.”

Det er ikke nødvendigvis et spørgsmål om at have råd, oplever Aase Kock. Mange ældre mennesker er sparsommelige, og når de ikke kan se, at kompressionsbin-

dene er slidte, så synes de ikke, de skal smides ud.

”Men så kommer hjemmesygeplejersken og spørger mig: Skal jeg blive ved med at køre ud og lægge nogle bind på, som ikke virker? Og det mener jeg faktisk ikke, vi skal. Så må vi sige fra over for behandlingen.”

Hidtil er det lykkedes at forklare borgerne i Røddekro, at de skal købe nye bind, hvis behandlingen skal være noget værd.

”Men problemstillingen er der. Og man kan frygte, at den bliver sværere, hvis vi får egenbetaling i større udstrækning,” mener Aase Kock.

*khj@dsr.dk*

►► **TILSKUDSJUNGLEN.** Hvis en borger skal bruge receptpligtig medicin for mere end 1.260 kr. om året, betaler sygesikringen 75 pct. Tilskuddet når helt op på 85 pct., hvis man skal bruge for mere end 2.950 kr. om året.

Sårplejemidler betaler sygesikringen ikke noget tilskud til. Selv om behandlingen af en enkelt patient kan løbe op i tusindvis af kroner.

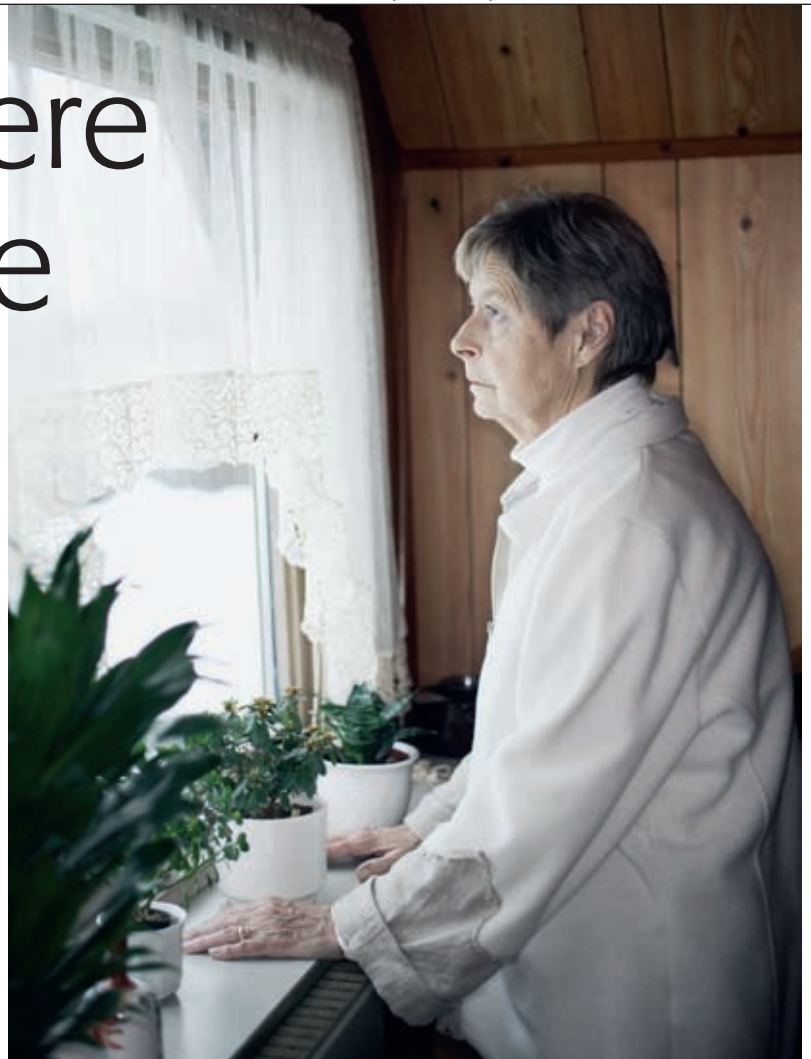
Sårplejemidler er næmlig ikke medicin. De hører til i kategorien ”medicinsk udstyr.” Der stilles ikke så store krav til producenterne om at dokumentere effekten, når man skal have godkendt medicinsk udstyr, som når man skal have godkendt et lægemiddel. Der er heller ikke de samme tilskudsmuligheder for patienterne.

Hvis man bor i en kommune, hvor borgerne selv skal betale for sårplejemidlerne, har man kun den mulighed at søge individuelt tilskud i kommunen.

Sårplejemidler kan ikke bevilges efter servicelovens § 97 om hjælpemidler, fordi der så skal være tale om en varig lidelse. Sårpatienten kan søge tilskud efter syv forskellige paragraffer i henholdsvis serviceloven, aktivloven, pensionsloven og førtidspensionsloven. Men medmindre der er tale om en terminalpatient, er reglerne meget snævre, og der kan stadig blive tale om en stor egenbetaling.

# Det må være ens for alle

**Dyrt postnummer.** Birthe Holm må have sølvkompresser til et meget langt operationssår, som bliver ved med at give problemer. Dem skal hun selv købe, fordi hun bor i Otterup Kommune.



Et halvt år efter by-pass'en er der stadig infektion i Birthe Holms 45 cm lange operationssår på benet, hvor venen blev taget. Fortsætter problemerne, kan det nå at blive dyrt i sølvkompresser.

”Det kan ikke være rigtigt, at det er postnummeret, der afgør, om man skal betale eller ej,” mener *Birthe Holm*, 66.

Hendes mand har lige været på posthuset og betalt 96 kr. for sølvkompresser, som hjemmesygeplejersken havde bestilt for hende hos en grossist.

I forvejen har hun brugt et par hundrede kroner på kompressionsbind og andre materialer. Det er endnu ikke de store udgifter, og det er forskelsbehandlingen, *Birthe Holm* har svært ved at acceptere.

”I Bøge og Sønderø Kommune får man alt betalt, men her i Otterup får man ikke,” forklarer hun.

*Birthe Holm*, der er førtidspensionist, fik en bypassoperation i juli, og til den blev der brugt en vene fra hendes venstre ben. Operationssåret på brystet er helet fint, men det 45 cm lange sår på forsiden af benet har hun haft gentagne problemer med.

”Der bliver ved med at gå stafylokokker

i det. Det er måske, fordi jeg har diabetes, og mit immunforsvar ikke er så godt. Jeg har også fået en hudtransplantation, men den slog ikke an,” fortæller hun.

*Birthe Holm* er lige blevet færdig med endnu en penicillinkur, og nu må det godt snart holde op, for de mange problemer med benet begynder at gå hende på.

”Men jeg er begyndt at få det skiftet med noget med sølv i, og det hjælper. Det er begyndt at gro sammen hernede,” fortæller hun og tager sig til ankelen.

”Det er dyrt, men hvis det er det, der skal til, så må jeg betale.”

*Birthe Holm* er patient i sårcentret på Odense Universitetshospital, og når hun har været i ambulatoriet, får hun resterne af sølvkompresset med hjem til hjemmesygeplejersken. Det kan alligevel ikke bruges til andre patienter. Det første sæt kompressionsbind fik hun også på sygehuset.

Men selv om hjemmesygeplejersken er meget omhyggelig med at klippe til og ud-

nytte kompresserne, skal der alligevel bruges meget til det lange sår.

Det er irriterende, at man skal købe noget nyt, når behandlingen bliver lavet om, synes *Birthe Holm*. Men det er først sølvkompresserne, der begynder at blive dyre. Den forsyning, hun lige har betalt 96 kr. for, rækker kun til tre forbindsskift, og der skal skiftes to gange om ugen.

”Jeg ved ikke, om vi kan blive ved med at få alting gratis,” tilføjer *Birthe Holm*.

”Men hvis man skal betale, så må det være ens for alle. Ligesom med medicin, hvor man selv skal betale et beløb, og så får man tilskud til resten.”

*kbj@dsr.dk*

►► **TIDLIGERE ARTIKLER OM SÅRPLEJEN.** *Sygeplejersken* skrev første gang om problemerne i den kommunale sårpleje i nr. 23/2005.

# DuoDERM® bandagen har været på markedet siden 1982!

DuoDERM sortimentet rummer et bredt udvalg af produkter, størrelser og former. For svært bandagerbare sår-områder, f.eks. sacrum og hæl findes specialtilpassede størrelser.



DuoDERM er en okklusiv, absorberende bandage, som kan anvendes til let til moderat væskende sår. Ved kontakt med sårveske dannes en fugtig gel, som opretholder det fugtige sårmiljø, der fremmer sårhelingen.

Vælg en moderne bandage – vælg DuoDERM!

 DuoDERM®

# Hele familien er medindlagt

**Pårørende.** Mange sygeplejersker finder, at pårørende til patienter med indvandrerbaggrund fylder meget, stiller mange krav og retter sig ikke efter hospitalets rutiner, siger sygeplejerskerne. Andre synes, de pårørende er en ressource, viser Catinét's undersøgelse om sygeplejerskers opfattelse af patienter med indvandrerbaggrund.

De kan være en belastning, men også en ressource. Pårørende til patienter med indvandrerbaggrund fylder godt i sygeplejerskernes hverdag. Og mange af de sygeplejersker, som har deltaget i en undersøgelse, *Sygeplejersken* har foretaget i samarbejde med analysebureauet Catinét, synes, de kræver meget.

I undersøgelsen siger næsten tre ud af fire sygeplejersker, at de opfatter relationen til de pårørende som anderledes end relationen til pårørende til patienter med dansk baggrund.

Ud af de sygeplejersker, der finder relationen anderledes, siger ni ud af 10, at de finder relationen belastende i en eller anden grad. Undersøgelsen siger til gengæld også, at lidt under hver 10. ikke mener, at de pårørende er mere krævende end andre.

Tværtimod, siger en anonym sygeplejerske i undersøgelsen:

”Jeg er imponeret over deres omsorg for hinanden.”

De sygeplejersker, der opfatter de pårørende som en belastning, synes, de fylder meget i afdelingerne, stiller mange krav til pleje og behandling og retter sig ikke efter hospitalets rutiner.

En sygeplejerske skriver, at det kræver meget mere arbejde at skulle passe en patient med indvandrerbaggrund, fordi hele familien er medindlagt.

Det formulerer en anden sygeplejerske i undersøgelsen sådan:

”De pårørende er en større belastning end patienten selv.”

Sygeplejerskerne i undersøgelsen har bl.a. forholdt sig til spørgsmål om antal af pårørende, de pårørendes forståelse for hospitalets rutiner og retningslinjer, deres krav og deres støtte til indlagte familiemedlemmer.

En markant forskel på danske pårørende og pårørende til indvandrere er den helt overvældende interesse, indvandrerne viser de indlagte familiemedlemmer.

Ikke alene møder de talstærkt op, de er også meget lidt tilbøjelige til at forlade hospitalet igen. Det virker forstyrrende for både pleje og behandling, for medpatienter og det indlagte familiemedlem selv, fremgår det af undersøgelsen.

”Det kan være svært at pleje en patient, hvis de pårørende er på døgnnet rundt,” skriver en sygeplejerske i undersøgelsen.

Det er især antallet af pårørende, der kan virke overvældende. 10-20 familiemedlemmer ad gangen er ikke noget særsyn:

”Der var utrolig mange pårørende – 15-20 stykker – og de forstod ikke, at de ikke alle sammen kunne være inde på en lille intensiv stue med en alvorligt syg ung mand,” fortæller en af sygeplejerskerne i undersøgelsen.

For patienter med indvandrerbaggrund er familie et udvidet begreb, hvilket kan betyde, at alle med en eller anden relation til familien dukker op på hospitalet. En sygeplejerske taler om en hel klan, en anden har oplevet, at besøgende fra hele Europa kom strømmende til og ikke kunne forstå, at ikke alle kunne komme ind med det samme, når de nu var rejst så langt.

## Får særbehandling

De mange besøgende kan også være en belastning for medpatienterne. Undersøgelsen rummer talrige udsagn om uro på stuerne, når indvandrerpatienternes pårørende dukker op:

”Der er ingen forståelse for, at de skal

### ►► OM UNDERSØGELSEN:

Analysebureauet Catinét har for *Sygeplejersken* undersøgt, hvordan sygeplejersker møder patienter med indvandrerbaggrund og deres pårørende. Ud af 2000 repræsentativt udvalgte sygeplejersker har de 746 besvaret det udsendte spørgeskema i perioden 11. august -12. september 2005. Det giver en svarprocent på 36. Besvarelserne er anonyme. 689 af de udfyldte spørgeskemaer indgår i den endelige rapport om undersøgelsen. Sprogproblemer, manglende respekt for hospitalets rutiner og forskellige opfattelser af sygdom og sundhed er nogle af hovedtendenserne i de mange svar, som blev behandlet i artikler i *Sygeplejersken* nr. 2/2006 og 3/2006. Læs om selve undersøgelsen og dens resultater på *Sygeplejerskens* hjemmeside [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk)

”Patienten ville have forskellige undersøgelser, der ikke var indikation for. Desuden var der så mange familiemedlemmer til stede, at jeg havde svært ved at udføre livsvigtig sygepleje. De pårørende ville ikke forlade afdelingen på trods af, at patienten havde brug for ro. I stedet vaskede de patienten og holdt vedkommende vågen, så de herved fastholdt patienten i svær smerte og sygdom.”

Anonym sygeplejerske fra undersøgelsen

Af Grethe Kjærgaard, journalist • Modelfoto: Thomas Tolstrup

3/2006

Sygeplejersken

21



forlade stuen, når der skal arbejdes med patienten ved siden af,” skriver en sygeplejerske.

”Medpatienterne kan ikke få en midagslur på grund af de pårørende,” skriver en anden.

Ifølge sygeplejerskerne i undersøgelsen ender det ofte med, at en patient med indvandrerbaggrund får enestue. Det bliver af flere kaldt positiv særbehandling og får enkelte til at fundere over, hvorfor lige netop indvandrerpatienter skal have fordele, når deres sygdom i øvrigt ikke beretiger til det. En af dem forklarer:

”Det er svært at håndtere mange pårørende på flersengsstuer. Egentlig bliver det til en slags omvendt diskrimination, da vi ofte ender med at give disse patienter ene-

stuer, så hele familien kan være der.” Særbehandling kan også give sig udslag i, at sygeplejerskerne ”bøjer” afdelingsreglerne for at imødekomme indvandrerfamilierne:

”Når enestue ikke er muligt, lader jeg de pårørende sove i weekendseng ved siden af patienten, også selv om det generer medpatienten,” fortæller en sygeplejerske.

#### Overholder ikke regler

Ud over postyr og uro på stuerne oplever mange sygeplejersker, at de pårørende ikke vil følge hospitalets rutiner:

”De respekterer ikke personalets anvisninger og overholder ikke afdelingens regelsæt,” lyder det samstemmende fra flere af sygeplejerskerne i undersøgelsen.

Det drejer sig især om besøgstider og antal af pårørende.

”Jeg har mødt pårørende, som har følt sig forfulgt og diskrimineret, da de høfligt blev bedt om at tage hjem, fordi der var patienter, som gerne ville sove. Klokkeren var da 23 om aftenen,” fortæller en sygeplejerske.

Andre sygeplejersker fortæller, at pårørende dukker op på alle mulige tidspunkter af døgnet. Det er ikke ualmindeligt, at 10-11 pårørende dukker op ved 22-tiden og ofte medbringende børn. Det sidste får en sygeplejerske til at fortælle:

”Der sættes ingen grænser for mindre børn. De slår ofte eller sparker ud efter personalet. De larmer og roder. Forældrene stopper dem ikke. De er tilsyneladende ligeglade.”

## ”Pårørende vurderer, om man er egnet til at varetage plejen af deres familiemedlem.”

Anonym sygeplejerske fra undersøgelsen

► Et andet forhold, nogle sygeplejersker finder belastende i dagligdagen, er de pårørendes selvfølgelige omgang med hospitalets ressourcer:

”De tager mad og drikkevarer fra patientvognen. De tømmer afdelingens køleskab. De vil have penge til busbilletter,” lyder det.

### Omsorg fra familien

I mange af de hjemlande, indvandrere kommer fra, er det en selvfølge og en nødvendighed, at familien tager sig af deres syge familiemedlem under en hospitalsindlæggelse. Det gælder både med hensyn til pleje

og forplejning. Den tradition har mange indvandrere bragt med sig til Danmark:

”De pårørende forlanger eller forventer at blive en del af sygdomsforløbet.”

”Pårørende forventer ofte anden behandling end den tilbudte.”

”De pårørende bestemmer ofte, hvad patienten må give af oplysninger,” er nogle af udsagnene fra undersøgelsen.

De pårørendes interesse omfatter også maden. Nogle dukker op med patientens livretter og kan ikke forstå, at hospitalet ikke kan opbevare maden i dagevis.

Nogle sygeplejersker har erfaring med, at mødre begynder at give deres nyopere-

rede børn slik, så børnene kaster op. I det hele taget er det svært at få familien til at holde igen, når patienten skal faste, understreger andre i undersøgelsen.

### Vi kan lære af dem

Knap hver 10. sygeplejerske (9 pct.) finder, at de pårørende ikke er nogen særlig belastning i deres arbejde, snarere en ressource:

”Vi danskere kunne nok lære noget af dem,” skriver en sygeplejerske.

Andre skriver:

”Det er dejligt at se den store omsorg for deres familie. De pårørende er ofte mere støttende.”

”Det er vigtigt hele tiden at have den, der bestemmer i familien, med i samarbejdet.”

”Bedsteforældrene bestemmer alt i familien og sætter dagsordenen.”

”Derfor er det,” som en af sygeplejerskerne konkluderer i undersøgelsen, ”en udfordring at få de pårørendes tillid og forståelse.”

gk@dsr.dk

►► **ANDERLEDES RELATIONER.** Næsten tre ud af fire sygeplejersker (70 pct.) i *Sygeplejerskens* undersøgelse opfatter relationerne til de pårørende til patienter med indvandrerbaggrund som anderledes end relationerne til pårørende til patienter med dansk baggrund.

Ni ud af 10 af dem, der opfatter relationerne anderledes, ser de pårørende til en patient med indvandrerbaggrund som en belastning i en eller anden grad.

Kilde: *Sygeplejerskens* undersøgelse af patienter med indvandrerbaggrund.

# Forstår ikke forsøg

**Anderledes.** Det er ekstra svært at informere indvandrere om medicinske forsøg på sygehuset, også selv om de har en pårørende med til at hjælpe sig, siger Bonnie Myhre i Hørsholm.

For sygeplejerske *Bonnie Myhre* på Hørsholm Sygehus er kommunikationen til patienter med indvandrerbaggrund og deres pårørende særlig svær lige nu. Som projektsygeplejerske er det nemlig hendes opgave at rekruttere deltagere, der skal have en alloplastik, til et klinisk forsøg på sygehuset. Det betyder, at indvandrerpatienterne skal kunne forstå så meget dansk, at de kan tage stilling til, om de vil være med.

”De fleste indvandrere, jeg møder, har – som også mange danskere – ingen idé om, hvad et medicinsk forsøg indebærer. Nogle har f.eks. en forestilling om, at de så nærmest bliver overladt til sig selv. Så er det min opgave at forklare, at det faktisk forholder sig lige omvendt. At de vil blive fulgt mere intensivt end under normale forhold. Som regel er der en pårørende med til at støtte og ofte tolke for patienten, og det gør det ekstra svært for Bonnie Myhre at finde

ud af, om patienten nu også selv forstår, hvad hun i givet fald siger ja til.

”Hvis patienten via den pårørende ikke bliver klar over det, så må jeg ikke inkludere hende i forsøgsgruppen. Jeg skal nemlig skrive under på, at patienten har forstået informationen. For mig har det betydet, at jeg i to tilfælde måtte afskrive en indvandrerpatient, fordi jeg ikke kunne være sikker på, at den pårørende havde tolket situationen rigtigt. Og det er en skam, fordi man så som indvandrer ikke får den samme valgmulighed som andre patienter,” siger hun.

Da Bonnie Myhre arbejdede på skadestuen på Hillerød Sygehus, var det andre forhold, der gjorde sig gældende, når hun skulle tage sig af indvandrerpatienter og deres pårørende:

”Her kunne jeg i de akutte situationer opleve, at især de pårørende kunne blive meget vrede over, at deres familiemedlem



FOTO: THOMAS TOLSTRUP

Bonnie Myhre: ”De indvandrere, jeg møder, har – ligesom mange danskere – ingen idé om, hvad et medicinsk forsøg indebærer.”

ikke med det samme kunne komme under behandling, og hvor jeg så måtte forklare dem, at de bestemt ikke blev overset, men at jeg var nødt til at prioritere. Det var svært at rumme de situationer, fordi disse mennesker reagerede helt anderledes, end vi er vant til,” siger hun.

gk



# Vigtigt med klare grænser

**Berøringsangst.** Patienter med indvandrerbaggrund og deres pårørende søger grænser. Derfor er det vigtigt, at sundhedsvæsenet selv sætter dem, siger en tolk og informator i indvandrerspørgsmål.

Esma Birdi, tolk og informator om indvandrerspørgsmål bl.a. hos politiet, peger på, at nogle indvandrere, der har boet i Danmark en del år, ved, at man kan stille krav til sundhedsvæsenet, at man selv kan bestemme langt hen ad vejen:

”Men det er ikke altid, at de kan se, hvor grænsen går. De siger, hvad de ønsker, og håber på det bedste. Men det betyder ikke, at de har en klar forventning om, at sådan bliver det,” siger Esma Birdi, hvis familie selv har indvandrerbaggrund.

Hun fortolker det, som om disse indvandrere søger grænser. Derfor er det vigtigt, at systemet selv sætter grænser, ellers kan forventningerne blive for urealistiske, mener hun og peger på, at indvandrere generelt har større behov end etniske danskere for at blive guidet gennem sundhedsvæsenet.

”Desværre er der mange, som bruger deres ferie i hjemlandet til at opsøge de lokale læger, fordi de ikke tror, at de kan forklare sig over for en dansk læge. For eksempel kan nogle blive forurologet, når

Esma Birdi: ”Desværre er der mange, der bruger deres ferie i hjemlandet til at opsøge lokale læger, og det går ud over tilliden til det danske sundhedsvæsen.”

en dansk læge slår op i sin medicin håndbog og ikke har den paratviden, som de tror, deres egne hjemlige læger har. Lægerne i hjemlandet vil gerne tjene nogle penge, og det går ud over tilliden til det danske sundhedsvæsen. Nogle indvandrere forventer, at den offentlige sygesikring betaler, når de kommer hjem fra disse lægebesøg i hjemlandet, men det gør det offentlige jo kun, hvis der er tale om noget akut. Desværre kan det blive tolket som *Det er nok, fordi jeg er anderledes*. For nemt og bekvemt,” understreger Esma Birdi.

Hun mener, at mange fagpersoner har en slags berøringsangst over for indvandrere af skræk for netop at blive beskyldt for at være racistiske:

”De er bange for, hvordan de etniske minoriteter reagerer, og det duer ikke. Så viser man usikkerhed, og den usikkerhed kan blive misbrugt,” forklarer hun.

”Hvis patienten og de pårørende kan se, at man vakler, så risikerer man, at de bliver mere krævende og måske stiller helt urealistiske krav. For eksempel kan sundhedsplejersker opleve, at nogle indvandrerkvinder vil faste, selv om de ammer. Kvinder er i den situation fritaget for at faste, men de, der insisterer, mener selv, de bliver en bedre troende, hvis de gør det. Her skal sundhedsplejersken ikke være bange, men slå fast, at det har konsekvenser for barnet, og at det er kvinden selv, der har ansvaret. Det kan lyde autoritært, men det er vigtigt at sætte en grænse, som indvandrerne kan forholde sig til,” siger hun.

# De tager traditionen med på hospitalet

**Kulturmønstre.** Mistillid til sundhedssystemet i hjemlandet får pårørende til patienter med indvandrerbaggrund til at flokkes på de danske hospitalsafdelinger.

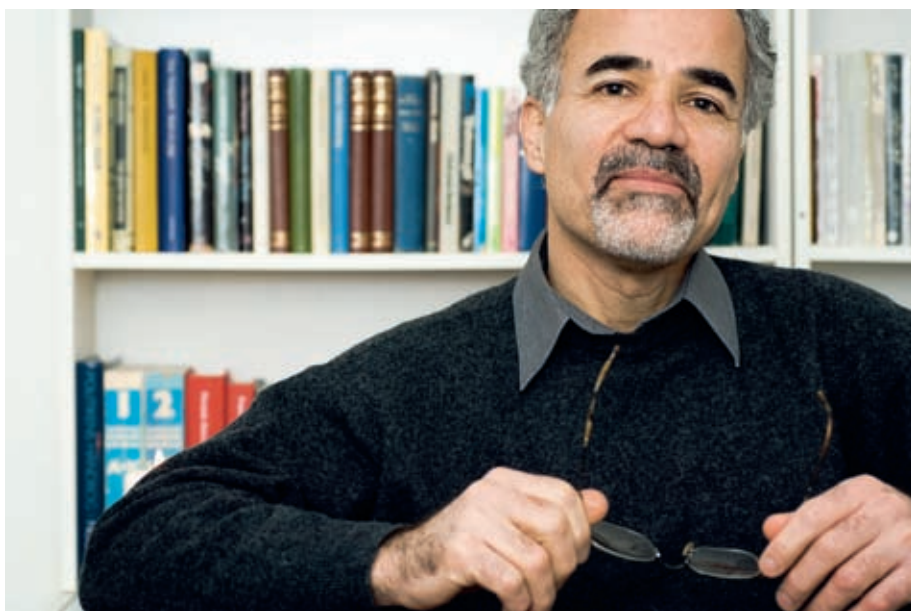
For *Mahmoud Shamshiri Hansen*, iraner og danskuddannet psykolog siden 1998, er der ikke noget overraskende i, at pårørende til hospitalsindlagte indvandrere møder op i stort tal og insisterer på at tage del i plejen af deres familiemedlem, sådan som det fremgår af Catinéts undersøgelse af sygeplejerskernes møde med patienter med indvandrerbaggrund og deres pårørende.

"I mange af de hjemlande, indvandrerne kommer fra, er der stor mistillid til sundhedssystemet og det politiske system i det hele taget. Derfor møder de talstærkt op for at vise over for omgivelserne, at deres indlagte slægtning ikke er alene, men har et stærkt bagland," forklarer han.

"De mange pårørende skal signalere både til patienten og til hospitalet, at der er mange, der passer på ham. At her er en patient, som I – sygeplejersker og læger – ikke kan tillade jer at ignorere. Det er den adfærd, mange indvandrere bringer med sig til det danske sundhedssystem – uvidende om, at forholdene i Danmark er så ganske anderledes end i deres hjemland."

Mahmoud Shamshiri Hansen understreger, at det i bund og grund handler om tryk for patienten og hans pårørende:

"Der, hvor jeg kommer fra, kan en hospitalsindlæggelse være enormt krævende for både patient og pårørende. Basalt handler det om at overleve i et nedslidt sundhedsvæsen, hvor professionalisme og medmenneskelighed er en mangelvare. Det oplevede jeg selv, da jeg var i Iran for



Mahmoud Shamshiri Hansen: "De mange pårørende skal signalere, at der er mange, der passer på patienten."

at bistå min gamle mor, da hun skulle opereres for galdesten. Her må familien virkelig hjælpe næsten med alt – fra toiletbesøg og forplejning til opsyn med behandlingen," fastslår han og tilføjer:

"Oveni kommer en stærk familietradition. På grund af den kollektivistiske livsform synes familiemedlemmerne, at de bør støtte og hjælpe deres familiemedlem. Det betyder, at de vil have mulighed for at involvere sig – også fordi opfattelsen er, at fremmede sygeplejersker slet ikke kan erstatte den personlige omsorg for deres familiemedlem. Traditionelt er det netop

familien, der har ageret omsorgspersoner og taget sig af de syge i familien, og det er det kulturmønster, de bringer med til Danmark."

Mahmoud Shamshiri Hansen peger også på, at der kan være indvandrere, som har følt sig diskrimineret i det danske samfund og derfor lider af en paranoia eller mistillid til deres nye hjemland. Det kan resultere i indstillingen "dem og os," og det gennemsyrrer deres hverdag – og også mødet med hospitalsverdenen.

Løsningen på lang sigt er integration ifølge Mahmoud Shamshiri Hansen, men inden da handler det om oplysning:

"Når man som indvandrer eller flygtning starter et nyt liv i Danmark, skal man informeres grundigt om forholdene her. Og meget gerne med hjælp fra indvandrere, som er velintegrerede i det danske samfund," siger han.

gk@dsr.dk

►► **SPECIALE I FLYGTNINGE OG INDVANDRERE.** *Mahmoud Shamshiri Hansen* blev cand.psych. fra Aarhus Universitet i 1998 og har skrevet speciale om betydningen af flygtninge og indvandreres kulturelle baggrund for deres identitetsudvikling og sundhed i Danmark. Indtil 2003 har han været ansat i Dansk Røde Kors. I dag er han privatpraktiserende psykolog.



**Høflige.** Sygeplejerske Rise Kaas Vad i Aalborg glæder sig over al den hjælp, hun får fra pårørende til indvandrerpatienter.

## Duftende lammegryde

Pårørende til indvandrerpatienter er ikke en belastning for sygeplejerske Rise Kaas Vad på Medicinsk Center for Dialyse ved Aalborg Sygehus. Snarere tværtimod.

”De passer deres syge slægtninge så godt,” forklarer hun.

Rise Kaas Vad har netop afsluttet et forløb med de pårørende til en nyretransplanteret somalisk kvinde. Døtrene kom hver dag og tog hånd om deres syge mor. Kvinden skulle have store mængder medicin intravenøst over flere timer døgnet rundt, og her var det en stor hjælp, at døtrene konstant var ved deres mors sygeseng og kunne fortælle hende, hvornår det var tid at ”skifte posen.”

”Det var jeg helt tryk ved,” siger Rise Kaas Vad, der har det udmærket med, at ikkeprofessionelle deltager i plejen af deres syge slægtninge.

”De indvandrere, jeg møder, er både søde og høflige og stiller ikke alle de krav, som jeg tit kan møde hos danske patienter. De kan godt argumentere med, at nu da de betaler så meget i skat, så har de sandelig også krav på det ene og det andet. Den slags hører jeg aldrig fra indvandrere.”

Døtrene til den somaliske kvinde kom hver dag med mad til deres mor, men det generede ikke Rise Kaas Vad det mindste.

”For mig er det fint nok, at indvandrerpatienterne helst spiser deres egen mad. Der kan godt dufte temmelig kraftigt af lammegryde, når jeg kommer ind på en stue. Det er altid spændende, synes jeg, og ofte spørger jeg, hvad der er kommet i gryden af krydderier.”



FOTO: LARS HORN/BAGHUSET

Rise Kaas Vad: ”Der kan godt dufte temmelig kraftigt af lammegryde, når jeg kommer ind på en stue.”

Rise Kaas Vad vedgår, at ikke alle medpatienter synes lige godt om duftende lammegryder eller indvandrerpatienter generelt. Men som regel går der kun ganske kort tid, så synes nordjyderne alligevel om de fremmede og vil gerne bistå, hvor de kan.

Kun en enkelt gang har hun fået en klage fra en dansk medpatient:

”Nu ligger de igen og beder til Allah bag gardinerne,” klagede vedkommende.

”Jeg kunne kun opfordre hende til at få sendt en bøn med derop, men det syntes hun ikke var sjovt.”

gk



## Medicinske Fagudtryk

2. udgave af  
Jan Rytter  
Nørgaard

Bogen har fået undertitlen »en klinisk ordbog med kommentarer« og indeholder udover ordforklaringerne sygdommes eller sygdomsgruppers symptomer, forløb, prognose og behandling. Der er opslag om bl.a. immunologi, mikrobiologi, genetik og genteknologi samt mange opslag med korte anatomiske og fysiologiske forklaringer.

861 sider, kr. 299.

Sælges i enhver boghandel og i DSR's butik i Sankt Annæ Plads 30, 1250 København K.



Valg til lokale bestyrelser 2006

# Vil du have indflydelse og nye kompetencer?

## Vi tilbyder

Dansk Sygeplejeråd afholder valg til lokale bestyrelser fra **5. maj til 29. maj 2006**. Her skal en lang række bestyrelsesposter besættes med medlemmer, der har lyst til at være med til at sætte dagsordenen for fremtidens sundhedsvæsen. De kommende års arbejde i bestyrelserne tegner særdeles spændende, fordi sygeplejerskers rolle og sundhedsvæsenets organisering er under stærk forandring. Hvis du vil have mulighed for at sætte dit fingeraftryk der, hvor beslutningerne træffes, så stil op til bestyrelsesvalget.

En ekstraordinær kongres, der finder sted den 1. og 2. marts 2006, vil beslutte om Dansk Sygeplejeråds nuværende amtskredse skal erstattes af 8-9 lokale kredse eller 5 regioner.

## Du får mulighed for

- " indflydelse på bl.a. sundhedspolitik, fagets udvikling, din egen fagforening og på din egen og dine kollegers løn- og arbejdsforhold
- " nye netværk
- " gode uddannelsesmuligheder
- " personlig udvikling
- " tjenestefri med løn til deltagelse i møder.

## Vi forventer

- " at du har aktivt medlemskab af Dansk Sygeplejeråd
- " at du har engagement og holdninger til dit fag og dets udvikling
- " at du vil være med til at varetage medlemmernes interesser
- " at du har lyst til og mulighed for at afsætte tid til møder og forberedelse til bestyrelsesarbejdet.

## Sidste frist for opstilling

7. april 2006.

## Tiltrædelse

30. maj 2006.

## Yderligere oplysninger

Læs om arbejdet i bestyrelserne som særskilt emne på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk), i Sygeplejersken eller kontakt din amtskreds og få svar på alle dine spørgsmål.

Stil op som lokalpolitiker i Dansk Sygeplejeråd





**Risikogrube.** Mange ledende sygeplejersker rører sig alt for lidt både på jobbet og i fritiden ifølge en ny undersøgelse. Dermed er de i risikogrupper for at få følgesygdomme som hjerte-kar-sygdomme og sukkersyge.

Stadigt mere af arbejdet for såvel afdelingssygeplejersker som oversygeplejersker foregår ved skrivebordet ved computeren eller til møder, mener formand for Fagligt Selskab af Ledende Sygeplejersker, Lis Horstmann Nøddeskou, der selv dyrker megen motion i fritiden – her i motionsrummet på Roskilde Amts Sygehus i Køge.

# Topledere i sygeplejen skal op af stolen

Gå nogle flere runder i afdelingen og tag trappen frem for elevatoren. Sådan kunne et godt råd til landets ledende sygeplejersker lyde. De bevæger sig nemlig alt for lidt at dømme efter en ny rapport fra Dansk Sygeplejeråd. Samtlige chefsygeplejersker (100 pct.), der medvirker i undersøgelsen, og ni ud af 10 (87 pct.) af oversygeplejerskerne har et arbejde, der hovedsageligt er stillesiddende. Mange af

dem er heller ikke nok fysisk aktive, når de kommer hjem fra deres ofte lange arbejdsdag. Det placerer dem i risikogrupper for hjerte-kar-sygdomme, fedme og gammelmandssukkersyge. Dødeligheden og forekomsten af hjerte-kar-sygdomme er ca. dobbelt så stor hos inaktive som hos aktive ifølge Sundhedsstyrelsen.

Det stillesiddende arbejde foregår typisk foran computeren og ved mødeborde.

En del ledende sygeplejersker er aktive i deres fritid. Det er dog kun lige under halvdelen af de ledende sygeplejersker, der i undersøgelsen har svaret, at de er fysisk aktive mellem 2-4 timer om ugen. Nærmere betegnet "let fysisk aktive," som vil sige, at pulsen kommer op, uden at der er tale om hård fysisk anstrengelse. Hver tredje er "let fysisk aktiv" i mere end fire timer om ugen, mens hver femte (18 pct.) ►

► har svaret, at de er "helt fysisk passive" i fritiden. En enkelt procent angiver at dyrke mere anstrengende aktiviteter i mere end fire timer om ugen.

Modsat de ledende sygeplejersker har basissygeplejersker meget stående og gående arbejde, og for mange skal også foretage løft i forbindelse med patientplejen. Kun knap hver 10. (9 pct.) af basissygeplejerskerne har svaret, at deres arbejde hovedsageligt er stillesiddende. Blandt de øvrige grupper af sygeplejersker har hver tredje eller mere et fysisk inaktivt arbejde.

Tendensen er tydelig: Jo højere sygeplejersker kommer opad i hierarkiet, jo mindre bevæger de sig.

### Travle kvinder

Lange arbejdsdage, børn og lederuddannelse ved siden af jobbet kan være nogle af forklaringerne på, at de ledende sygeplejersker ikke prioriterer at gå i motionscenter, løbe sig en tur eller skovle sne, når de kommer hjem.

Formanden for fagligt selskab for ledende sygeplejersker, *Lis Horstmann Nøddeskov*, har dog svært ved at genkende billedet af de stillesiddende sygeplejeledere.

"Jeg danser, går til ridning og løber flere gange om ugen, og det er mit indtryk, at andre ledende sygeplejersker også er aktive i fritiden. Det er mennesker, der er gode til at planlægge deres tid, så de f.eks. kan tage cyklen på arbejde," siger hun.

Hun kan godt nikke genkendende til, at såvel oversygeplejerskers som afdelingssygeplejerskers arbejde er blevet mere stillesiddende i løbet af de seneste 10 år.

"Vi forlanger mere administrativt arbejde af afdelingssygeplejerskerne. MUS-samtaler og kompetenceudviklingssamtaler foregår også siddende, og det er blevet kutyme at sende mails i stedet for at gå rundt og tale med hinanden. EPJ (elektronisk patientjournal, red.) gør også arbejdet mere stillesiddende," siger Lis Horstmann Nøddeskov.

For at kompensere for det stillesiddende arbejde råder hun sine ledende kolleger over hele landet til at tage trapperne frem for elevatoren og få placeret printerne sådan, at man skal rejse sig jævnligt.

*sbk@dsr.dk*

# Hvert skridt tæller

**Afstand.** Sygeplejersken har sendt et par skridttællere til to ledende oversygeplejersker på Gentofte Amtssygehus og bedt dem registrere, hvor meget de går i løbet af en weekend og et par arbejdsdage. Resultatet viser, at det ikke er hver dag, de to sygeplejersker når op på de anbefalede minimum 10.000 skridt pr. dag.



*Birgitte Degenkolv*, 44 år, har været ledende oversygeplejerske på Medicinsk afdeling F i to år, det første år som konstitueret leder. Er sammen med den ledende overlæge leder for ca. 230 mennesker.

Skridttælleren viste: Fredag: Langt formiddagsmøde, 7.465 skridt. Lørdag: Huslige gøremål og gåtur på en time, i alt 9.306 skridt. Søndag: Gåtur på ca. 2 timer, i alt 12.298 skridt. Mandag og tirsdag: Lange arbejdsdage med mange møder og administrativt arbejde, hhv. 4.130 og 7.041 skridt.

"Alene det at gå med skridttælleren betyder, at jeg bliver mere fokuseret på, at jeg da også lige kan gå over at tale med nogen i stedet for bare at ringe."

*Hvor stor en procentdel af dit arbejde er stillesiddende arbejde?*

"Selv om jeg synes, jeg farer rundt, så er det nok stillesiddende to tredjedele af tiden. Når man er ny leder, går man meget rundt på afdelingen for at lære folk at

kende. Med tiden bliver arbejdet mere stillesiddende."

*Er du fysisk aktiv, hvor pulsen kommer op, i mindst 30 minutter hver dag?*

"Nej, ikke hver dag. Tre gange om ugen løber eller går jeg i en halv time."

*Hvad er dit transportmiddel til og fra arbejde?*

"Jeg bor 30 km væk, så jeg kører i bil. Om sommeren kan jeg godt finde på at cykle, men ikke regelmæssigt. Det tager halvanden time, fordi jeg også skal i bad."

*Bruger du Gentofte Amtssygehus' motionsrum?*

"Nej. Det hænger bl.a. sammen med, at vi er en børnefamilie, og det passer mig bedre, hvis jeg kan bruge et motionsrum i weekenden, når jeg har fri."

*Laver du pausegymnastik?*

"Nej. Hvis jeg føler trang til det, så rejser jeg mig og går et ærinde i afdelingen."

*Bliver der arrangeret fysiske sportsaktiviteter - deltager du?*

### ►► RAPPORTER I UNDERSØGELSEN.

Titlen på Dansk Sygeplejeråds nye rapport er: Ergonomisk, fysisk og kemisk arbejdsmiljø samt arbejdsulykker og erhvervsbetingede lidelser.

Den er led i SATH-undersøgelsen (Sygeplejerskers Arbejdsmiljø, Trivsel og Helbred), som udføres i et samarbejde mellem Dansk Sygeplejeråd og Arbejdsmiljøinstituttet. Godt 4.500 tilfældigt udvalgte blandt Dansk Sygeplejeråds medlemmer medvirker i undersøgelsen.

Tidligere rapporter fra undersøgelsen er:

- 2003: Sygefravær, intentioner om jobskifte samt intentioner om ophør fra arbejdsmarkedet.
- 2003: Balance mellem arbejde og privatlivet.
- 2004: Vold og trusler om vold.
- 2005: Arbejdstid og arbejdsmiljø.

Rapporterne kan læses på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside: [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) under fagligt område/arbejdsmiljø.

”Der er et stafetløb i Fælledparken én gang om året, som jeg deltager i, ellers ikke.”

*Er de fysiske rammer indrettet sådan, at man skal bevæge sig for f.eks. at hente print?*

”Min sekretær sidder et stykke nede ad gangen, så jeg rejser mig meget.”

*Får du nok motion?*

”Nej, det gør jeg ikke. I øjeblikket er jeg i gang med at læse for at tage en masteruddannelse på Handelshøjskolen. Jeg arbejder ca. 50 timer om ugen og derudover bruger jeg 20-30 timer om ugen på mit studie. Jeg plejer at løbe oftere, end jeg gør i øjeblikket, og i perioder melder jeg mig ind i det lokale motionscenter.”

*Er du bevidst om, at du tilhører risikogruppen for følgesygdomme som fedme, hjerte-kar-sygdomme og sukkersyge?*

”Ja, men ikke nok til at gøre noget ved det. Jeg vil gerne, men jeg har ikke tid i øjeblikket.”



Jane Olesen, 55 år, har været ledende oversygeplejerske på Dermato-venerologisk afdeling K i 16 år. Sammen med en ledende overlæge er hun leder af en afdeling med i alt 70 ansatte.

Skridttælleren viste: Onsdag: 6.739 skridt. Torsdag: 8.932 skridt. Fredag: 5.187 skridt. Lørdag: 12.255 skridt. Søndag: 10.240 skridt.

”Jeg tror ikke på, at denne skridttæller viser rigtigt! Nogle gange kommer jeg til at reset’e den, og det er måske ikke altid, jeg lige har kigget, hvad der stod.”

*Hvor stor en procentdel af dit arbejde er stillesiddende arbejde?*

”Det er måske 60-70 pct. af tiden. Mine afdelinger ligger spredt, så jeg synes nu også, at jeg bevæger mig meget rundt.”

*Er du fysisk aktiv, hvor pulsen kommer op, i mindst 30 minutter hver dag?*

”Ja. Jeg går tur med min hund i skoven to gange hver dag, tilsammen tre kvarter, og der kommer pulsen op, det kan jeg bedst lide. Derudover bruger jeg kondicyklen tre gange om ugen i 20 minutter.”

*Hvad er dit transportmiddel til og fra arbejde?*

”Bil.”

*Laver I pausegymnastik?*

”Nej.”

*Bruger du Gentofte Amtssygehus’ motionsrum?*

”Jeg har brugt det, men det er mest for dem, der pumper muskler. Det handler om, at jeg gerne vil hjem til min hund, som er alene længe nok, mens jeg er på arbejde.”

*Bliver der arrangeret fysiske sportsaktiviteter – deltager du?*

”På min afdeling er der mange, der deltager i cykel- og motionsløb, men jeg deltager ikke.”

*Er de fysiske rammer indrettet sådan, at man skal bevæge sig for f.eks. at hente print?*

”Nej, jeg har det, jeg skal bruge tæt på mig.”

*Får du nok motion?*

”Ja, det synes jeg. Jeg synes selv, at jeg er utroligt aktiv.”

*Er du bevidst om, at for lidt fysisk aktivitet kan medføre følgesygdomme som fedme, hjerte-kar-sygdomme og sukkersyge?*

”Det er jeg meget bevidst om. Jeg har type 2-diabetes, som er arveligt. Selv om jeg ikke er overvægtig, ville jeg gerne smide et par kilo.”

*sbk@dsr.dk*

►► **EN HALV TIME HVER DAG.** Fysisk aktivitet skal være regelmæssig, helst daglig og af en samlet varighed på 30 minutter pr. dag ved en let til moderat intensitet. Aktiviteten skal være ud over den, som dagliglivet hjemme og på arbejdet medfører.

For at få fuld sundhedsmæssig effekt kræves det, at man yderligere dyrker mellem 30-60 minutters motion pr. uge af hård intensitet eller 60-120 minutter af moderat til hård intensitet pr. uge. Er man helt utrænede, er det naturligt at begynde med motion af moderat intensitet. Derefter kan man over en 2-3 måneders periode forsøge at leve op til anbefalingerne. Anbefalingerne stammer fra bogen ”Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling” af professor Bente Klarlund Pedersen og professor Bengt Saltin. Kan downloades fra internettet på: [http://www.sst.dk/faglige\\_omr/sundhed/Motion/del\\_2\\_ps.pdf](http://www.sst.dk/faglige_omr/sundhed/Motion/del_2_ps.pdf).



Næstformand Grete Christensen: "Vi har gjort meget for at få begge strukturmodeller til at være i overensstemmelse med holdningen om, at vores organisation skal bygge på hjørnestenene nærhed, sammenhængskraft og slagkraft."



Bo Smith, Fyns amtskreds: "Selv om vi måske skal have et centralt kontor i en region, så skal vi også bevæge os ud og holde møder tættere på arbejdspladserne."



Else Kayser, Århus Amt: "Medlemmerne ved, at det er de lokalt valgte repræsentanter, der kommer til at sidde i det koordinerende regionsråd."

**Fokus.** Hovedbestyrelsen fremlægger to alternative strukturforslag til Kongressen vedrørende fremtidens Dansk Sygeplejeråd. Forslagene har hver sin indgangsvinkel.

## Kongressens udfordring

# Slagkraft eller

Fremtidens Dansk Sygeplejeråd skal være opdelt i fem regioner eller otte kredse.

Som en overgangsordning skal regionerne opdeles i valgkredse. Derimod skal Bornholm på grund af sin beliggenhed have en permanent valgkreds, som sikrer landets fjerdestørste ø to pladser i lokalbestyrelsen, uanset hvilken af de to strukturmodeller der bliver tale om.

Det er de to alternative strukturforslag, som hovedbestyrelsen har sendt videre til medlemmerne af Dansk Sygeplejeråds kongres. Derudover skal kongressen tage stilling til mindst ét helt andet strukturforslag, som kommer fra Frederiksborg amtskreds. Den nordsjællandske amtskreds foreslår, at Dansk Sygeplejeråd opdeles i fire sektorer efter sygeplejerskernes arbejdsgiverområder: en kommunal sektor, en regional sektor, en privat sektor og en statssektor.

Og endelig vil der blive fremsat et ukendt antal ændringsforslag til hoved-

bestyrelsens forslag, både før og under kongressen.

Så der bliver nok at drøfte for de 174 delegerede, når Dansk Sygeplejeråds kongres mødes ekstraordinært i Falkoner Centret i København i dagene den 1. og 2. marts 2006.

Hovedbestyrelsen har haft flere langvarige drøftelser af de strukturforslag, der nu fremlægges til kongressen som de forslag, der har størst tilslutning i hovedbestyrelsen. Enstemmighed er der ikke tale om.

### Forskellige indgangsvinkler

De to strukturmodeller har forskellige indgangsvinkler til at sikre henholdsvis nærhed, sammenhængskraft og slagkraft, fastslår Dansk Sygeplejeråds 1.-næstformand *Grete Christensen*. Hun har været formand for den politiske styregruppe, der har forberedt grundlaget for medlemsdebatterne og hovedbestyrelsens de-

batter om fremtidens Dansk Sygeplejeråd.

"Vi har gjort meget for at få begge strukturmodeller til at være i overensstemmelse med holdningen om, at vores organisation skal bygge på hjørnestenene nærhed, sammenhængskraft og slagkraft. Men det er klart, at det er utopi at tro, at alle tre ting kan vægtes lige højt i de to strukturmodeller," siger hun.

"Regionsmodellens udgangspunkt er slagkraften i forhold til sygeplejerskernes arbejdsgivere. Regionsstrukturen matcher direkte regioner og kommuner. For stadig at sikre medlemmerne nærhed og indflydelse har vi beskrevet, at begge modeller ikke kun handler om at opbygge en anden struktur, men at udvikle organisationens arbejde på en helt anden måde. Vi skal understøtte, at tillidsrepræsentanten er den naturlige første kontaktperson, når medlemmerne har brug for deres faglige organisation. Vi



# nærhed

skal i højere grad få organisationen ud på arbejdspladsen og løse opgaver på arbejdspladsen ved at sikre et tæt samarbejde mellem den politiske ledelse i regionsbestyrelserne og sygeplejerskernes tillidsrepræsentanter. Faglige klubber kan få et nyt indhold og betydning,” siger Grete Christensen.

”Kredsmodellen er til gengæld udtryk for, at nærheden fylder meget, og at den politiske ledelse skal være tættest muligt på medlemmerne. Kredsmodellen har stor fokus på de nye sundhedsopgaver i kommunerne, men også at der skal være sygehuse i hver kreds, så begge sundhedssektorer er repræsenteret. Man kan sige, at slagkraften i forhold til regionerne ikke er helt så direkte som i regionsmodellen. Derfor bliver udfordringen at sikre, at man taler med én stemme over for regionen. Kredsbestyrelserne bliver derfor det forum, der skal give mandat til dem, der indgår i DSR-regionsrådene, og

som forhandler på vegne af kredsene,” siger Grete Christensen.

Hun tilføjer, at begge strukturmodeller vil betyde omlægning af organisationens arbejde:

”Vi har ikke bundet os til, hvilken administrativ struktur vi skal have senere, men det er klart, at den skal understøtte den politiske struktur, vi vælger.”

## Andet lokalt nærvær

Regionsmodellen tager udgangspunkt i at matche de regionale arbejdsgivere, men det behøver ikke at gå ud over nærheden til medlemmerne, mener medlem af den politiske styregruppe, amtskredsformand *Bo Smith*, Fyn:

”Man kan kompensere for, at der er færre lokalafdelinger i regionsmodellen end i kredsmodellen ved at rette blikket ud mod arbejdspladserne og tillidsrepræsentanterne.

Det billede, jeg har af en regionslokal-

afdeling, er, at regionen har noget personale, som er kontaktpersoner for bestemte arbejdspladser. Der er også et antal politikere: næstformænd og en formand. Politikerne har også hver især arbejdspladser tilknyttet, så man i virkeligheden har en faglig sekretær og en næstformand, som er hovedansvarlige for, at blikket er rettet mod de pågældende arbejdspladser. Det vil bevirke, at man oparbejder et godt lokalkendskab. Det har vi også nu, og det skal vi bygge videre på.

Jeg mener, at man i en regionsmodel sagtens kan holde fast i det element. Selvom vi måske skal have et centralt kontor i en region, så skal vi også bevæge os ud og holde møder tættere på arbejdspladserne. Hvis man tager vores region som eksempel, så kunne man placere det regionale kontor tættere på det geografiske centrum, altså ikke Odense. Men så skulle man have nogle faciliteter i Odense, i ►

► Aabenraa og i Esbjerg, hvor man kunne holde møder, f.eks. med de lokale tillidsrepræsentanter. Derved bliver det ikke medlemmerne, der skal køre til regionskontoret. I stedet skal vi tænke i, at fagbevægelsen er noget, der foregår ude på arbejdspladserne. Ikke så meget på et centralt kontor.”

### Synergi i nyt forum

Et af de kritikpunkter, der har været rejst mod en *kredsmode*, er de særlige DSR-regionsråd, hvor de tilknyttede kredsbestyrelser skal blive enige om den fælles linje over for de regionale arbejdsgivere. Medlem af den politiske styregruppe, amtskredsformand *Else Kayser*, Århus, frygter dog ikke, at DSR-regionsrådene vil forsinke beslutningsprocesserne eller være et politisk organ fjernt fra medlemmernes indflydelse:

”Store beslutninger træffes sjældent over natten. Det gør de heller ikke i hovedbestyrelsen i dag. Vi har faktisk en første- og andenbehandling, hvor vi i den mellemliggende tid har lejlighed til at vende tilbage til amtsbestyrelserne og drøfte vores holdning. Sådan vil vi også kunne arbejde, når det drejer sig om regionsrådenes forhandlinger med de regionale arbejdsgivere. Forhandlingerne skal baseres på nogle principper, ganske som vi arbejder i hovedbestyrelsen. Når vi så er dér, hvor der skal handles, så skal mandatet være på plads, men det vil der jo også være mulighed for, i og med at man har drøftet problemstillingerne grundigt.

Der kan faktisk være en god synergi i, at problemerne er blevet vendt ud fra forskellige synsvinkler. Jeg mener ikke, regionsrådene vil forsinke processen. De kan tværtimod være med til at skærpe opmærksomheden på de politikker, vi arbejder ud fra.

I og med der er direkte valg til formand og næstformand/mænd i kredsene, og at disse tilsammen i en region udgør regionsrådet, så ved medlemmerne også, at det er de lokalt valgte repræsentanter, der kommer til at sidde i det koordinerende regionsråd. Gennemskueligheden er sikret, når repræsentanterne er direkte valgt. Og så er det også helt klart, hvor man henter sit mandat, nemlig i de kredsbestyrelser, hvor man sidder til daglig.”

*sp@dsr.dk*

### ►► GRUNDLÆGENDE PRINCIPPER

- Valg til politiske poster og organer i Dansk Sygeplejeråd skal ske ved direkte valg, det vil sige ved urafstemning. Politisk indflydelse skal være mulig for alle. Alle Dansk Sygeplejeråds medlemmer hører til et geografisk afgrænset område. Dansk Sygeplejeråds aktive medlemmer er valgbare og stemmeberettigede i den region eller kreds, hvor deres arbejdssted er placeret. Er medlemmerne uden arbejdssted, er de valgbare og stemmeberettigede i den region/kreds, hvor deres bopæl er placeret.
- Valgperioden for Dansk Sygeplejeråds formandskab er fire år, og valgperioderne er forskudte. Valgperioden for de lokale bestyrelser er to år. Valgperioden for de lokale formænd/næstformænd er to år.
- Den overordnede ansvarsfordeling mellem Dansk Sygeplejeråds niveauer (lokale bestyrelser, lokale formandskaber, hovedbestyrelsen, Dansk Sygeplejeråds formandskab og Kongressen) bevares.
- Tillidsrepræsentanter og fællestillidsrepræsentanter er medlemmernes primære indgang til organisationen. Der kan inden for et naturligt afgrænset område etableres en klub for kontakt mellem tillidsrepræsentanter, medlemmerne og lokale bestyrelser.

Der kan læses mere om de alternative strukturmodeller på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside på adressen [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) under ikonet Fremtidens DSR.

# Sygeplejerskernes egne politikere

## Alternativer. De to modeller – kort fortalt.

Hovedbestyrelsens forslag om en *regionsmodel* for fremtidens Dansk Sygeplejeråd indebærer, at der etableres fem regionsbestyrelser. I hver region vælges en formand og to, tre eller fire næstformænd, afhængigt af medlemstallet i den pågældende region.

Region Hovedstaden får fire næstformænd, Region Midtjylland og Syddanmark hver tre, og Region Nordjylland og Sjælland hver to.

Valg til posterne som formand og næstformænd i regionsbestyrelserne sker ved urafstemning blandt regionens stemmeberettigede medlemmer. Valgperioden er to år. Den første valgperiode dog kun fra 30. maj 2006 til 8. november 2007.

Regionsbestyrelsernes øvrige medlemmer vælges ved urafstemning. Valgperioden er to år.

Regionerne vil have mellem 14 og 39 kongresdelegerede. Hovedbestyrelsen foreslår, at bestyrelserne højst kan have 25

medlemmer. De resterende kongresdelegerede er dermed automatisk suppleanter til bestyrelsen.

Ifølge det fremlagte forslag har hovedbestyrelsen 18 medlemmer og Kongressen op til 142 delegerede.

Den fremlagte *kredsmode* har otte kredse. De er: Kreds Nordjylland, Midtjylland Vest, Midtjylland Øst, Sydjylland, Fyn, Sjælland, Nordsjælland og Storkøbenhavn. I hver kreds vælges et formandskab bestående af en formand og en eller to næstformænd. Mere end 15 medlemmer af bestyrelsen udløser automatisk en 2.-næstformand. Det betyder, at alle kredse med undtagelse af Midtjylland Vest og Fyn har to næstformænd.

Valgbarhed og valgperioder er de samme som i regionsmodellen.

Hovedbestyrelsen vil have 19 medlemmer, og Kongressen vil bestå af op til 169 delegerede.

*sp@dsr.dk*



Ny struktur

# Det gør de andre

**Forandringsparate.** En række andre sundhedsorganisationer har gennemført strukturændringer eller er godt i gang. Det gælder for eksempel lægerne, bioanalytikerne og fysioterapeuterne.

## Matcher modparten

Lægerne har allerede indrettet deres lokale kredsforeninger efter de regionale offentlige arbejdsgivere. Det er lægekredsforeningerne, som varetager medlemmernes interesser efter de rammer, som besluttet af den centrale lægeforening og foreningerne for yngre læger, speciallæger og praktiserende læger.

Formanden for Den almindelige Danske Lægeforening, *Jens Winther Jensen*, siger til *Sygeplejersken*, at lægerne tidligst får den fremtidige organisationsstruktur på plads pr. den 1. januar 2008. Men lægerne har prioriteret, at den lokale struktur allerede nu er rettet mod de nye regioner:

”Man kan sige, at vi kunne have ventet med at lave den lokale struktur om, indtil lægeforeningens samlede struktur er på plads, men det syntes vi ikke var formålstjenligt i og med, at amterne forsvinder og får mindre og mindre indflydelse i løbet af indværende år. Regionerne er allerede på banen nu. Vi synes, det er vigtigt, at vi kan matche modparten på det niveau, som tegner fremtiden, nemlig regionerne. Derfor har vi lavet vores lokale struktur om med virkning fra den 1. januar 2006.”

Lægernes formand oplyser, at der til forårets lægemøde vil foreligge oplæg om strukturen i fremtidens lægeforening. Der bliver ikke nødvendigvis tale om en enkelt anbefaling fra hovedbestyrelsen til lægemødet, men der vil foreligge principper for, hvordan lægeforeningen kan organiseres i fremtiden, og det er de principper, som lægemødet skal debattere. Vi vil hellere have en kvalitativt god beslutning end at haste noget igennem, siger lægeformanden.



Jens Winther Jensen.

ARKIVFOTO: SCANPIX

## Følger regionerne

Bioanalytikerne arbejder kun på sygehusene, ikke i kommunerne. Det gjorde det let at vælge regionsstrukturen,” siger bioanalytikernes formand, *Anne Lise Madsen*:

”Vi har lavet en regionsstruktur, og det gik forholdsvis nemt, fordi vi allerede for nogle år siden begyndte en debat om vores fremtidige struktur. Vi gennemgik dengang argumenterne, og vi endte med at have den klare overbevisning, at vi skulle følge arbejdsgivernes struktur.”

Danske Bioanalytikere har endda valgt en overgangsordning, som svarer til amterne og regionerne i 2006, fortæller bioanalytikernes formand:

”Vi har valgt fem regionsformænd, som siden den 1. januar har arbejdet parallelt med de 14 amtskredsformænd. Regionsformændene er frikøbte på fuld tid, mens amtskredsformændene kun er delvis frikøbte. I øvrigt er fire af de fem regionsformænd nuværende amtskredsformænd.”

Anne Lise Madsen tilføjer, at alle bestyrelsesmedlemmer også er medlemmer af bioanalytikernes kongres. Antallet af delegerede vil være uændret 119 med den nye regionsstruktur, idet bioanalytikerne supplerer antallet af kongresdelegerede med medlemmer, der er valgt direkte til kongressen.



Anne Lise Madsen.

ARKIVFOTO: ANNE-LI ENGSTRÖM

## Koncentrerede ressourcer

Danske Fysioterapeuter har indrettet sig med en regionsmodel og har samtidig trimmet organisationens brug af ressourcer, fortæller fysioterapeuternes formand, *Johnny Kuhr*:

”Vi har gennemført en regional struktur pr. 1. januar 2006 som en del af en større samlet strukturændring i vores forening. Samtidig med strukturændringen har vi ændret opgavefordelingen mellem det decentrale og det centrale led, således at vi har skilt det politiske og det administrative ad. Vi har ikke længere administrative lokalafdelinger, men udelukkende lokale politisk agerende led. Dermed har vi rykket alt vedrørende sagsbehandling, medlemsservice og administration ind centralt.

Vi har haft et ønske om at tilpasse vore ressourcer til foreningens størrelse, så vi koncentrerer både administrative og politiske kompetencer på færre hoveder. Vi har nu fem fuldtidshonorerede formænd i de fem regioner, og det er klart, at den offentlige struktur har spillet en væsentlig rolle for, hvordan vi har organiseret os.

Regionerne er stadig vores hovedarbejdsgivere, selv om der foregår en ret markant forskydning over mod kommunerne. Vi har vurderet, at vi ikke har ressourcer til at organisere os i forhold til kommunerne. Til gengæld har vi valgt at styrke tillidsrepræsentantniveauet på arbejdspladserne.”



Johnny Kuhr.

ARKIVFOTO: DANSKE FYSIOTERAPEUTER



Valg til lokale bestyrelser 2006

# Lønnen er viden og indflydelse

**DSR-politikere.** Politik og demokrati i praksis. Sådan beskriver tre nuværende amtsbestyrelsesmedlemmer deres særlige job. De er enige om, at man kan få indflydelse, hvis man vil.

Indflydelse på sundhedspolitik og sygeplejefagets udvikling. Indflydelse på Dansk Sygeplejeråds udvikling og på egne og kollegers løn- og arbejdsforhold. Gode uddannelsesmuligheder, personlig udvikling og nye netværk.

Det er nogle af de tilbud, der følger med en tillidspost i Dansk Sygeplejeråds lokale bestyrelser. De nuværende amtsbestyrelses valgperiode udløber den 29. maj 2006.

## Indflydelse og viden

Amtsbestyrelsesmedlem *Ina Kristensen*, Ribe:

”Som medlem af Dansk Sygeplejeråd er jeg én af ca. 70.000. Som medlem af Kongressen er jeg én af 174. Men som medlem af bestyrelsen er jeg i dag én af seks. Det betyder, at jeg er tættere og tættere på indflydelsen. Gør det nogen forskel? Ja, det synes jeg. Vi kan helt klart øve indflydelse på vores formand, som kan bringe vore synspunkter videre i ho-

vedbestyrelsen. Det har jeg oplevet mere end én gang. Det er vigtigt, at vi, der har fingrene i sygeplejen, både kan fortælle organisationens politikere og politikkerne i regioner og kommuner, hvordan virkeligheden ser ud.

Jeg blev valgt ind i amtsbestyrelsen i 2003. Det mest frustrerende har været at sætte sig ind i alle de vedtagne politikker, som man ikke nødvendigvis har en klar holdning til på forhånd.

Men jeg får min organisatoriske nys-

►► **TIDSPLANEN.** Dansk Sygeplejeråds kongres beslutter i dagene den 1. og 2. marts 2006, hvilken struktur Dansk Sygeplejeråd skal have med virkning fra 2007. Derefter igangsættes valg af lokale formænd, næstformænd og lokale bestyrelser. Det er første gang, der er direkte valg til ikke alene formandsposterne, men også næstformandsposterne, og for første gang vil Dansk Sygeplejeråds aktive medlemmer kunne afgive deres stemme over internettet.

Opstillingsfristen for kandidater slutter fredag den 7. april 2006. Selve valgbehandlingen går i gang den 5. maj og varer til den 29. maj, hvor valgets resultat ventes offentliggjort kl. 14.

De nye lokalbestyrelser mødes til den første ordinære kongres i dagene den 6.-9. november 2006.

I forbindelse med kongressen – men ikke på kongressen – finder der valg sted til Dansk Sygeplejeråds to ”centrale” næstformandsposter. Det er kongressens delegerede, der er valgbare til disse poster. For første gang vælges næstformændene ved urafstemning blandt Dansk Sygeplejeråds aktive medlemmer.

## De nye stiller spørgsmål

Amtsbestyrelsesmedlem *Birgit Lind Pedersen*, Vestsjælland:

”Jeg havde nok ikke på forhånd overvejet særlig meget, hvad det ville indebære at gå ind i amtsbestyrelsesarbejdet. Men jeg valgte alligevel at stille op, fordi jeg gerne ville ind og have indflydelse og være medbestemmende på nogle områder, hvor jeg var utilfreds. Jeg syntes ikke rigtig, der skete nok!

Jeg synes da, at jeg kan se, at jeg har

haft indflydelse på nogle ting. Det er efterhånden mange år siden, jeg har været tillidsrepræsentant. Så der er sket meget nyt i organisationen siden den gang, og der er mange nye arbejdsområder. Medlemmerne af amtsbestyrelsen, der har deltaget i arbejdet i en årrække, kan tale meget indforstået om nogle ting, hvor min viden er mangelfuld. Heldigvis er de altid meget forstående og parat til at forklare, hvordan tingene hænger sammen og er også glade for, at

## Indflydelse, hvis man vil

Amtsbestyrelsesmedlem *Vera Christensen*, Frederiksborg:

”Da jeg selv stillede op, var det på grund af muligheden for at få indflydelse på, hvordan DSR skulle være, og for mit vedkommende især hvordan tillidsrepræsentanters vilkår skulle være. Jeg har selv været tillidsrepræsentant. Jeg synes bestemt, man kan få indflydelse, hvis man vil.

Det, der er mest glædeligt, er, når man har arbejdet med et projekt i amtsbesty-

relsen og så oplever, at medlemmerne er rigtig glade for det, når det bliver ført ud i livet.

Det mest frustrerende er, at det nogle gange er svært at komme ”op i systemet” med nogle ting, hvis man har lidt anderledes holdninger eller sætter spørgsmålstegn ved noget. Så kan man godt opleve, at systemet er lidt tungt. Ikke mindst i den aktuelle situation, hvor vi snakker struktur. Har man nogle helt andre ideer, kan man godt blive mødt med stor skepsis.

gerrighed stillet og føler, at jeg får en masse inside-viden, som jeg ville savne, hvis jeg ikke var blevet valgt. Og jeg har besluttet, at uanset hvilken struktur Dansk Sygeplejeråd får, vil jeg stille op igen. Jeg har lært, at ting tager tid. Man skal ikke tro, at man får sine krav igennem, selv om man brænder for noget. Det er politik og demokrati, og det er vilkårene. Men selv om det ikke lykkes første gang, kommer man måske igennem senere!”



der kommer nogle nye, der stiller spørgsmål, så tingene bliver overvejet igen. På den måde har det også været positivt at være med.

Det kan godt virke frustrerende, at man som regel har ret kort tid til at sætte sig ind i materialet til amtsbestyrelsesmøderne. Det er ikke noget, man bare lige gør. Men efterhånden har jeg fundet mine ben i det organisationspolitiske arbejde. Derfor er jeg også parat til at genopstille.”



Jeg kan godt savne, at man tør vende tingene på hovedet for at se, om man kan gøre tingene helt anderledes: Måske kunne det blive bedre!

Noget andet, der kan virke frustrerende, er, at man ikke ved, hvilket bagland der har valgt én: Du stiller op i en amtskreds eller et lokalområde, og du ved ikke, hvilke sygeplejersker der har valgt dig. Det ville man bedre vide, hvis vi havde en sektormodel.”



sp@dsr.dk

# ILTSEMINAR



– Patientens akutte eller kroniske iltbehandling fra skadestue til hjem.

Du vil få ny viden og synspunkter på seminaret der afholdes følgende steder:

**KØBENHAVN DEN 5. APRIL 2006**  
SAS Radisson Scandinavia, kl. 9.00–16.30

**ÅRHUS DEN 6. APRIL 2006**  
SAS Radisson Scandinavia, kl. 9.00–16.30

Du inviteres til at deltage i ovenstående seminar, som er målrettet alle medarbejdere, der arbejder med iltbehandling til dagligt. Du kan frit vælge hvilken dag du ønsker at deltage, men da antallet er begrænset, tilrådes hurtig tilmelding, der er bindende. Prisen for seminaret er 725 kr. inkl. al. foræring og seminar materialer. Begrænset antal pladser.

**TILMELDING TIL:**  
Pia Damgaard · tlf. 4816 7034  
sales-dk@unomedical.com

## PROGRAM

- Kl. 09.00 Kaffe og velkomst
- Kl. 09.30 „Hyperbar oxygen i behandlingen af akutte og elektive tilfælde. Trykkammerbehandling af CO-forgiftning, nekrotiserende fasciitis, dykkersyge og af kroniske sår samt skader efter vellykket strålebehandling.“  
V/ Overlæge Erik Jansen, Rigshospitalet
- Kl. 11.00 Kaffe pause
- Kl. 11.15 Fra traumatisk ulykke og tilbage i livet.  
– Iltbehov ved akut hovedtraume.  
V/ Overlæge Carsten Koch, Århus Universitetshospital
- Kl. 12.30 Frokost
- Kl. 13.30 Kronisk iltbehandling – iltudstyr og compliance.  
V/ Overlæge Thomas Ringbæk, Hvidovre Hospital
- Kl. 14.45 Kaffe pause
- Kl. 15.00 Sygeplejen til iltpatienter.  
V/ Iltsygeplejerske Betina Rasmussen, Storstrøms Amt
- Kl. 16.15 Spørgsmål og debat samt afrunding

Med venlig hilsen  
**Unomedical a/s**

# Principiel dom giver Falck lyst til mere privatisering

Det tidligere Varde Sygehus, som Ribe Amtsråd i 2002 besluttede skulle omdannes til Sundhedscenter Varde. Centret indeholder udover en række funktioner under Ribe Amt blandt andet det Falck-drevne Rehab Varde, et privat-drevet hjertecenter, et fysiocenter og et ortopædkirurgisk center.



**Epokegørende. Dommen i sagen om det Falck-drevne Rehab Varde bekymrer flere fagforeninger. Den giver Falck ret til selv at vælge overenskomster og kaldes yderst principiel. Dommen faldt tidligere på året i Arbejdsretten.**

Flere offentligt ansatte sygeplejersker kan se frem til at få Falck A/S som arbejdsgiver.

Efter den 11. januar 2006 at have vundet en principiel dom i Arbejdsretten over Dansk Sygeplejeråd har den private virksomhed fået blod på tanden.

Retten gav Falck A/S ret i, at en virksomhed selv må bestemme, hvilken overenskomst sygeplejersker og andre offentligt ansatte skal være på, når en virksomhed i forbindelse med udlicitering overtager driften af en opgave.

Med dommen i bagdommen kan virksomheden overtage flere opgaver, som det offentlige hidtil har haft.

Det vurderer personalechef i Falck A/S, *Steen Hjorth-Larsen*.

”Det vil øge adgangen til mere privat-offentligt samarbejde. Nu har vi sikkerhed for overenskomstgrundlaget. Nu ved vi, hvor overliggeren på omkostningsniveauet for en offentlig overenskomst ligger. Nu kan man tale om ændringer inden for rammen – f.eks. om sygeplejerskerne vil have højere løn, men mindre pension.

Men rammen er uændret, og det er meget vigtigt for os. Jeg mener, den er principiel. Det er en ny vej at gå,” siger han.

*Vil I bruge dommen på andre sager?*

”Det er vi i gang med at overveje. Men det er klart, at dommen hjælper.”

Sagen handler kort fortalt om, hvilken overenskomst sygeplejerskerne på rehabiliteringscentret i Varde skulle være omfattet af, efter at Falck i 2003 overtog driften af en opgave, der indtil da havde været offentlig.

Dansk Sygeplejeråd ønskede, at sygeplejerskerne skulle overgå til en selvstændig, privat overenskomst, eftersom de nu var privatansatte.

Det gjorde de, dels fordi fagforeningen principielt mener, at der skal to til at indgå en overenskomst, og derfor skal der også to til at bestemme, hvilken overenskomst den nye ejer skal arbejde med, dels fordi rådet gerne ville have sygeplejerskerne over på en privat overenskomst, fordi der nu var tale om privatansatte sygeplejersker, som generelt får en højere løn.

Men Falck A/S ville beholde den offentlige overenskomst, fordi den var billigere.

►► **SAGEN TIDLIGERE OMTALT.** Sagen om Rehab Varde og spørgsmålet om valg af overenskomst er tidligere omtalt i *Sygeplejersken* nr. 31 i 2004, nr. 2 og 4 i 2005 og nr. 2 i 2006. Se mere i arkivet på [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk)

Og Falck A/S fik rettens ord for, at den nye arbejdsgiver, der overtager en opgave, selv må bestemme, hvilken overenskomst vedkommende ønsker at tiltræde.

”Medarbejderne bliver ikke stillet dårligere – det er bare status quo. De burde ikke stilles bedre, bare fordi der kommer en privat arbejdsgiver,” siger Steen Hjorth-Larsen.

*Hvorfor ikke?*

”Hvis vi tager den specifikke sag, så fik vi kun det i kontrakten, som det offentlige sædvanligvis betaler for det her. Så hvis vi skulle betale personalet mere, så ville vi få underdækning, og det ville ikke kunne løbe rundt.”

### Vældig ked af dommen

Anni Pilgaard er amtskredsformand i Ribe Amt. Hun kalder dommen ”uforståelig.”

”Den betyder, at det private kan underminere det offentlige. De private arbejdsgivere kan sige: Vi overtager og lukrerer på den offentlige overenskomst. At gøre som Falck har gjort, er at undergrave vores muligheder for at forhandle overenskomst. Jeg er vældig ked af dommen. Det gør vores position meget vanskelig. Når vi har en privat arbejdsgiver, bør vi også have en privat overenskomst,” siger hun.

Også andre fagforeninger er bekymrede over dommen, som giver arbejdsgiveren lov til at bestemme, hvilken overenskomst der skal gælde, når en arbejdsplads overgår fra at være offentlig til privat – eller omvendt.

”Det er en slem dom,” siger *Ellen K. Løkkegård*, som er formand for den offentlige gruppe i 3F – fusionen af SiD og KAD.

Hun møder oftest den omvendte problemstilling: Nemlig at private arbejdsgivere beder om ikke at overtage den offentlige overenskomst. For modsat sygeplejerskerne, der har en højere løn i det private erhvervsliv, har 3Fs medlemsgrupper en lavere løn i det private end i det offentlige.

Men det ændrer ikke ved hendes bekymring.

”Det er bekymrende, at en arbejdsgiver ensidigt kan fastlægge overenskomsten ved virksomhedsoverdragelse. Og det har ret uhyggelige konsekvenser. Det betyder, at man bærer rundt på en overenskomst, der slet ikke er egnet på det pågældende område. Domme betyder, at vi må overveje de situationer, som vi kan komme ud for i forbindelse med strukturreformen,” siger Ellen K. Løkkegård.

Samme bekymring deler forhandlingschef *Steen Parker* fra forbundet Fag og Arbejde (FOA). Godt nok møder FOAs portører, buschauffører og social- og sundhedsassistenter oftest det problem, som de også kender i 3F – nemlig at den nye arbejdsgiver vil have de ansatte over på en ringere overenskomst. Men det rykker ikke ved hans principielle bekymring:

”Dommen viser vores store problem: At arbejdsgiveren alene kan bestemme, om vedkommende vil tiltræde overenskomsten,” siger Steen Parker.

Og det er bl.a. udsigten til flere udliciteringer, når kommuner får nye opgaver, og amter nedlægges, der bekymrer, når man læser dommen, mener *Connie Kruckow*, formand for Dansk Sygeplejeråd.

”Jeg synes, det er beklageligt, at en arbejdsgiver alene skal tage stilling til det, og jeg ser det som en politisk afgørelse. Jeg er slet ikke i tvivl om, at vi med kommunalreformen får mere udlicitering. Derfor er dommen vigtig. Vi synes, det er uheldigt og helt urimeligt, at vi ikke har mulighed for at gøre indflydelse gældende med

**”Jeg synes, det er beklageligt, at en arbejdsgiver alene skal tage stilling til det, og jeg ser det som en politisk afgørelse.”**

hensyn til overenskomsten, når der sker en virksomhedsoverdragelse. Vi mener jo, at sygeplejersker ansat i det private skal være dækket af en selvstændig overenskomst,” siger Connie Kruckow.

### Lægerne tager det med ro

Til gengæld tager lægerne det med ro.

Direktør i Foreningen af Speciallæger, *Jørgen Iversen*, kan godt leve med dommen.

”Og det tror jeg også, at lægerne – medlemmerne – kan. De har efterhånden fået tilkæmpet sig retten til lokale lønforhandlinger. I de områder, som vi ser på nu, vil jeg tro, at de relativt få læger, der flytter over, vil kunne bruge den offentlige overenskomst for at forhandle en god, lokal løn,” siger han.

Professor i arbejdsret på Københavns Universitet, *Jens Kristiansen*, kalder dommen principiel.

”Jeg tror, det er første gang, Arbejdsretten har taget stilling til det her spørgsmål. Der er ikke praksis på det her område og stort set ingen litteratur. Så Arbejdsretten har måttet finde sine egne ben og læner

sig meget op ad loven om virksomhedsoverdragelse,” siger han.

Jens Kristiansen er ikke uenig med dommen og mener, at retten nåede et fornuftigt resultat.

”Jeg synes, at en helt udefrakommende arbejdsgiver skal være friere stillet end den arbejdsgiver, der indgik overenskomsten. Jeg tror, at Arbejdsretten har valgt at vægte hensynet til fredspligten højt – at sige til sygeplejerskerne: I har forpligtet jer til en overenskomst indtil 2008, og den omstændighed, at der finder en virksomhedsoverdragelse sted, betyder ikke, at I kan frigøre jer fra den overenskomst. Kun hvis der sker væsentlige ændringer i løn eller arbejdsforhold,” siger han.

Jens Kristiansen vurderer, at dommen ikke får de store praktiske konsekvenser.

”Nu vil Dansk Sygeplejeråd gerne frasige sig overenskomsten og fremsætte sine højere lønkrav med det samme. Det kan man gøre – det må bare ske senere, end det ellers ville have gjort. Fagforeninger opsig overenskomster til fornyelse med jævne mellemrum. Hvorfor skal en fagforening have

en ekstraordinær tilgang til at forhandle løn- og arbejdsvilkår, blot fordi en anden overtager driften af en opgave? Jeg mener ikke, argumentet om, at kun den ene part – arbejdsgiveren – nu kan bestemme over overenskomsten, holder. Der er tale om, at den ene part er eksisterende part i overenskomsten. Det er her Dansk Sygeplejeråd. Og den anden er en udefrakommende. Og det er Falck A/S,” siger han.

*Ulla Thomsen* er forhandlingsleder i Dansk Sygeplejeråd og har fulgt sagen tæt. Hun henviser til, at sygeplejerskerne så kun har ét middel tilbage, hvis Falck ikke vil forhandle, når de fremover overtager driften af en offentlig opgave.

”At dommen giver Falck ret til at indtræde i den offentlige overenskomst, kan vi ikke ændre ved. Men dommen ændrer ikke ved vores opfattelse af, at sygeplejersker, der er ansat i en privat virksomhed, skal omfattes af en privat overenskomst, som er indgået mellem os og den private arbejdsgiver. Muligheden for at forfølge det mål kan så ske ud fra de almindelige arbejdsretlige principper, dvs. ved anvendelse af arbejdsretlige kampskridt i forbindelse med en overenskomstfornyelse,” siger hun.

## Brugerbetaling ad bagvejen

**Ulighed.** Respekt for nærdemokratiet og det kommunale selvstyre er godt. Men det må ikke være en hindring for, at borgere og patienter sikres fri og lige adgang til sygepleje og behandling. Eller forhindre, at de modtager sundhedstilbud af ensartet høj kvalitet. Eller føre til, at der indføres brugerbetaling ad bagvejen.

Det er desværre virkeligheden, når det gælder kommunernes sårpleje.

Som *Sygeplejersken* har dokumenteret, er det op til den enkelte kommune at fastlægge, om den vil opkræve brugerbetaling for sårplejemidlerne, når den indledende sygepleje først er overstået.

Det er uacceptabelt.

For det indebærer en stor risiko for, at borgerne og patienterne ikke får den sårpleje, der fagligt set er optimal. Vi er ude på et skråplan, hvis det

**“Vi er ude på et skråplan, hvis det er pengepungen, der skal afgøre, om man kan få sårpleje af høj kvalitet.”**

er pengepungen, der skal afgøre, om man kan få sårpleje af høj kvalitet. Og jeg kan slet ikke se, hvordan det harmonerer med, at den nye sundhedslov slår fast, at

kommunerne skal yde “vederlagsfri hjemmesygepleje” til borgerne.

Sundhedsministeren siger, at han ikke vil gribe ind, for han vil ikke blande sig i, hvordan hjemmesygeplejen bliver organiseret og tilrettelagt. Det behøver han sådan set heller ikke. Han skal bare sørge for, at princippet om fri og lige adgang til sundhedsvæsenet også kommer til at gælde for kommunernes sårpleje.

For hvad bliver det næste? At KOL-patienter selv skal betale for den del af deres rehabilitering, der foregår i et kommunalt sundhedscenter? Eller at kommunerne kan vælge kun at tilbyde middelmådig diabetessygepleje, fordi de tilbud, der har høj faglig kvalitet, er for dyre?

I Dansk Sygeplejeråd bakker vi op om, at kommunerne skal spille en større rolle i fremtidens sundhedsvæsen. Men ikke for enhver pris.

Kvaliteten i det kommunale sundhedsvæsen er ikke et lokalpolitisk anliggende, som kan justeres op eller ned, afhængigt af hvor mange penge der er i kommunekassen. Kommunerne er en integreret del af sundhedsvæsenet og skal i de kommende år løse flere og flere komplekse og specialiserede sygeplejeopgaver. Det forpligter:

Når Den Danske Kvalitetsmodel bliver rullet ud over kommunerne, er der ikke længere frit valg på alle hylder. Der skal være sammenhæng i patientens forløb gennem sundhedsvæsenet. Der skal være samme høje patientsikkerhed overalt. Og der skal være ensartet høj

kvalitet i hele landet – uanset det kommunale selvstyre.



*Connie Kruckow*

Connie Kruckow, formand



## Vred og flov på standens vegne

Af Hanne Cramon, sygeplejerske

*Kommentar til temaet om indvandrere i det danske sygehusvæsen i Sygeplejersken nr. 2/2006.*

Jeg blev både vred og flov på standens vegne over indslaget i TV2-nyhederne den 26. januar med overskriften, at ni ud af 10 sygeplejersker oplever patienter med indvandrerbaggrund som en belastning i arbejdet. Baggrunden er en undersøgelse, som *Sygeplejersken* har fået lavet hos analysebureauet Catinét.

I sin rystende helhed fik indslaget fortalt befolkningen, at sygeplejerskers arbejde er belastet af indvandrerpatienter, og at vi oplever dem som støjende, krævende, at de breder bedetæpper ud alle vegne, er fordomsfulde og lægger afføring på gulvet!

I min afdeling møder vi mange forskellige patienter. Vi tilstræber at give den samme gode behandling til alle patienter ud fra den enkeltes behov, uanset hudfarve, nationalitet og religion.

Det er *ikke* vores oplevelse, at indvandrerpatienter belaster os i højere grad end andre opgaver i vort arbejde. Tværtimod.

De har en anden kulturel tradition for at støtte op omkring deres nærmeste under bl.a. sygdom, og hvis ikke vi kan finde ud af at tackle de flere pårørende og de anderledes krav og reaktionsmønstre, er det vel snarere et udtryk for vores manglende evne til at tilegne os/formidle viden, at se på indvandrerpatienten og dennes pårørende med snæversyn i stedet for vidvinkel, og værst af alt, et udtryk for mangel på faglighed.

Jeg oplever mødet med indvandrerpatienter såvel som samarbejdet med vore mange læger af anden etnisk herkomst som både berigende og udviklende.

Og jeg vil ikke være med til, at sygeplejersker i befolkningens øjne fremstår med så stigmatiserende udtalelser.

Hvis undersøgelsens formål har været at belyse sygeplejerskers oplevelse af arbejdet med indvandrerpatienter, kan jeg undre mig over, hvorfor man vælger den negative vinkel i et landsdækkende medie.

Jeg oplever det som en voldsomt politisk udmelding i en retning, jeg ikke vil stå inde for, og som ikke kan gavne sygeplejerskers anseelse, men virker hæmmende på kommunikation, tillid og samarbejde mellem sy-

**”Små problemer mellem indvandrere og sygehuse skal løses med lidt god vilje. Men det er sygehusledelsernes ansvar at beskytte sygehuspersonalet og andre patienter mod de større problemer, som indvandrere skaber på hospitalerne.”**

Leder i Berlingske Tidende.

geplejersker og indvandrere. Jeg undres over formålet med at bringe et sådant indslag og over, at man ikke overvejer lidt nøjere, inden man puster til et så ulmende, politisk bål.

Og jeg undres, hvis ikke flere sygeplejersker end jeg og mine kolleger har følt sig stødt af indslaget.

*Hanne Cramon er ansat på Kirurgisk Center, Herning Sygehus.*

## Inddrag ældre indvandrere

Af Khurram Jamil, læge

*Kommentar til temaet om indvandrere i det danske sygehusvæsen i Sygeplejersken nr. 2/2006.*

Mange problemer, som senest er blevet fremhævet i bl.a. Berlingske Tidende, kunne forbedres ved, at begge sider lærte mere om dels kultur, dels færden på danske sygehuse.

Jeg tror, der ville være bedst lydhørhed hos især indvandrerne, hvis én med deres baggrund er med til at forklare og vejlede. Der er en god mulighed for at bruge nogle af de ældre indvandrere, som taler godt dansk, har været i kontakt med arbejdsmarkedet, og som kender oprindelseskulturerne til bunds. På afdelinger eller hospitaler med særligt mange indvandrere kunne man passende have (som man har tolke) løst tilknyttede ældre rollemodeller til at tage ”forebyggende” samtaler under indlæggelse. Eller assistere som konfliktløser/-mægler. Sådanne rollemodeller bør naturligvis gennemgå et kortere kursus, så man sikrer sig en vis standard af disse rollemodeller.

En enstrengt indsats, hvor der udelukkende fokuseres på de etnisk danske sundhedsmedarbejdere for at lære dem om islam og indvandrerkultur, får ikke sit fulde udbytte, hvis ikke også der gøres en indsats for at fokusere på indvandrerne. Naturligvis findes der en del unge dygtige folk med både sundhedsfaglig og indvandrerbaggrund, som ved hjælp af kurser og foredrag kunne gøre og allerede gør en indsats, men jeg tror ikke kun, problemerne løses med en del-indsats.

Om de ældre rollemodeller er frivillige eller delvist lønnet, er op til sygehus-/afdelingsledelserne at finde ud af. Man kan sagtens forestille sig, at enten nogle fonde eller midler fra staten ville finansiere et pilotpro-

jekt i en forsøgsperiode. Jeg kender flere ældre særligt muslimske kvinder over 50, der ville være perfekte til at blive tilknyttet hospitaler i hovedstadsområdet.

Ved at inddrage ældre indvandrere til at afhjælpe de problemer, vi ser i hospitalsmiljøerne, vil man dels udnytte en ressourcestærk arbejdsgruppe, som måske ellers ikke har fodfæste på det normale danske arbejdsmarked, dels vise, at indvandrerne også selv kan gøre en indsats for at løse de problemer, der findes.

Jeg tror, det er vigtigt med konkrete løsninger på problemerne, som reelt er der. Det kan være, at nogle ude på sygehusene bliver inspireret af dette frem for udelukkende at blive frustrerede.

*Khurram Jamil er partner i firmaet Area9 i København – [www.area9.dk](http://www.area9.dk)*

## Inkompetent sygehusledelse

Af Erol Taskiran, lærer

*Kommentar til artiklen ”Undersøgelse: Indvandrere er en belastning” i Sygeplejersken nr. 2/2006.*

Min oplevelse fra Rigshospitalet er baseret på utallige besøg pga. af en kræftsyg broder:

- Sygehuspersonalet har utrolig travlt, der er ikke tid til pleje af patienterne – svære arbejdsbetingelser.
- Der er sket drastiske nedskæringer på sygehusområdet, få sygeplejersker til mange patienter.
- Familier til de syge må selv klare de mest basale behov – badning, vand/mad, udskiftning af betræk mv.
- Der er ikke taget hensyn til religiøse grupper ved servering af mad, hvilket kan være årsagen til, at der købes mad udefra.
- Ingen rekvirering af tolke.

Jeg tror, at belastningen reelt skyldes dårlig planlægning og fordeling af arbejdsopgaver, inkompetent sygehusledelse, manglende hensyntagen til patienternes tilstand og endelig manglende ressourcer til sygehusvæsenet som primær årsag.

*Erol Taskiran er ansat på Greve Tiendeklasseskole.*

Susanne Malchau

## Kærlighed er tjeneste

Søster Benedicte Ramsing - En biografi



Bogen fortæller historien om en fascinerende kvinde og hendes arbejde med bl.a. udvikling af sygeplejerskeuddannelsen.

Bogen, der er forfatterens ph.d.-afhandling, er et vigtigt bidrag til den sygeplejehistoriske, den religionshistoriske og den kvinde- og kønshistoriske forskning.

Dens klare afgrænsning, metode, kilderefleksioner og etiske overvejelser gør den især brugbar for sygeplejersker med forskningsinteresser.

**KUPON**  
UDFYLDES MED  
BLOKBOGSTAVER

DSR medlemsnr.:
Sygeplejestud. medlemsnr.:

Dansk Sygeplejeråd  
Sankt Annæ Plads 30  
Postboks 1084  
1008 København K



Navn: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_ Postnr.: \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_

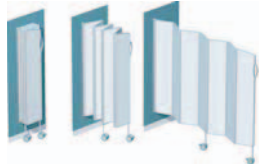
sik: "Kærlighed er tjeneste"  
DSR Publikation 173, 1998, 395 sider. Salgspris kr. 175,00.  
Prisen er incl. moms.



Ring efter vor nye brochure!

### Ny Silentia Silver Line

Silentia-foldeskærmen er et moderne, pladsbesparende afskærmnings-system som anvendes på sygestuer i stedet for gardiner. De hygiejniske foldeskærme anbringes mellem syge- og behandlingssenge for at give diskretion ved besøg og i behandlings-situationer. Foldeskærmen er helt uundværlig i situationer med tunge patienter, hvor der benyttes loftlift, idet skærmen kører på gulvet, og ingen gardinstænger er i vejen for installation af loftliften. Den anvendes i stor udstrækning på intensiv- og opvågningsafdelinger.



Løsn bremsen, fold ud, og lås i den ønskede stilling – og skærmen er i funktion.



3-delt mobil gavlskærm

Silentia, Postboks 63, 6330 Padborg  
Tel. 7367 2011 • Fax. 7367 2012  
E-mail: info@silentia.se • www.silentia.dk



## Hvad mener du

www.sygeplejersken.dk

### Denne uges spørgsmål på www.sygeplejersken.dk

Lever du op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om at være fysisk aktiv, så pulsen kommer op i mindst 30 minutter hver dag?

### Svar på spørgsmål stillet i Sygeplejersken nr. 1/2006

Mener du, at det offentlige rum skal være røgfrit, herunder sygehus og institutioner?

Svar	antal	pct.
Ja	380	83,9
Nej	66	14,6
Ved ikke	7	1,5
<b>Total</b>	<b>453</b>	<b>100,0</b>

## Uværdigt og ubehageligt

Af Hanne Rosenvold, sygeplejerske

*Kommentar til temaet om indvandrere i det danske sygehusvæsen i Sygeplejersken nr. 2/2006.*

Hvor var det ubehageligt at få *Sygeplejersken* ind ad døren i går!

Temaet var slået fast på forsiden: "Indvandrere et problem på sygehusene." Tonen fortsætter inde i bladet: "Indvandrere er en belastning. De er tidsrøvere, ressourcekrævende, aggressive og larmende" osv.

Jeg arbejder selv på Hvidovre Hospital og har dagligt med indvandrere at gøre. Og vel kan der være problemer – indimellem også store problemer. Og selvfølgelig er det helt utilstedeligt, at nogen kalder sygeplejersker racist eller ludere. Men – det ubehagelige i *Sygeplejerskens* artikler er den generaliserende tone. For mig er det en sygeplejerskes opgave at være formidler til alle grupper af patienter, at være i stand til at finde ind til mennesket bag alle facaderne og derigennem blive i stand til at yde

en individuel sygepleje. Det synes jeg faktisk lykkes ganske godt i hverdagen. *Sygeplejerskens* rolle kunne være at formidle debat om, hvordan man tackler de problemer og vanskeligheder, gruppen af indvandrere byder på. Men så skal artiklerne jo vinkles med det formål.

*Sygeplejersken* kunne lige så godt have valgt overskrifter som: "Hvordan tackler man konflikter med indvandrere?" eller "Indvandrere kan være en belastning i hverdagen."

Men det gjorde man ikke, og her ligger problemet. Dagspressen tager de generaliserende, uforsonlige overskrifter til sig, og det var også dem, man fik at høre i radioen. På den måde bidrager *Sygeplejersken* til at grave grøfter frem for at fremme dialogen og dermed integrationen.

Uværdigt og ubehageligt.

*Hanne Rosenvold er ansat på Ortopædkirurgisk afdeling, Hvidovre Hospital.*

## Racistisk ammunition

Af Birgit Morthorst, hjemmesygeplejerske

*Kommentar til temaet om indvandrere i det danske sygehusvæsen i Sygeplejersken nr. 2/2006.*

Det var beskæmmende at modtage *Sygeplejersken* nr. 2/2006, hvor overskriften udnævner en gruppe til at være det store problem for sygeplejerskerne. Jeg troede, at det var kutyme, at sygeplejersker søgte mere viden, når der dukkede nye opgaver, teknologi eller arbejdsgange op. Men i stedet bliver en i forvejen

udskældt gruppe nu gjort umulig at have med at gøre. Hvor er det helhedsorienterede blevet af? Eksisterer de nævnte problemer slet ikke i andre sammenhænge?

Men det er dog en stor fornøjelse at læse, at de afdelinger, som har megen kontakt med indvandrere, har fundet ud af at løse konflikterne.

Hvem har bestilt en sådan undersøgelse? Skal den bruges til noget konstruktivt, eller er det bare racistisk ammunition?

Ser vi snart en undersøgelse om besværet med alkoholiserede personer på sygehuset?

Eller hvor besværligt det er at kommunikere med afasiramte?

*Birgit Morthorst er ansat i Morsø Kommune.*



## Storkredsmodel – ja tak

Af Conny Rasmussen, primærsygeplejerske, og Susanne Lindberg, sygeplejerske

*Kommentar til debatindlægget "Lærer vi for lidt?" i Sygeplejersken nr. 1/2006.*

Det fremtidige DSR skal bygge på tre hjørnesten: Nærhed, sammenhængskraft og slagkraft.

Set i det lys er det tankevækkende, at man overvejer en regionsmodel, hvor det for Region Midtjyllands vedkommende betyder, at den lokale organisation skal spænde over forskelle og afstande fra Hvide Sande til Grenå – 204 km fra hav til hav!

Nærhed er mere end geografi, men store afstande og uundgåelig centralisering kan få betydning for

det enkelte medlems opfattelse af ejerskab til organisationen.

Arrangementer, såvel faglige som sociale, der aktuelt holdes i amtskredsene, giver medlemmerne et forum for samhörighed og faglig udvikling. Dette er med til at øge fællesskabet og stoltheden ved at være sygeplejerske. Det risikerer at gå tabt i for store enheder. Vi kan endvidere frygte et videnstab i det øjeblik, de faglige sekretærer placeres i en regionsmodel, da det vil være umuligt at oparbejde/bibeholde indgående viden om den enkelte arbejdsplads. Denne viden er afgørende i forhandlinger, perso-

nalesager m.m. Et særligt argument for os i forhold til at foretrække storkredsmodellen er TR'ernes rolle. TR'ere har brug for, at deres kredskontor er tæt på dem i forhold til løbende faglig sparring og vejledning.

Den nuværende TR-rolle matcher ikke en regionsmodel, og spørgsmålet er, om DSR kan rukkere nye TR'ere, hvis rollen ændres til, at vi både skal være faglige sekretærer og politikere og samtidig køre flere hundrede kilometer for at varetage vores opgaver.

Slagkraft får man ikke, ved at magten samles på færre hænder. Den virkelige slagkraft opstår, når sammenholdet sker fra "bunden" med fælles engagement. Derfor er det vigtigt, at vores organisation lokalt kan matche de kommunale politike-

re og være med til at sætte den sundhedspolitiske dagsorden. Med den nye kommunalreform lægges flere opgaver ud i kommunerne – inkl. den økonomiske del – og derfor er det for os en selvfølge, at vi skal matche dér, hvor vi kan se mulighed for indflydelse.

TR'erne i Århus Kommune ønsker et fremtidigt DSR med storkredse, der bygger på et nærhedsprincip, hvor demokratiet og organisationen er synlig og tilgængelig for den enkelte sygeplejerske.

*Conny Rasmussen er fællestillidsrepræsentant og ansat på Lokalcenter Fuglebakken/Bjerggården, Århus Kommune, og Susanne Lindberg er suppleant for fællestillidsrepræsentant og ansat på Lokalcenter Møllestien, Århus Kommune.*

# Landsygeplejens historie 1863 - 1910

Der er kun i begrænset omfang skrevet om hjemmesygeplejens tidlige historie på landet, og "Landsygeplejens historie 1863-1910" giver et spændende indblik i dette emne.

Howdan opstod landsygeplejen?  
Howdan organiserede landsygeplejerskerne sig?  
Howdan var landsygeplejens udvikling fra 1863 til 1910?  
Og howdan blev landsygeplejen professionaliseret?

Bogen er skrevet af sygeplejerskerne Inger Clausen, Lis Vibeke Larsen, Erik Lund-Jensen og Karin Müller, som led i deres studier på Roskilde Universitetscenter.

"Landsygeplejens historie 1863-1910" er på 154 sider. Normalprisen for bogen er kr. 201,-. Medlemsprisen er kr. 147,- og studenterprisen er kr. 125,-.



**Dansk Sygeplejeråd**

Sankt Annæ Plads 30  
Postboks 1084  
1008 København K

**KUPON**  
UDFYLDES MED  
BLOKBOGSTAVER

Navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr.: \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_

DSR medlemsnr.: \_\_\_\_\_

Sygeplejestud. medlemsnr.: \_\_\_\_\_

stk. "Landsygeplejens historie 1863-1910"  
DSR Publikation 177, 1999, 154 sider, illustreret.  
Salgspris kr. 201,00. Medlemspris kr. 147,00.  
Medlemspris, sygeplejestuderende kr. 125,00.  
Priserne er incl. moms.



## Sygepleje skal læres af sygeplejersker

Af Signe Hagel Andersen, sygeplejestuderende, formand for SLS

*Kommentar til debatindlægget "Lærer vi for lidt?" i Sygeplejersken nr. 1/2006.*

I Sygeplejestuderendes Landsammenslutning (SLS) kan vi genkende de spørgsmål, der rejses i debatindlægget "Lærer vi for lidt?" Sygeplejerskers kernefaglighed er svær at definere, hvilket ikke gøres lettere, når studerende ikke møder tilstrækkeligt med sygeplejersker i klinikken. Men sygeplejestuderende skal ikke være i tvivl om vigtigheden og betyd-

ningen af sygeplejefprofessionen. Det er dem, der er fremtidens sygeplejersker, og forstår de ikke vigtigheden af sygepleje, hvem kan så garantere for en god varetagelse af patienterne?

Sygeplejestuderende lærer teori, som igennem vejledning og refleksion samt deltagelse og øvelse i sygepleje fører til praktisk handlekompetence. Studerende i den kliniske del af uddannelsen møder mange dygtige sosu-assistenten, der kan deres praktiske kundskaber til finger-

spidserne, men ikke har den samme teoretiske baggrund for deres handlekompetencer.

I den kliniske del af sygeplejeuddannelsen mødes sygeplejersker, der ofte har travlt og sjældent har tid til at dele deres kundskaber og overvejelser med studerende. Dertil er der ofte sjældent en høj normering af sygeplejersker i store dele af de studerendes kliniske del af uddannelsen. Problemet er de studerendes manglende tid med sygeplejersker og kliniske vejledere. Dette er et billede, der afspejler samfundets prioritering i forhold til normeringen af sygeplejersker og varetagelse af de studerendes kliniske uddannel-

se. Hvordan skal sygeplejestuderende kunne vide, hvad en sygeplejerske kan, hvis de ikke møder dem i løbet af uddannelsen?

SLS' svar på spørgsmålet, om vi lærer for lidt, er, at sygeplejestuderende ikke lærer nok, hvis de ikke lærer at udføre sygepleje af sygeplejersker. Frafald og tvivl om kernefagligheden kunne afhjælpes, hvis den kliniske vejleders varetagelse af de studerendes uddannelse blev opprioriteret. Sygeplejestuderende lærer kun at være sygeplejersker ved at være sammen med sygeplejersker ude hos patienterne.

*Indsendt på vegne af  
forretningsudvalget i SLS.*

## Den mest omfattende uddannelse i sygepleje

Af Annette Fløe Møller, sygeplejelærer

*Kommentar til debatindlægget "Lærer vi for lidt?" i Sygeplejersken nr. 1/2006.*

Der er mange måder at udvikle og opleve en fagidentitet på. Jeg tænker, der er en sammenhæng mellem en stærk sygeplejefaglig identitet og det at være en dygtig sygeplejerske. Dygtig på det faglige niveau og besidde de nødvendige personlige kompetencer.

Der er således forskel på sygepleje og på begrundelserne bag. For at få indsigt i den gode pleje skal man blandt andet turde se kritisk på egen praksis – for eksempel ved hjælp af refleksion, som I nævner. Men identitetsdannelse er ikke noget, der afsluttes. Det er en fortsat proces, hvor udvikling og åbenhed også er nødvendigt for at undgå en fastlåst eller rigid identitet.

I spørger, om det er ligegyldigt, om man ansætter en sosu-assistent eller en sygeplejerske?

Sygeplejersker er de fagpersoner, som har den mest omfat-

tende uddannelse i sygepleje og omsorg. Men vi skal alle gøre os klart, hvordan vi vil og kan samarbejde omkring den gode pleje og se på, hvordan faggrupperne på forskellig måde kan bidrage til og kvalificere den gode pleje.

Det må forventes, at sygeplejersker på en mere omfattende måde formår at håndtere sundhedsfremme og forebyggende opgaver. Samt at de på en mere dybdegående måde kan reflektere over, analysere, afdække og afhjælpe sygeplejeproblemer, end sosu-assistenten kan. Men der er mange opgaver, sosu-assistenten fint kan varetage selvstændigt.

Sygeplejen hviler på det samme fundament og indeholder samme dimensioner, uanset om det er en sygeplejerske eller en sosu-assistent, som varetager plejen.

Men forskellen i ansvar og kompetencer mellem faggrupperne ses ved og gør, at sosu-assistenten ikke kan håndtere samme grad af kompleksitet i plejen, som

sygeplejerskerne kan. Med henvisning til lærebogen for sosu-assistenten "Sundhed, etik og omsorg" vil kompleksiteten øges, når situationen rummer flere problemstillinger, når de ændringer, sygdom eller skade indebærer, er omfattende, eller når flere grundlæggende behov er påvirket – og i sådanne tilfælde skal sygeplejen varetages af en sygeplejerske.

Det er en ledelsesopgave på arbejdsstederne at klargøre, hvilke opgaver der er grundlæggende sygeplejeopgaver, og hvordan sosu-assistentens kvalifikationer udnyttes.

Jeg glæder mig til at følge den fortsatte debat.

*Annette Fløe Møller  
underviser ved Social- og  
sundhedsskolen i Randers.*

### Skriv kort

Skriv kort, når du vil deltage i debatten i *Sygeplejersken*. Et debatindlæg må maksimalt være på 1.800 tegn uden mellemrum. Redaktionen forbeholder sig ret til at forkorte debatindlæg, der er for lange.

Redaktionen forbeholder sig ret til at afvise kommentarer til artikler m.m., der er mere end to måneder gamle.

Et indlæg kan optages som et Synspunkt, hvis det udtrykker en personlig uddybet holdning til forhold, der har betydning for sygeplejersker. Synspunktet skal være på 2.600-3.000 tegn uden mellemrum og skal ledsages af et vellignende pasfoto, evt. elektronisk.

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

## Kompetence til at yde meget kompleks sygepleje

Af Aase Langvad, næstformand

*Kommentar til læserbrev i Sygeplejersken nr. 1/2006 "Lærer vi for lidt?" af Joan Jacobsen og Maria Vilhelm Poulsen, sygeplejestuderende ved H:S Sygeplejerskeuddannelsen.*

Allerførst vil jeg svare på det spørgsmål, som I stiller: "Lærer vi for lidt?" Nej, det mener jeg ikke, at I gør.

Sygeplejerskeuddannelsen er en generalistuddannelse, som uddanner sygeplejersker til at varetage sygepleje på et højt niveau.

Der næst vil jeg påpege, at jeg er af den opfattelse, at samfundet ikke ønsker at ligestille de forskellige faggrupper i sundhedsvæsnet – hvis der er nogle, der har den opfattelse, så er det absolut forkert.

Desuden vil jeg slå fast, at der er behov for begge grupper, idet de har meget forskellige kompetencer og kvalifikationer og supplerer hinanden.

Det skal altid være den enkelte patients behov for sygepleje, som danner udgangspunkt for, om det er den ene eller den anden faggruppe, som udfører sygeplejeopgaverne. Således kan der godt være sammenfald imellem de opgaver, som social- og sundhedsassistenten og sygeplejersken udfører – men det vil være ud fra et meget forskelligt niveau i opgaveløsning.

Sygeplejerskeuddannelsen giver kompetence til at varetage ansvaret for den totale sygepleje til alle patienter, dvs. også patienter med behov for meget kompleks sygepleje. Hvilket i øvrigt også dokumenteres i internationale undersøgelser, hvoraf det fremgår, at antallet af veluddannede sygeplejersker har stor betydning for patientsikkerheden.

Lokalt er det den ledende sygeplejerskes ansvar at fastlægge retningslinjer for, hvornår den

enkelte patient har behov for sygepleje udført af den ene eller anden faggruppe.

Jeg mener, at manglen på sygeplejersker på sigt vil medføre fald i kvaliteten i den kliniske sygepleje.

Derfor er vi interesserede i frafaldsundersøgelsen, men vi er også interesserede i at fastholde den enkelte sygeplejerske i den kliniske sygepleje. Det kan bl.a. gøres ved kompetenceudvikling samt efter-, videre- og specialuddannelse.

DSR ser det som et væsentligt mål, at der findes et tilstrækkeligt antal veluddannede sygeplejersker i hele sundhedsvæsnet, og derfor er klinisk uddannelse af sygeplejestuderende et vigtigt fokusområde for Dansk Sygeplejeråd. Vi søger indflydelse på uddannelsens indhold, rammer og vilkår gennem flere kanaler bl.a. i MVU-rådet, FTF, Undervisningsministeriet og Sundhedsstyrelsen.

## Faglig identitet i opløsning

Af Karen Tholle, primærsygeplejerske

*Kommentar til debatindlægget "Lærer vi for lidt?" i Sygeplejersken nr. 1/2006.*

Desværre deler jeg jeres opfattelse af sygeplejerskens rolle i primærsektor. Som primærsygeplejerske gennem 25 år har jeg oplevet forandringerne.

Tidligere havde hjemmesygeplejersken en koordinerende og superviserende funktion med hertil hørende klar kompetence, som blev respekteret af de respektive samarbejdspartnere.

Hjemmesygeplejersken var en

væsentlig og synlig del i det daglige arbejde. Det gjorde arbejdet spændende og kreativt og udfordrede konstant ens faglige viden og lyst til faglig udvikling.

I dag oplever vi en stadig opløsning af vores faglige identitet og kompetenceområder.

Andre faggrupper, bl.a. sosu-assistenterne og social- og sundhedshjælperne, og også indførelse af visitatorerne har kørt primærsygeplejerskerne ud på et sidespor.

End ikke på plejehjemmene, hvor kommunernes dårligste borgere bor, er sygeplejerskerne re-

præsenteret som fast faggruppe, men tilkaldes som konsulenter.

Sygeplejerskerne er mange steder ikke mere med i tilrettelæggelse eller udførelsen af den daglige pleje, den daglige supervision og observation hos de svageste og mest plejkrævende borgere.

Så I har ret, desværre, I skal tage en uddannelse som sosu-assistent, hvis I ønsker at have sygeplejefaglige opgaver i hjemmeplejen.

*Karen Tholle er ansat i Fåborg Kommune.*

Feiweil Kupferberg

## Kald eller profession

- at indtræde i sygeplejerskerollen

Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck



## Kald eller profession

- at indtræde i sygeplejerskerollen

1. udgave

Feiweil Kupferberg

Forfatteren forsøger at indfange, hvad der sker, når en nyuddannet sygeplejerske indtræder i sygeplejens professionsunivers. Han arbejder ud fra den teori at sygeplejersken herved bliver konfronteret med et dilemma, der eksisterer mellem en kaldspræget holdning til sygeplejen modsat den professionsholding, den studerende har oplevet, der blev lagt vægt på i uddannelsen.

Bogen har værdi for enhver sygeplejerske, fordi den sætter fokus på sygeplejeidentitet, selvrefleksion og selvforståelse.

I sygeplejestudiet er den desuden særdeles anvendelig, fordi den kan fungere som indføring i sociologi og i den sociologiske forskningsmetode.

Kr. 210,- incl. moms. 200 sider.

Kan købes i enhver boghandel og i Dansk Sygeplejeråds butik, Sankt Annæ Plads 30, 1250 København K.



Anni Pilgaard

## Regioner som overgangsfænomen

**Nærhed.** Det er helt afgørende, at fagforeningen i en fremtidig struktur er så tæt på medlemmerne som overhovedet muligt.

Hvor langt skal en fagforeningsbestyrelse befinde sig fra medlemmerne, før det er en tvivlsom sag at tale om nærhed til medlemmerne? Ofte sker der det, at jo fjernere en bestyrelse rent geografisk befinder sig fra medlemmerne, des større bliver den psykologiske afstand mellem medlemmer og bestyrelsen.

Vi mener, at kommunalreformen, hvor Danmark inddeles i regioner, ikke har noget med nærhed at gøre. Det er en landspolitisk beslutning, som har sit udgangspunkt i effektivisering og markedsøkonomi.

For os indebærer det en klar forringelse af vores organisation, hvis vi lægger den fremtidige struktur i Dansk Sygeplejeråd op ad den kommende regionale struktur. Derfor anbefaler vi storkredsmodellen.

Vi synes, det er helt afgørende, at fagforeningen er så tæt på medlemmerne som overhovedet muligt. Vi har et kendskab til arbejdspladserne gennem tillidsrepræsentanterne. Vi pålægger hele tiden tillidsrepræsentanterne yderligere opgaver, og det er i forvejen ofte svært for dem samtidig at opretholde deres arbejde som sygeplejersker. Men netop kombinationen af, at de udfører sygeplejefaget, samtidig med at de arbejder for organisationen, er en enorm styrke, som vi ønsker at bevare.

For os at se er det umuligt at opretholde den styrke, hvis vi vælger regionsmodellen, samtidig med at der kommer stor afstand mellem tillidsrepræsentanterne, politikerne og den administrative ekspertise, vi har på de nuværende amtskredse. Vi frygter stor flugt fra det organisatoriske arbejde.

Lad os nævne et par andre problemer, som vi risikerer at løbe ind i med regionsmodellen:

For det første skal vi erindre, at de nye storkommuner har fået en betragtelig del af sundhedsområdet tillagt, nemlig forebyggelse og genoptræning. Det indebærer, at kommunerne bliver en væsentlig større arbejdsgiver end hidtil. Den såkaldte storkredsmodel matcher denne udvikling betydeligt bedre end regionsmodellen.

For det andet kan de fem nye regioner på Danmarkskortet meget vel vise sig at være et overgangsfænomen. Vi erkender, at dette er gætteri. Men man skal huske på, at de nye regioner ikke er tildelt selvstændig skatteudskrivning, men er dybt afhængige af, hvad man på Christiansborg vælger at betænke dem med økonomisk, og resten af finansieringen skal tilvejebringes fra kommunerne. Derfor er det nærliggende at tro, at regionerne er midlertidige, indtil stat og kommuner bliver enige om at dele opgaven omkring sygehusvæsenet.

Vi mener, at storkredsmodellen er den mest fremtidssikrede. Tilhængere af regionsmodellen slår på, at en administration for en hel region vil indeholde en bred vifte af kompetencer og dermed vil kunne arbejde for bedre vilkår for medlemmerne og faget. Det mener vi ikke – tværtimod.

Vi mener, at viften af kompetencer bedst skabes ved en storkredsmodel. Det professionelle faglige miljø har vi allerede i den nuværende amtskredsstruktur, så fundamentet for videre udvikling er allerede til stede. Udvikling opnås ikke gennem strukturtilpasning, men gennem vækst indefra i organisationen, hvor omdrejningspunktet, vores medlemmer, fastholdes.

*Indsendt på vegne af amtsbestyrelsen for Dansk Sygeplejeråd, Ribe Amtskreds.*

*Anni Pilgaard er formand for DSRs amtskreds i Ribe Amt.*

## Signe Østergaard

*Signe Østergaard* døde søndag den 29. januar efter flere år med svigtende helbred. Hun blev 84 år. Hendes karriere inden for sygeplejen blev grundlagt ved Diakonissestiftelsen, hvor hun fik sin uddannelse, og senere avancerede hun til forstander for sygeplejerskeuddannelsen. Signe Østergaard tog imidlertid den store beslutning at forlade Diakonissestiftelsen, men hun havde allerede inden vist sine evner som leder. Hun var overbevist om, at den dygtige sygeplejerske skulle have en såvel teoretisk som praktisk uddannelse. Dette blev styrket ved et studieophold ved Edinburgh Universitet.

Signe Østergaard var i nogle år leder af sygeplejerskolen i Svendborg, og senere blev hun opfordret til at blive leder af Danmarks Sygeplejerskehøjskoles afdeling i København, da denne blev oprettet i 1969.

**Signe Østergaard.** Ved meddelelsen om *Signe Østergaards* død vil rigtig mange sygeplejersker med videreuddannelse mindes en stor personlighed og hendes betydning for opfattelsen af sygepleje som et kundskabsområde og en samfundsopgave, der fordrer systematisk tilgang og høj grad af klinisk og teoretisk dygtighed hvilende på et stærkt fundament af medmenneskelig indføling og tolerance.

Signe Østergaards rolige og bestemte udstråling, hendes store evner som underviser, inspirator og vejleder for såvel studerende som kolleger i hendes tid som afdelingsleder på Danmarks Sygeplejerskehøjskole i

I 1984 trak hun sig tilbage fra aktivt arbejde. Signe Østergaard flyttede som pensionist til Ringkøbing, hvor hun havde sin familie, som hun ønskede at være i nærheden af. Med energi og entusiasme tog hun fat på nye opgaver. Det var den danske sygeplejeuddannelses historie, der blev skrevet og udgivet.

Signe Østergaard blev formand for Sammenslutningen af Pensionerede Sygeplejersker og bidrog til oprettelsen af Dansk Sygeplejehistorisk Selskab og havde også flere tillidsposter i Dansk Sygeplejeråd. Hun var en fremsynet leder og inspirator for kolleger med varme og interesse for sine medmennesker.

Æret være Signe Østergaards minde.

*Agnes Bjørn.*

København, samt hendes ro og hjælp, når det brændte på, vil vi huske med taknemmelighed og beundring.

En lang række af de sygeplejersker, der nu bestrider lederstillinger i sundhedsvæsenet, forskerstillinger inden for sygeplejevidenskab samt stillinger på grund- og videreuddannelsesniveauer i uddannelsessystemet, var på højskolen talenter, som Signe Østergaard fik øje på og derefter inspirerede med sit nærværende og udfordrende med- og modspil.

Vi vil altid huske Signe Østergaard.

*Karenlene Ravn,  
tidl. forstander i Sundhedsstyrelsen.*

## Margarethe Lorensen

*Margarethe Lorensen* – Lorens – Marga – Margareth – kært barn har mange navne.

Lorens døde den 30. oktober 2005 i København.

Det er svært at forstå, at denne store, dejlige pige ikke længere sender et postkort fra udlandet eller hjemme fra Norge. Ikke lige er til at få fat på pr. telefon, så verdenssituationen kan blive drøftet eller sat på plads.

Vi mødtes første gang på Den Sønderjyske Sygeplejerskole i Sønderborg i juli 1961. Samme sted blev vi færdige som sygeplejersker den 30. august 1964. Efter nogle år som kolleger på skadestuen og operationsafdelingen skiltes vore veje.

Lorens ville videre og ud i den store verden. Hver gang hun landede i Danmark, ringede hun og sagde: "Møjn, de æ mæ." Sit sønderjyske sprog bevarede hun alle dage. Ligeledes kontakten til tidligere elevkammerater.

Hvert femte år mødes vi og har det sjovt. Også her var Lorens en af initiativtagerne. Organisere – dét kunne hun! Selvfølgelig vil vi fortsat mødes hvert femte år, men vi vil savne hendes gode humør og sjove påfund.

Æret være Margarethe Lorensens minde.

*Elke Krenzen Westergaard.*

**Signe Østergaard.** "Man holder ikke op med at være sygeplejerske, og jeg kan ikke lade være med at engagere mig i det arbejde, der har været en så stor del af mit liv." Udtalelsen er *Signe Østergaards* egen og stammer fra et interview i Berlingske Tidenende maj 1994.

Karakteristikken kan ikke være mere ram-mende. Fra uddannelsen til sygeplejerske på Diakonissestiftelsens sygeplejerskole i 1948, og til Signe Østergaard engagerede sig i Seniorsammenslutningen fra 1991-1999 som en meget engageret formand, udfoldede hendes sygeplejekarriere sig.

Efter en kort periode som klinisk sygeplejerske blev Signe Østergaard bedt om at deltage i undervisningen af sygeplejeeleverne på Diakonissestiftelsens sygeplejerskole, og det blev hun så optaget af, at hele hendes fremtidige karriere blev helliget undervisningen, først som sygeplejelærer, så fra 1956-1968 som forstanderinde ved Diakonissestiftelsens sygeplejerskole. I denne periode uddannede hun sig bl.a. ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole i Aarhus og ved The Department of Nursing Studies, universitetet i Edinburgh.

Da Danmarks Sygeplejerskehøjskoles afdeling i København begyndte undervisningen i 1969, var hun med fra starten sammen med *Inger Christensen*, dels som afdelingslærer, dels som daglig leder. Her sluttede Signe Østergaards professionelle karriere i 1984.

Signe Østergaard beklædte flere tillidsposter, bl.a. som medlem af bestyrelsen for den faglige sammenslutning af underviserne sygeplejersker, medlem af Syge- og sundhedsudvalget i Dansk Sygeplejeråd og af Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse.

Med Signe Østergaard har sygeplejen mistet et fint og engageret menneske.

Æret være hendes minde.

*Aase Langvad,  
2.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd.*

►► **IN MEMORIAM.** Mindeord modtages gerne om afdøde sygeplejersker, som var medlem af Dansk Sygeplejeråd. For at vi kan bringe mindeordene så hurtigt som muligt, må teksten højst være på 1.300 tegn (uden mellemrum). For lange tekster vil blive forkortet af redaktionen.

## Elsebeth Pørneki

Det var med sorg, vi først i december modtog det triste budskab, at *Elsebeth Pørneki* stille var sovet ind den 30. november 2005 i sit hjem efter nogen tids sygdom. Elsebeth Pørneki var i mere end 10 år en inspirerende formand for seniorsygeplejerskernes kontaktudvalg i DSR, Københavns amtskreds. Elsebeth Pørneki deltog med interesse og engagement i arbejdet for seniorsammenslutningen, både lokalt og på landsplan, hvor mange har mødt hende på vore landsmøder. Vi vil savne Elsebeth Pørnekis varme og strålende smil ved vore møder. Æret være hendes minde.

*På kontaktudvalgets vegne Hanne Andersen.*

## Bo Karlson

Til minde om en sygeplejerske, der var: *Bo Karlson*. Velkvalificeret og meget vellidt blandt alle patienter og kollegaer, var med sin høje kompetence og ansvarlighed en stor styrke i afdelingen. Vi vil alle mangle den varme, imødekommende og opmærksomhed, vi nød godt af i hverdagen. Hans engagement for psykiatrien samt hans vindende væsen vil blive savnet på Afsnit D1, Frederiksberg Hospital. På alle kollegaers vegne.

*Elin Olesen og Jan Stegemüller.*

## Fire fortjenstmedaljer

Fire sygeplejersker modtog i slutningen af 2005 dronningens fortjenstmedalje i sølv for 40 års ansættelse i det offentlige: *Grethe Sommer* fra Odense Universitetshospital, *Marianne Vinding* fra Kolding Sygehus, *Annemarie Toft* fra Centralsygehuset i Hillerød, *Kathrine Margrethe Christensen*, der er ansat i Viborg Amt.

(sbk)

## Støtte til forskning i apopleksipatienters livskvalitet

Udviklingssygeplejerske *Ingrid Muus* fra Neurologi- og Rehabiliteringsenheden i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen har fået støtte fra amtets forskningsudvalg til sit ph.d.-projekt.

Projektet skal undersøge, hvilke langtidseffekter apopleksi har for patienternes livskvalitet set i forhold til deres helbred.

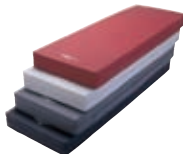
(sbk)



### TEMPUR® EN PROFESSIONEL PARTNER

Når det er nødvendigt at have særlig fokus på risikopatienter, f.eks. på en intensivafdeling, er TEMPUR Kombimadrassen det oplagte valg. Madrassen giver optimal trykfordeling og komfort for patienten.

TEMPUR Kombimadrassen anvendes på intensivafdelinger samt på hospitalsafdelinger med langtidsindlagte patienter, ældre patienter og patienter, som allerede har tryksår.



TEMPUR er et viskoelastisk, temperaturfølsomt materiale bestående af åbne celler, der følger kroppens konturer nøjagtigt. Den sfæriske cellestruktur bevæger sig nænsomt omkring kroppens kurver, så der ydes fuldkommen støtte, hvor der er behov for det, dog uden der dannes modtryk.

TEMPUR Danmark A/S · Holmelund 43 · 5560 Aarup  
Tlf.: 63 43 43 69 · [www.tempur.dk](http://www.tempur.dk)

## Invitation til seminar

### Styrk mulighederne for patienter med kroniske sygdomme!

- Ved hjælp af effektiv organisering, pleje og behandling.

Oplæg på dagen:

**Susanne Bøgelund**, leder af Livsstilscentret Brædstrup:  
"Eksempler og erfaringer fra Livsstilscentret Brædstrup, herunder den motiverende samtale."

**Kirsten Lomborg**, sygeplejerske, ph.d., adjunkt ved Aarhus Universitet:  
"Patient – sygeplejerske samspil ved hjælp til kropspleje blandt patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)."

**Anne Frølich**, speciallæge i intern medicin, overlæge:  
"The chronic care model, implementering og erfaringer."

**Henrik Rasmussen**, mimer, klovn og artist med 14 års erfaring:  
"Styr lige dit kropssprog." Ofte er kommunikationen følelsesladet, hvilket gør de nonverbale signaler endnu vigtigere.

Den 28. marts 2006 på Scandic Kolding, **eller**  
Den 30. marts 2006 på Scandic Roskilde  
Begge dage 9:00 - 16:00

Læs hele invitationen på [www.seminarer.dk](http://www.seminarer.dk)  
eller rekvirer den på 66 15 90 43

**Seminarer.dk**  
I Amter & Kommuner

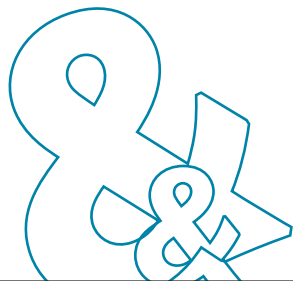
I Sygeplejerskens faglige sektion findes artikler, herunder resumeer af international forskning og anmeldelser, skrevet af sygeplejersker eller andre fagpersoner. Artiklerne i denne sektion er godkendt efter sygeplejefaglig vurdering og vejledning.

# faglige artikler

**På [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk) findes**

- Generel manuskriptvejledning
- Manuskriptvejledning til faglige artikler
- Forfatterskabserklæring
- Manuskriptvejledning til sektionen "Klinisk sygepleje"
- Retningslinjer for omtale af akademiske afhandlinger
- Manuskriptvejledning til sektionen "Videnskab & sygepleje"

Vejledninger tilsendes også ved henvendelse til redaktionen 3315 1555



## Mestring af kroniske smerter, hvad har betydning?

Dysvik E, Natvig GK, Eikeland O-J, Lindstrøm TC. *Coping with chronic pain. Int J Nurs Stud* 2005;42:297-305.

**Formål:** At undersøge, hvad der hovedsagelig anses som en stressfaktor hos patienter med kroniske smerter og at beskrive en række medicinske variabelers rolle (smerteintensitet, smertevarighed, depression og selvværd) i forhold til at kunne forudsige patienternes mestringsevne.

**Metode:** Undersøgelsen er gennemført i Norge og omfattede 88 patienter fra 18 til 67 år, som havde haft kroniske ikke-maligne smerter i gennemsnitlig 10 år. Patienterne besvarede en række velafprøvede spørgeskemaer, hvorefter der blev foretaget en række statistiske analyser på besvarelsenerne. Som referenceramme for undersøgelsen blev anvendt *Lazarus'* og *Folksmans* model for stress og mestring.

**Resultat:** Den altdominerende stressfaktor var familieliv og sociale aktiviteter, som 53 pct. oplevede. 38 pct. oplevede eget helbred som stressfaktor, og 9 pct. arbejde eller studie. Hvis smerter blev anset som en udfordring, benyttede patienterne problemfokuseret mestring. Hvis smerter blev anset som en trussel, og patienten angav depression og lavt selvværd, benyttede patienterne emotionelt fokuseret mestring.

**Bemærkninger:** Artiklen har en god gennemgang af baggrundslitteratur. Den kan være vanskelig at læse, da der er benyttet regressionsanalyse. Resultaterne er væsentlige, da de viser, at patienter benytter forskellige mestringstrategier, og at disse i nogen udstrækning kan forudsiges. Det vil sige, at sygeplejersken kan blive i stand til at målrette interventionen i forhold til, hvordan patienten sandsynligvis vil mestre det videre forløb.

Preben Ulrich Pedersen,  
sygeplejerske, ph.d.  
pu.pedersen@tele2adsl.dk

## Mens man venter på operation – et liv i ingenmandsland

Sjöling M, Ågren Y, Olofsson N, Hellzén O, Asplund K. *Waiting for surgery: living a life on hold – a continuous struggle against a faceless system. Int J Nurs Stud* 2005;42:539-47.

**Formål:** At beskrive patienters levede erfaringer, mens de venter på en operation for hoft- eller knæalloplastik, og at undersøge betydningen for patienternes dagligliv.

**Metode:** Undersøgelsen er gennemført i Sverige. Der deltog 18 patienter fra 51-82 år. Ni var kvinder. Ni patienter blev interviewet en uge efter deres operation, og ni patienter blev interviewet, inden de havde modtaget et indlæggelsestidspunkt. Alle patienterne havde ventet mellem 30 og 65 uger på operation. Patienter indgik konsekutivt i undersøgelsen og blev ekskluderet, hvis de havde andre diagnoser end indlæggelsesdiagnosen. Alle interview blev gennemført som en samtale med patienterne, optaget på bånd og transskriberet fuldt ud.

**Resultater:** Patienterne beskrev ventetiden som: "Et liv i ingenmandsland – hvor man venter på at kunne vende tilbage til

en normal tilværelse." Patienterne oplevede lidelse inden for flere områder. Det betød, at de måtte kæmpe for at få dækket deres omsorgs- og plejebehov. Patienterne beskrev det som: "At kæmpe mod en fjende uden ansigt." Det lod til at være væsentligt, at patienterne fik skabt mening med lidelsen, og patienter, der var i stand til at bevare eller skabe mening med lidelsen, kunne leve et fuldt og helt liv på trods af smerter og handicap.

**Bemærkninger:** Undersøgelsen er spændende, fordi den sætter fokus på ventetiden i forbindelse med en relativt harmløs operation. Det er patientens perspektiv, der belyses, og det lader til, at der kan være problemstillinger, som er relevante for sygeplejersker i ortopædkirurgisk ambulatorium, lægepraksis og hjemmeplejen at beskæftige sig med.

Preben Ulrich Pedersen,  
sygeplejerske, ph.d.  
pu.pedersen@tele2adsl.dk

## Betydningen af musikterapi hos patienter i respiratorbehandling

Lee OKA, Chung YFL, Chan MF, Chan WM. *Music and its effect on the physiological responses and anxiety levels of patients receiving mechanical ventilation: a pilot study. J Clin Nurs* 2005;14:609-20.

**Formål:** At beskrive effekten af musik som middel til at reducere angst hos patienter, der respiratorbehandles.

**Metode:** Undersøgelsen er gennemført i Hongkong. Der indgik 64 patienter i alderen 19-90 år. Under indlæggelsen på intensiv afdeling blev patienterne randomiseret til en gruppe, der dagligt lyttede til musik i en periode på 30 minutter, eller til en gruppe, der fik en 30 minutters hvileperiode. Patienternes egen opfattelse af angst blev bedømt ved hjælp af en tidligere afprøvet metode og på baggrund af objektive parametre som hjerte- og respirationsfrekvens samt blodtryk. Data er opgjort statistisk.

**Resultat:** Musik har effekt i forhold til at få patienterne til at slappe af under respiratorbehandling. Patienternes angivelse af angst, deres hjerte- og respirationsfrekvens samt blodtryk var signifikant lavere hos den gruppe patienter, der lyttede til musik.

**Bemærkninger:** Musik er et billigt middel, der selvstændigt kan administreres af sygeplejersker. Det lader til, at det kan hjælpe patienter i den svære tid, de ligger i respirator, eller når de skal trappes ud af respiratoren. Artiklen indeholder en virkelig god gennemgang af den foreliggende viden om musiks effekt, hvordan man observerer, om patienterne er afslappede, og hvordan man kan dokumentere angst hos patienter i respiratorbehandling.

Preben Ulrich Pedersen, sygeplejerske, ph.d.  
pu.pedersen@tele2adsl.dk



# Tillid skaber integration

Af Berit Haahr, sundhedsplejerske

**Marginaliseret.** Flygtninge- og indvandrerkvinder har ofte sundhedsproblemer, som kan få alvorlige samfundsmæssige konsekvenser. De er præget af overvægt, vold i hjemmet og har problemer med at forstå deres børns liv. Et privat kursus-tilbud forsøger at hjælpe kvinderne videre i livet.

Flygtninge- og indvandrerkvinder har mange erfaringer med det danske social- og sundhedsvæsen, men sjældent gode erfaringer. Manglende dansk kundskaber, usikkerhed og misforståelser med risiko for fejlbehandling fører til skuffelse og mistillid. Sundhedsfag er derfor en integreret del af den private kursusvirksomhed SamKursers tilbud til flygtninge- og indvandrerkvinder i det, der hedder "Kvindeprojektet." Jeg er en af to sundhedsplejersker, som er hovedansvarlige for undervisningen af kvinder, der har brug for ekstra støtte til at komme videre i livet.

Kvinderne er mærket af sygdom, dårlig ernæringsviden og overvægt. Flere af kvinderne oplever vold i hjemmet og har problemer med at forstå deres børns liv. Ofte er der en mur, som vi skal bryde ned for at opnå tillid og respekt, så vi efterhånden kan begynde at tale om de emner, som virkelig trænger sig på.

Muren eksisterer i mange tilfælde, fordi kvinderne ikke har lært om sundhedsfaglige emner, lige fra seksualvejledning til sygdomsforebyggelse. Nogle kvinder har f.eks. oplevet at blive vækket om natten for at få serveret varm mælk, til de er næsten voksne. Derfor har de umiddelbart svært ved at acceptere, at deres børn skal drikke begrænsede mængder mælk. Pubertet og seksualitet er tabubelagte emner, og historier om første menstruation og bryllupsnatten kan være meget smertefulde.

## Tavshedspligt

Et vigtigt emne er at forklare og vise, hvordan tavshedspligt forvaltes i Danmark. Kvindernes mindste udtalelser behandles med den dybeste respekt, hvilket

efterhånden fører til, at vi kan kontakte samarbejdspartnere med stor grad af frihed. Telefonopkald foregår i videst muligt omfang kun sammen med kursisten. Det er vigtigt, at kvinderne forstår, hvad der siges i telefonen, og kun svarer på spørgsmål, de har forstået. Helst skriver jeg, så jeg kan gennemgå brevet grundigt med kvinden, inden vi sender det.

En kvindes behov for en samtale i en rum bruger vi tid på, så længe behovet er der. Når et sundhedsemne trænger sig på blandt kursisterne, samarbejder lærerne om at undervise i emnet fra forskellige vinkler. Kombinationen af tid og tværfagligt samarbejde giver kvinderne den viden og tillid, de mangler for at starte en positiv og selvstændig udvikling.

I sundhedsundervisningen indgår svømning, gymnastik og cykling. Kvinder med vandskræk kan opleve, at de kan svømme i det dybe vand efter et par måneders svømmeundervisning.

De flygtninge- og indvandrerkvinder, som deltager i kurset, har sundhedsproblemer, som kan få alvorlige samfundsmæssige konsekvenser. Vi formidler sundhedsviden og giver kvinderne værktøjer, der kan styrke deres tillid til sundhedssystemet. En filippinsk kvinde på 22 år fortæller: "I sundhedsfag har jeg lært meget om sundhed, mad, og hvad man kan gøre, når man får børn. På SamKurser er lærerne tålmodige, og de er gode til at lytte til vores personlige problemer. De hjælper os, og det giver mig selvtilid til at uddanne mig videre."

SamKurser er den eneste sprogskole, som prioriterer sundhedsundervisning så højt. Integrationsministeriet har netop bevilget penge til et nyt projekt "Aktivi-

tetsraketten," hvor sundhedsundervisningen har høj prioritet.

Læs mere om SamKurser på [www.samkurser.dk](http://www.samkurser.dk)

Berit Haahr er ansat i SamKurser. [bha@samkurser.dk](mailto:bha@samkurser.dk)



**Synergi**  
DSR's nyhedsbrev

Synergi er, når gode ideer samles og gør helheden endnu bedre. Og Synergi er både målsætningen og navnet på Dansk Sygeplejeråds elektroniske nyhedsbrev.

Nyhedsbrevet er gratis, og sendes direkte til din e-mail hver anden onsdag. Tilmeld dig Synergi på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk), eller send en e-mail til [synergi@dsr.dk](mailto:synergi@dsr.dk), og bliv opdateret med seneste nyt.

**Forudindtaget.** Erfaringer fra personalet i psykiatrien viser, at sygeplejersker skal have styr på egne holdninger og fordomme over for etniske patienter for at yde en ordentlig sygepleje.

# Kultur og fordomme gør blind

I relation til kultur og holdningers betydning for arbejdet med patienter med anden kulturel baggrund har vi opsamlet følgende erfaringer (1):

- negative fordomme kan ses blandt alle faggrupper, hvilket resulterer i generaliseringer og fastlåste holdninger
- arbejdet med patientgruppen kan opfattes som besværligt og tidskrævende
- usikkerhed og berøringsangst resulterer i, at man tager afstand fra patienten
- det kulturelle aspekt overbetones
- der er behov for bedre kulturforståelse.

Erfaringerne er opsamlet af Videnscenter for Transkulturel Psykiatri, som har eksisteret siden 2002. I begyndelsen af perioden foretog vi fokusgruppeinterviews med Videnscentrets kontaktpersoner fra psykiatrien i Danmark for at få indblik i deres viden, erfaringer og holdninger til arbejdet med patienter af anden etnisk oprindelse. Samtidig ønskede vi at få et nuanceret billede af både problemer og gode erfaringer fra praksis samt at afdække behovet for viden om andre kulturer. Efterfølgende har vi undervist store dele af det psykiatriske personale på landsplan.

## Sygeplejersker er på hjemmebane

Vi bliver ofte usikre over for patienter med anden etnisk baggrund og fokuserer på netop det, der er anderledes, i stedet for på det, vi har til fælles, det almenmenneskelige, det genkendelige. Den etniske patient kan måske umiddelbart være vanskelig at forstå, men netop psykiatrisk personale er i forvejen uddannet til at forholde sig til det psykotiske menneske, som i sin psykose præsenterer det umiddelbart uforståelige. At mennesker er svære at forstå, burde således ikke skræmme sygeplejersker. Her er

vi på hjemmebane og har redskaber til at forsøge at forstå og rumme disse mennesker.

Det er almenmenneskeligt at søge det kendte og være usikker over for det, som er fremmed. Usikkerheden kan resultere i, at vi bevidst eller ubevidst kommer til at undgå patienten med anden kulturel baggrund. En undersøgelse udarbejdet på Obstetrisk Afdeling på Rigshospitalet viser, at etniske patienter får mindre af sygeplejerskens tid og dermed mindre information og vejledning (2). Kunne det samme ske på en psykiatrisk afdeling?

Sygeplejersker har en etisk og faglig forpligtelse til at behandle alle patienter lige, uanset kultur, race, religion, køn, social status og politisk ståsted (3). Vi må derfor være bevidste om vores holdninger og vurdere, hvordan de kan påvirke mødet med patienten med anden kulturel baggrund. Denne bevidsthed er nødvendig for, at vi kan handle professionelt og lade vores private holdninger blive hjemme.

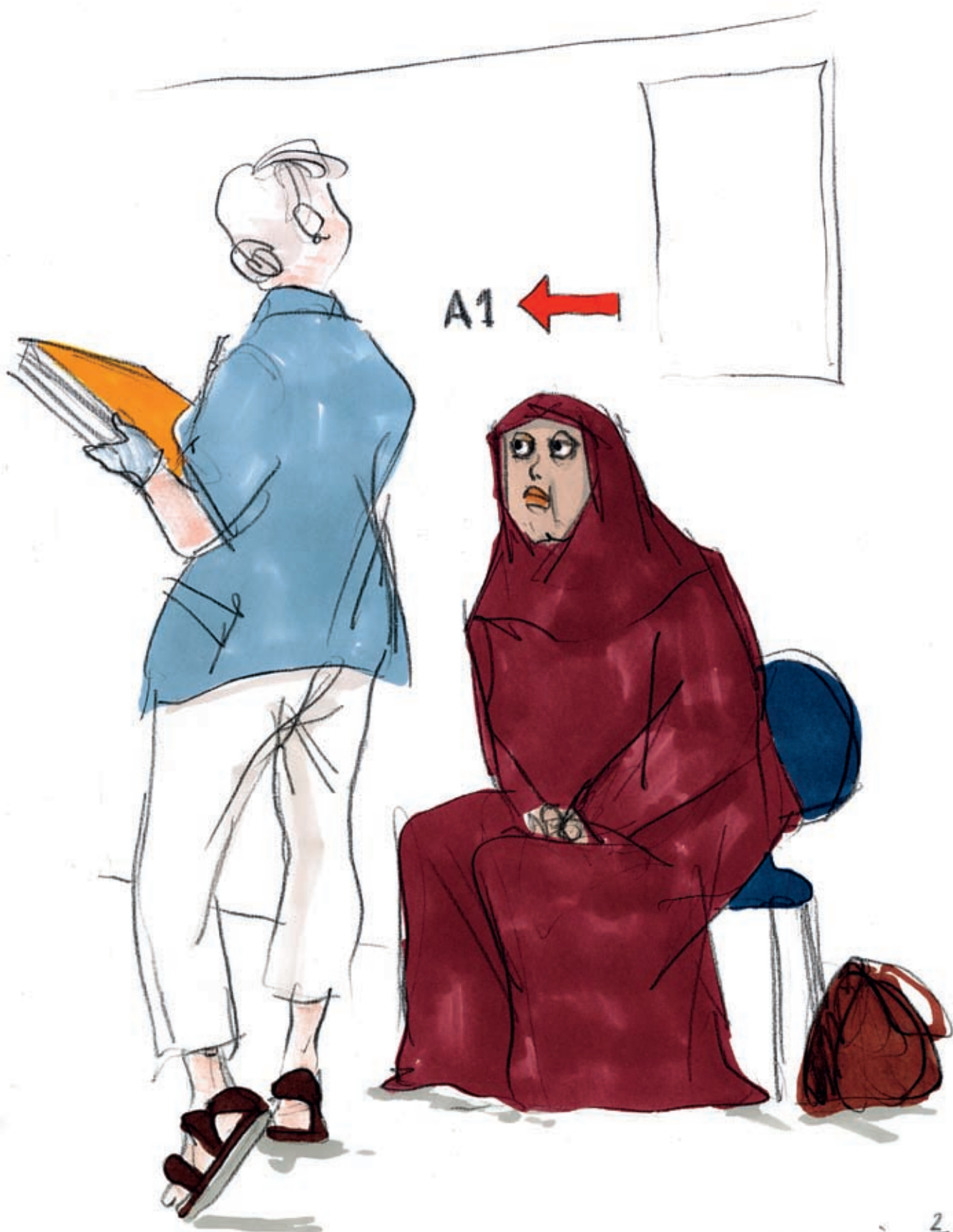
## Fordomme som grundlag for forståelse

Mange medier og politikere omtaler etniske minoriteter negativt. Det puster til vores fordomme, og negative og fastlåste holdninger og forventninger til patienten præger dermed mødet og forstyrrer kommunikationen. Som eksempel kan nævnes den kvindelige sygeplejerskes forventning om, at muslimske mænd ikke respekterer kvinder.

En sygeplejerske siger i en undervisningsseance, da vi taler om muslimske mænds holdninger til kvindeligt personale: "De fremmede spytter på os."

En anden sygeplejerske svarer: "Hvis du møder dem med den holdning og det kropssprog, kan jeg godt forstå, hvis de spytter på dig."

Patienten vil mærke sygeplejerskens skepsis og negative for- ▶



Claus Seidel 2/06

► ventninger, og det gør ham mere forbeholden, end han måske er i forvejen. Han kan tidligere have følt sig diskrimineret af en dansker og bekræftes nu i sin fordom. Sygeplejerske og patient møder således hinanden med hver deres kulturelle og personlige bagage, som kan blokere for etablering af den gensidige tillid og respekt, som er nødvendig for en god relation og et givende pleje- og behandlingsforløb. Patientens forbehold kan være kombineret med en mistro, der kan stamme fra hans oprindelsesland, hvor han ikke som en selvfølge kunne have tiltro til sundhedsvæsnet.

Da psykiatrisk behandling kan være af varierende kvalitet i patientens hjemland, kan han være bekymret for, hvad den indebærer her i landet. Hvis patienten er flygtning og tidligere traumatiseret af fængsling og tortur, kan han yderligere være præget af mistillid til sine medmennesker. I mødet vil der således være mange fordomme på spil.

### Fordomme er før-domme

Filosoffen *Hans-Georg Gadamer* ser fordomme som uundgåelige og uundværlige (4). De er udtryk for en slags før-domme, som bygger på det forråd af viden, som vi har tilegnet os gennem vores historie, traditioner, opdragelse og socialisering. Denne viden udgør en form for forståelseshorisont, som vi hele tiden trækker på – såkaldte forforståelser om verden, som derved gøres fortrolig og velkendt. Vi tolker og handler hele tiden ud fra disse forforståelser.

Fordomme kan forstås som ubevidste forestillinger om verden, og de hjælper os i vores daglige færden. I mødet med det anderledes og det fremmede kan vi opleve fordomme, vi ikke vidste, vi havde. Dermed kan vi i bedste fald blive bevidste om vores ubevidste forestillinger eller fordomme. Denne nye bevidsthed kan øge vores selvforståelse, så fordommene sætter en forståelsesproces i gang og dermed virker befordrende for ny forståelse (4,5). I værste fald kan fordommene blokere for forståelsen af patienten, og det kan resultere i, at vi kommer til at bryde med den etiske forudsætning, som må ligge til grund for professionel tilgang til patienten nemlig at se det andet menneske som ligeværdigt.

#### ►► BOKS 1. GODE RÅD, NÅR DU ARBEJDER MED NYDANSKERE:

- Vær bevidst om egen kultur og fordomme – diskutér gerne med dine kolleger.
- Vær nysgerrig, spørg patienten om det, du ikke forstår, inden du reagerer på det.
- Vær interesseret i patientens livshistorie, også før patienten kom til Danmark:
  - Det er en måde at vise respekt og skabe tillid og kontakt på.
  - Det er en måde at opdage patientens tidligere ressourcer og mestringsstrategier på.
- Vær åben over for patientens kulturelle og sociale normer og værdier.
- Undersøg patientens sygdomsopfattelse og forventninger til plejen/behandlingen.
- Vær tydelig i kommunikationen og brug tolk ved behov.

Vi må forsøge at forstå den enkelte patient og hans forhold til sin kultur.

### Andre kulturer opleves som statiske

Kulturer er mangetydige, i stadig bevægelse og forandring. Det er tydeligt, når vi ser på vores egen kultur. Alligevel har vi en tendens til at have et fastlåst billede af, hvordan andre folk lever, og til at se andre kulturer som statiske.

**“Når jeg underviser psykiatrisk personale, beder de ofte om at få en oversigt over, hvad det vil sige at være tyrkisk, arabisk eller somalisk. I mødet med en patient fra en specifik kultur vil de gerne have en opskrift, som de kan gå frem efter. Men så enkelt er det ikke.”**

Når jeg underviser psykiatrisk personale, beder de ofte om at få en oversigt over, hvad det vil sige at være tyrkisk, arabisk eller somalisk. I mødet med en patient fra en specifik kultur vil de gerne have en opskrift, som de kan gå frem efter. Men så enkelt er det ikke.

For år tilbage anvendte antropologer det såkaldte beskrivende kulturbegreb. De besøgte de enkelte lande eller områder og beskrev kulturernes lighedspunkter ud fra antagelsen om, at alle i det pågældende

samfund var bærere af den samme kultur (6). De søgte efter det, der var fælles for samfundet. Men hvordan vil vi beskrive, hvad der er fælles dansk? Vil vi kunne blive enige om det?

I dag anvender antropologer det komplekse kulturbegreb, der betyder, at vi ikke kan være sikre på, at alle i den samme kultur deler de samme værdier. Komplexiteten opstår, fordi vi alle har del i flere kulturer, f.eks. alderskultur, kønskultur, arbejdskultur, familiekultur, boformskultur og landsby- eller bykultur. At færdes i så forskellige kulturer giver forskellige gensidige påvirkninger, værdier og holdninger. Når vi f.eks. møder en tyrkisk patient, må vi derfor være opmærksomme på, at patienten ikke kun er tyrker, men også har mange andre identiteter, tilhører mange andre fællesskaber og dermed kulturer.

I mødet med patienten med anden etnisk baggrund må vi være åbne for patientens forståelse af egen kultur og samtidig være opmærksomme på, at vores opfattelser og værdier kan være forskellige. Hvis vi mener at have specifik viden om patientens kultur, kan vi nemt komme til at sætte patienten i bås, så han ikke bliver set som den, han er. Det er i dialogen, i samspillet, kulturen kommer til udtryk, og her vi kan spørge patienten om, hvad hans kultur betyder for ham (5). Ved at sætte fokus på patientens eget kulturelle tilhørsforhold kan vi møde ham ud fra hans egen selvforståelse. Hermed tager vores kontakt med patienten afsæt i ham som individ, og vi kan skabe grobund for tillid, som er en forudsætning for en bæredygtig relation.

### Egen kultur på psykiatrisk afdeling

Men det er ikke kun patienten og sygeplejersken, der er bærere af en kultur. Den psykiatriske afdeling har også sin kultur. Hvad betyder denne kultur i mødet med patienten på den psykiatriske afdeling?

Antropologerne *Charlotte Jacobsen* og *Katrine Johansen* har forsøgt at besvare dette spørgsmål ud fra en feltundersøgelse på Retspsykiatrisk Afdeling på Sct. Hans Hospital (7). De undersøgte bl.a., hvad afdelingens kultur betyder for mødet med patienten, når patienter og personale kommer med hver deres kultur. Den enkelte afdeling har sin egen kultur, som kommer til udtryk i afdelingens værdier, normer, rutiner, regler og måder at arbejde på. Kulturen påvirkes af de enkeltes professionskulturer, deres faglige viden og forståelser. Patienten kommer med sin egen kultur og har intet kendskab til psykiatrikulturen, men i samspillet kan afdelingens kultur påvirkes og vil på den måde hele tiden være i forandring. Det er dog stadig personalet, der har magten til at bestemme, hvordan kulturen skal være i den enkelte afdeling.

### Derfor gør vi, som vi gør

Følgende eksempel viser en sygeplejerskes magtanvendelse og mangel på accept af patienten.

En sygeplejerske siger i en undervisningsseance, da samtalen handler om kommunikation og brug af tolk: "Hvis der kommer en tyrkisk kvinde, som har været i Danmark i 20 år, og hun ikke taler dansk, så bestiller jeg altså ikke en tolk."

Der eksisterer således en kultur, som patienten må forsøge at aflæse og tilpasse sig for at blive accepteret. Dette afhænger af hans evner, vilje til og ikke mindst muligheder for at gøre det, og det er en uhyre vanskelig opgave for patienten med anden etnisk baggrund, som måske tillige har sprogvanskeligheder (7).

Vi må derfor fortælle patienten, hvordan og hvorfor vi handler, som vi gør. Hvordan skal patienten f.eks. aflæse vores kropssprog? Hvad betyder det, når vi hastigt går hen ad gangen og undgår øjenkontakt med patienten? Hvordan skal patienten vide, at vi gør det for at signalere, at vi ikke har tid til at blive forstyrret lige nu? I stedet for at blive irriterede over, at patienten ikke kan se det, skal vi forklare, hvad det er, vi fortæller med vores kropssprog. Det, vi i den danske kultur er socialiseret til at aflæse, skal gøres eksplicit. Måske vil det også være en hjælp for den danske psykotiske patient.

Vigtige elementer i psykiatrisk sygepleje er forudsigelighed, kontinuitet, struktur og nærheds-afstandsprincippet. Sidstnævnte refererer til sygeplejerskens empatiske holdning, hvor hun må balancere mellem at sætte sig ind i patientens situation og rumme den uden at blive overinvolveret og samtidig bevare overblik og tilgængelighed uden at miste sin følsomhed. At forklare patienten om afdelingens regler og vores handlemåder vil betyde, at patienten oplever forudsigelighed og dermed tryk. Samtidig vil mange misforståelser kunne undgås. Kontaktpersonrelationen er et redskab til at arbejde med de ovennævnte elementer i plejen. Hvordan skal patienten forstå, at han skal vente med at tale om det, der er vigtigt for ham lige nu, indtil kontaktpersonen er til stede? Det er jo os, der har defineret, at det er det bedste for ham (eller for os?) Vi skal kommunikere tydeligt og ikke tro, at patienten kan tolke det, vi med vores (fag)kultur tager for givet (se boks 1).

Ved netop at se på det enkelte menneske frem for at fokusere på kulturen vil et respektfuldt møde kunne finde sted. De kulturelle aspekter tilfører relationen en ekstra dimension, som vi kan blive klogere af, også i relationen til danske patienter.

Mangfoldigheden blandt psykiatriske patienter kan vha. åbenhed og respekt blive givende i al psykiatrisk pleje og behandling.

*Marianne Østerskov er projektsygeplejerske ved Videnscenter for Transkulturel Psykiatri, www.VFTP.dk, Psykiatrisk Klinik, Rigshospitalet, og formand for Fagligt Selskab for Tværkulturel Sygepleje. moesterskov@rh.hosp.dk*

### Litteratur

1. Østerskov M, Kastrup M, Jerlang C. Psykiatri i multikulturelt perspektiv – Erfaringer fra psykiatriske afdelinger i Danmark. København: Videnscenter for Transkulturel Psykiatri, Rigshospitalet; 2003.
2. Jahn AW. Usynlig forskelsbehandling. Sygeplejersken 2002; (16).
3. Dansk Sygeplejeråd. De Sygeplejeetiske retningslinjer. 2. udgave. København: Dansk Sygeplejeråd; 2004.
4. Gadamer, Hans-Georg. Sandhed og metode: Grundtræk af en filosofisk hermeneutik. 1. udgave. Århus: Systime; 2004.
5. Østerskov M. Kulturmødet. In: Gottlieb A, Østerskov M, Christensen B og Morin T. Projekt for etniske minoriteter, Århus: Lokalpsykiatri Vest, Århus Amt; 2000, p.20-8.
6. Jensen I. Kulturforståelse. København: Center for Tværkulturelt Boligarbejde; 2000.
7. Jacobsen CB, Johansen KS. Kulturmøde i psykiatrien. Roskilde: H:S, Sct. Hans Hospital; 2002.

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Østerskov M. Culture and prejudice are blind. Sygeplejersken 2006;(3):50-3.

The article describes how uncertainty about, and prejudice towards, that which is unfamiliar can influence encounters with mentally ill people of other ethnic origin than Danish, with the result that the patient benefits from less of the nurses' time, contact and advice. The nurse must be aware of her own culture, attitudes and prejudices when she receives the patient. She must see the individual human being rather than focusing on the patient's culture/that which is unfamiliar and express empathy in the form of openness to other cultural and social norms and values. Interest in and respect for the patient can be demonstrated in e.g. the nurse asking him if there is anything she does not understand. This can help to reduce any feeling of uncertainty the nurse may have as well as to engender dialogue. It is important for the nurse to communicate clearly and to explain things that may be difficult to understand for a patient with another cultural background. The cultural aspects of the encounter add another dimension to the relationship, increased awareness and reflection from which we can learn something, also in our relationship with Danish patients.

*Marianne Østerskov, Psychiatric Project Nurse (RN), Danish Centre for Transcultural Psychiatry.*

Keywords: Psychiatry, ethnic patients, prejudice, culture.



ARKIVFOTO: HENRIK SØRENSEN/BAM

**I røret.** Telefonsamtaler fylder meget for personalet i Onkologisk ambulatorium R på Odense Universitetshospital. En registrering har dog vist, at sygeplejerskerne bruger mindre tid i røret end forventet.

# Der er telefon

Sygeplejerskerne i Onkologisk ambulatorium R på Odense Universitetshospital oplever, at de bruger meget tid på at snakke i telefon med patienterne. Der er ingen fast telefontid. Det betyder mange afbrydelser for sygeplejersken og for den patient, hun er i færd med at pleje. Det er den sygeplejerske, der kender patienten, som først og fremmest bliver kaldt til telefonen.

Telefonsamtalerne fylder meget for personalet, og derfor besluttede vi i afdelingen at registrere, hvor meget tid sygeplejersker egentlig bruger på telefonisk patientkontakt. Vi havde en forventning om, at personalet i de tre ambulatorier brugte omkring 30 timer om ugen på telefonsamtaler.

Registreringen forløb over en måned. Ud over at få et klart billede af tidsforbruget var formålet også at dokumentere, om der var behov for flere ressourcer og evt. et sygeplejerskeambulatorium. Projektet viste, at der blev brugt langt mindre tid end de

forventede 30 timer om ugen, nemlig kun godt 18 timer pr. måned i de tre ambulatorier tilsammen.

## Tidsregistrering

I marts 2004 (23 arbejdsdage) udfyldte sygeplejerskerne et skema, der lå ved telefonen, mens de talte med patienten eller umiddelbart efter. De skulle afkrydse, hvad samtalen drejede sig om, angive den brugte tid og krydse af, hvem der ringede op, om problemet kunne klares pr. telefon, om det krævede indlæggelse, ambulante besøg, eller om en læge skulle kontaktes.

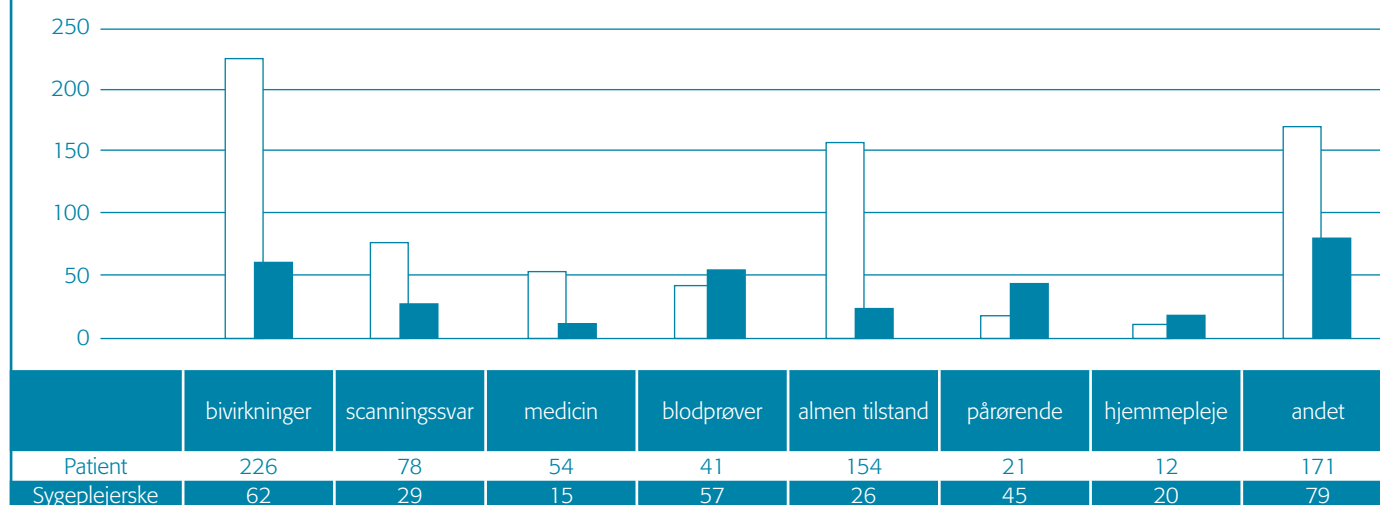
En måned ville kunne give et billede af hverdagens telefonopkald. Marts blev valgt, fordi der ikke lå længere ferier eller helligdage, der kunne betyde, at belastningen ville være anderledes fordelt end normalt.

Sammenlagt brugte sygeplejerskerne i de tre ambulatorier 18

### ► TABEL 1. FLEST OPKALD KOMMER FRA PATIENTEN

I marts 2004 udfyldte sygeplejerskerne et skema, mens de talte med patienten eller umiddelbart efter. Her krydsede de bl.a. af, hvad samtalen drejede sig om, og de noterede, hvem der ringede op.

117 opkald var fra patienten til sygeplejersken, mens det i 48 tilfælde var sygeplejersken, der ringede op. Tabellen angiver, hvad samtalerne handlede om.



timer og 17 minutter på i alt 165 telefoniske kontakter. Heraf var der 117 opkald fra patienten og 48 opkald foretaget af patientens sygeplejerske. Telefonsamtalerne handlede mest om medicinbivirkninger og patientens almene tilstand. Andre forhold kunne f.eks. være blodprøve eller scanningsvar, administration af udleveret medicin, træthed eller manglende appetit (tabel 1).

#### Registrering af efterforløb

I Ambulatorium 1 var der registreret efterforløb for 33 af 101 opkald, mens der ikke var registreret noget efterforløb for resten.

- 12 patienter blev henvist til onkolog (37 pct. af de 33 registrerede efterforløb)
- fem patienter fik en ambulant tid (15 pct.)
- fem patienter blev indlagt (15 pct.)
- 11 patienter, hvor indlæggelse blev undgået (33 pct.).

I Ambulatorium 2 var der registreret et efterforløb for 32 ud af 57 opkald.

- 12 patienter blev henvist til onkolog (48 pct. af de 32 registrerede efterforløb)
- otte patienter fik en ambulant tid (32 pct.)
- to patienter blev indlagt (8 pct.)
- tre patienter, hvor indlæggelse blev undgået (12 pct.).

I informationsambulatoriet blev der registreret fire efterforløb ud af kun syv opkald.

#### Mange afbrydelser

Langt de fleste opkald foretages af patienten. Det betyder, at sygeplejersken afbrydes i det, hun er i gang med. Opkald, som se-

ekretæren besvarer, er ikke talt med. Opkald, hvor sekretæren må konsultere sygeplejersken, er heller ikke talt med.

Der er en lille tendens til, at flere af patienterne i Ambulatorium 2 end i Ambulatorium 1 bliver kaldt ind på afdelingen. Det er ikke registreret, hvad den enkelte patient fejler. Det kan skyldes, at patienterne får forskellig kemoterapi med forskellige bivirkninger. Patienter med f.eks. diaré eller kvalme kan måske nøjes med telefonisk vejledning, mens patienter med lave hæmatologiske værdier (hæmoglobin, leukocytter, trombocytter) og feber måske skal ses i afdelingen. I Ambulatorium 2, hvor sygeplejerskerne besvarer telefonen, henvises færre patienter til onkolog, til gengæld bliver flere patienter indlagt.

Selvom sygeplejerskerne måske i starten havde glemt nogle registreringer, og skemaerne indimellem blev glemt eller bortprioriteret, var tidsforbruget langt mindre end forventet. Telefonsamtaler fylder dog stadig meget for personalet. Det er alvorligt syge mennesker, der indimellem ringer med svære problemstillinger. Når sygeplejersken kender patienten, ved hun også, hvor meget et manglende scanningsvar betyder for patienten. Empati fylder meget i bevidstheden. Hvis sygeplejersken skal have fat i journal, sekretær og/eller læge, går der også tid med det, og det er i hendes bevidsthed, selvom hun går i gang med andre opgaver.

Det har ikke været muligt med denne undersøgelse at belyse, om alle opkald kan klares med en sekretær, idet sekretærens opkald ikke er registreret.

*Inger Juhl er ansat på Onkologisk afdeling R, Klinisk Forskningsenhed, Odense Universitetshospital.  
inger.juhl@ouh.fjns-amt.dk*

**Rejselyst.** Der er masser af muligheder for at komme til at arbejde som sygeplejerske i Australien. Men forberedelserne tager tid, og det er ikke helt gratis.

## Sygeplejerske i bushen

Efter at have færdiggjort min uddannelse som sygeplejerske i maj 2003 fik jeg arbejde på Neurologisk afdeling på Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg. Jeg var på overgangsordningen og havde derfor bachelorgraden med i bagagen. Jeg var utrolig glad for mit arbejde, men havde alligevel en enorm rejselyst, som jeg måtte opfylde, inden jeg var klar til fast arbejde, villa og Volvo. Jeg fik overtalt kæresten til at forsøge lykken i Australien.

I februar 2004 gik jagten på job i Australien ind. Men jeg skulle snart opdage, at der er langt fra tanke til realisering.

Jeg fik et telefonnummer på et vikarbureau, "Mediserve Nursing Agency," fra en veninde, som sidste vinter rejste rundt med rygsæk i Australien. Hun havde fortalt mig om den store sygeplejerskemangel i Australien. Vikarbureauet svarede, at der var masser af arbejde, men at visse kriterier skulle opfyldes. Jeg skulle have en australsk autorisation, men bureauet vidste ikke, om de australske myndigheder ville godkende den danske autorisation.

Det er ikke helt gratis at søge om autorisation, for slet ikke at tale om forberedelserne. I Dansk Sygeplejeråd kunne de ikke hjælpe mig. De vidste ikke, om den danske autorisation ville blive godkendt i Australien, men de kunne fortælle mig, at i USA skal man bestå en test for at få autorisation, og det var jo ikke til megen hjælp.

I øvrigt kunne Dansk Sygeplejeråd henvise til en pjece om job i udlandet. I den var der blot et nummer til et høringsråd, som ville vurdere, om man kunne få australsk autorisation, men rådet kræver alle papirerne inden.

Jeg valgte at satse og kontaktede Nurses Board of Western Australia (NBWA), som sendte et ansøgningsskema.

For at kunne søge om autorisation skal man bestå en engelsk test, International English Language Testing System (IELTS). Den koster 1.600 kroner og kan tages i København eller Århus. Første gang, jeg tog testen, manglede jeg et halvt point. Der skal gå tre måneder, inden testen kan tages om, og anden gang bestod jeg.

Endelig kunne jeg begynde at samle papirer til ansøgningen. Der skal laves og findes en lang række papirer, men langt om længe blev det hele sendt af sted. Det koster 200 australske dollars (ca. 900 danske kroner) at søge om autorisation. Efter bogstavelig talt at have kimet dem ned fik jeg i november 2004 at vide, at jeg havde fået australsk autorisation.

En ting skal man vænne sig til, alt tager lang tid. En af de ansatte på NBWA havde låst en ansøgning inde i en skuffe og havde

mistet nøglen. Da ansøgeren ringede og klagede, meddelte den ansatte: "Jamen, jeg kan jo ikke finde nøglen ..."

### Af sted på ferievisum

Vi havde planlagt afrejse i begyndelsen af december og havde allerede sagt lejlighed og job op. I tilfælde af, at jeg ikke fik autorisation, ville vi pakke rygsækken og rejse rundt, indtil pengene slap op. Men nu kunne vi begynde at indstille os på at skulle arbejde.

Der var ikke tid til at søge om *sponsorship*-visum. Et *sponsorship*-visum betyder, at et firma garanterer visumansøgeren arbejde og en vis årlig indkomst. Ansøgeren kan kun arbejde for denne arbejdsgiver. Ægtefælle eller samlever får også arbejds- og opholdstilladelse, men er ikke bundet til at arbejde for en bestemt arbejdsgiver.

En sådan ansøgning tager mindst fire til seks uger, og det var der ikke tid til, medmindre vi i december måned ville bo i telt herhjemme. Jeg kontaktede visumkontoret i Dansk/Australsk/New Zealandsk venskabsforening for at høre, om der var andre muligheder end turistvisum.

Når man er under 31 år, kan man søge om et *working holiday*-visum. Dette visum tager ca. 10 dage at få, fra ansøgningen er sendt af sted. En del af ansøgningen er et røntgen af thorax og en lægeerklæring af en godkendt læge (nærmeste læge kan oplyses ved Dansk/Australsk/New Zealandsk venskabsforening). Et *working holiday*-visum gælder i et år og kan kun udstedes én gang.

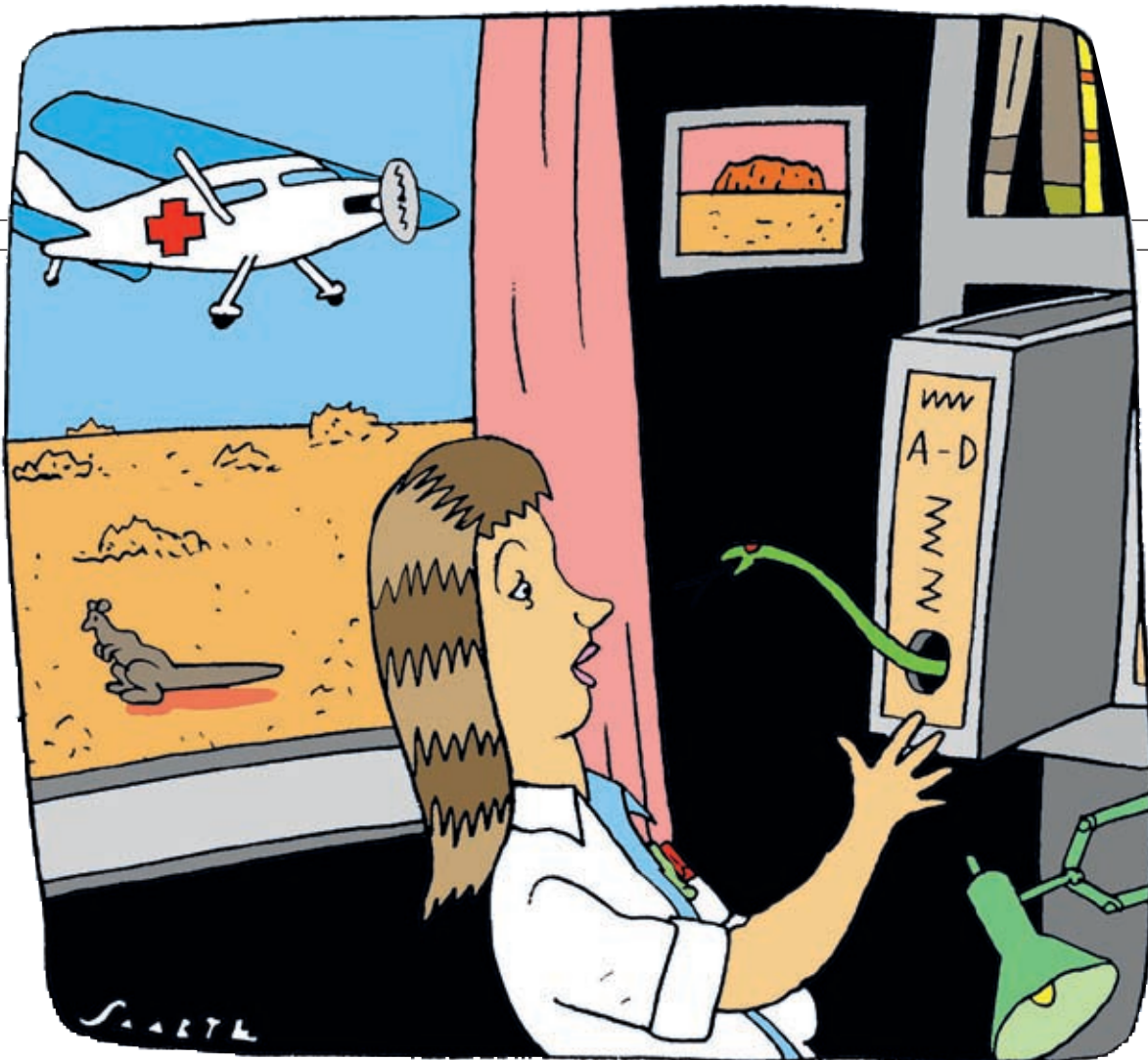
Visummet er beregnet på, at man kan tage småjob, mens man rejser rundt, men højst for samme arbejdsgiver i tre måneder. Min kæreste er for gammel til at få et sådant visum, så han skulle rejse på turistvisum.

Langt om længe kunne vi indstille os på at skulle af sted. Jeg ville lyve, hvis jeg sagde, at den sidste måned ikke var en lille smule stressende.

### Stort ansvar i bushen

Langt om længe kom vi til Perth i Vestaustralien. Perth er verdens mest ensomme storby. Der bor ca. 1,5 mio. mennesker i den, men der er stort set intet rundt om. Efter en uge i Perth, som gik med at forsøge at vænne sig til 35-40 graders varme og få en masse administrative papirer på plads, fik jeg mit første vikarjob. Vi skulle til Goomalling, en lille by ude i bushen med ca. 600 indbyggere.





Vi kørte i et par timer, og absolut intet mindede om liv. Pludselig ud af det blå dukkede en lille by op. Hospitalet har 12 senge. Seks til plejehjemsbeboere og seks akutte aflastningspladser. Desuden er der en skadestue. Lægen kommer kun og går stuegang. I weekender, helligdage og ferier er den nærmeste læge ofte to timer væk. I situationer, som kræver akut lægehjælp, tilkaldes enten en ambulance eller i svære tilfælde *flying doctors*, som flyver patienten til Perth.

Det er en absolut anderledes måde at være sygeplejerske på og til tider lidt skræmmende, fordi man står med det fulde ansvar. Hospitalet har gulvtæpper på, hvilket ikke er særlig velegnet til patienter, som har problemer med at nå til toilettet. Det er virkelig en udfordring, for man ved aldrig, hvad der kommer ind ad døren i skadestuen. Fordelen ved at arbejde sammen med de lokale er, at de kender stort set alle, der kommer.

Det absolut værste ved at være i bushen er slangerne og edderkopperne, især når de kommer ind på hospitalet. En lille baby-slange, ca. 15 cm lang, 1 cm i diameter og grøn som græs, havde sneget sig ind i journalarkivet. De lokale tog det forholdsvis roligt, men jeg sprang op på den nærmeste stol, indtil portøren havde hakket hovedet af den.

### Hierarki på hospitalet

At arbejde på de store hospitaler inde i Perth er som at komme til en helt anden verden.

En sengeafdeling med typisk 30-40 sengepladser har i hver vagt en koordinator, som går stuegangen og skal forsøge at holde overblik. Efter stuegangen skal hun meddele den enkelte sygeplejerske, hvad der er blevet besluttet med de patienter, hun har ansvaret for.

På mange afdelinger kan en sygeplejerske end ikke give et klyksma eller laktulose til en obstiperet patient, medmindre lægen har ordineret det. Der kræves specielle certifikater for at kunne anlægge et venekateter, men selvom sygeplejersken har et, vil lægen selv anlægge det. Alle beslutninger vedrørende patientens udskrivelse skal gå igennem koordinatoren.

Det er to forskellige verdener at arbejde i bushen og at arbejde i byen. I bushen har sygeplejersken et kæmpe ansvar, og i byen har hun næsten ingen beføjelser.

Fordelen ved at arbejde for et vikarbureau er, at man kan komme næsten overalt i Australien og på den måde kombinere arbejde og fornøjelse.

I februar blev mit sponsorship-visum godkendt, og vi har nu lov til at være her i fire år, forudsat at jeg arbejder for vikarbureauet. Søger jeg andet arbejde, skal jeg søge om sponsorship på ny.

Der er masser af muligheder for at komme til at arbejde som sygeplejerske i Australien, uanset om man ønsker fast stilling eller vikarbureau. Næsten alle de hospitaler, jeg har arbejdet på, har tilbudt fast arbejde. Hvis man har lyst og tålmodighed, er det kun et spørgsmål om tid, før man kan være omringet af slanger og andet godtfolk. Men vær forberedt på, at det tager tid, og at det ikke er helt gratis.

*Hvis du er interesseret, er du velkommen til at skrive eller ringe til mig på telefon 0061 4 2834 8711 eller 0061 8 9244 7310.*

*norremarkdk@hotmail.com*

*Kontakt til Dansk/Australsk/New Zealandsk venskabsforening sker via hjemmesiden*

*www.myplanet.com*

**Advarsel.** Perfektionisme kan give livstruende stress. Det er nødvendigt at prioritere opgaverne og sige "nej" en gang imellem for at bevare livskvaliteten.

# Ikke perfekt, men god nok

Alting føltes uvirkeligt. Mit hjerte hamrede, som om det skulle sprænges. Mit hoved føltes som en trykkoger, lige før låget sprang af, og jeg rystede over hele kroppen. Endelig kom ambulancen ...

Siden jeg gik i 2. g, har jeg vidst, at jeg ville være sygeplejerske. Den første praktik foregik på et lille sygehus. Det var en oplevelsesrig tid og også belastende, når jeg skulle alene ind og pleje en døende cancerpatient. Dengang var der ikke megen refleksion med de sygeplejestuderende.

Senere blev jeg gift og fik efterhånden tre børn. I de forløbne år tog jeg en del efter- og videreuddannelse, mest fordi jeg godt kunne lide det. Jeg har altid været lidt perfektionistisk, men har haft svært ved at praktisere det i de hjemlige omgivelser, da hverken min mand eller børn er det. Måske derfor har mit arbejde måttet holde for. Her var jeg altid med i front for at sikre en høj standard. Ofte måtte vi klare flere opgaver på en gang: gå stuegang, undervise sygeplejestuderende og passe patienterne. Tit gik travlheden ud over de sygeplejestuderende, som ikke fik den vejledning, de havde brug for. Eller også gik det ud over patienterne; endelig gik det ud over mig selv. Samvittigheden fik ofte mit humør ned på nulpunktet. Jeg kæmpede en kamp for at være den perfekte sygeplejerske, den perfekte mor og den perfekte partner.

Alligevel kørte det bare derudad. Mange aftener gik med foreningsarbejde, spændende foredrag og frivilligt socialt arbejde.

Et år døde to mennesker, der betød meget for mig. Jeg tog plejeorlov for at passe min moster, som havde været reservemor for vores familie. Min mand, mine børn og min arbejdsgiver bakkede mig op. Selve forløbet varede kun kort, men i flere måneder bagefter var der oprydning og møder med familiemedlemmer. Jeg fik influenza to gange og måtte gå til sengs. Det fik dog ikke alarmklokkerne til at ringe.

I 2003 førte ændringer i sygehusstrukturen til, at min afdeling blev flyttet. Det betød to timers ekstra transport dagligt, nye kolleger, nye arbejds gange og større ansvar for de af os, der fulgte med. Samme år brugte jeg meget tid på at læse faglitteratur i forbindelse med et obligatorisk kursus. Min mand var ef-

terhånden noget utilfreds med, at vi så sjældent kunne gøre noget sammen, men jeg beroligede ham med, at det kun var en overgang.

Så gik det galt. Læsset væltede en mandag aften, hvor jeg var midt i en større skriveopgave.

## Sikre stress-symptomer

I første omgang troede jeg, at jeg havde fået en hjerneblødning. Eftersom jeg selv arbejder med patienter med hjerneskader, kendte jeg udmærket symptomerne. Men efterhånden som natten gik, og jeg ikke fik flere symptomer, håbede jeg, at faren for en apopleksi var drevet over. Men hvad i alverden fejlede jeg så? Lægerne henviste mig til en CT-scanning af hjernen og et EEG, og derefter blev jeg udskrevet nøjagtig halvandet døgn efter, jeg blev indlagt, og uden en diagnose.

En ting vidste jeg: Jeg fejlede et eller andet virkelig alvorligt. Aldrig havde jeg haft det så elendigt. Jeg havde konstant en mi-grænelignende hovedpine, voldsom uro, hjertebanken samt forskellige kognitive symptomer.

Jeg tænkte, at jeg nok aldrig kom på arbejde igen.

Efter en måned kontaktede jeg en psykolog. Hun forklarede mig, at det helt sikkert var stress-symptomer, jeg havde. Stress kan nemlig godt give angst og kaos.

"Ryd op i dit liv" er titlen på en tv-udsendelse. Det måtte jeg også gøre. Tænke og føle efter: Hvad ville jeg prioritere, for jeg kunne ikke rumme det hele. Jeg måtte lære, at det ikke er nødvendigt at være perfekt for at være god nok, og at det er nødvendigt at kunne sige fra.

Efter et par måneder kom jeg på arbejde igen. Fordi min leder og mine kolleger havde forståelse for min situation, lykkedes det mig efterhånden at klare mit arbejde med sygepleje og undervisning.

Mennesket er en helhed af krop, sjæl og ånd. Det har jeg af og til sagt, men først nu er det gået op for mig, hvad det indebærer.

*Hanne Bitsch er sygeplejerske på Neurologisk afdeling på Sygehus Viborg.*

Har du en idé eller en case til det næste Dilemma, så send den til [redaktionen@dsr.dk](mailto:redaktionen@dsr.dk) Indlægget må højst fylde 1.000 anslag uden mellemrum. Husk navn, medlemsnummer, adresse, arbejdsadresse og tlf.nr. under dit forslag. Du kan også ringe til *Jette Bagh*, tlf. 4695 4187 og fortælle din historie. Læs hvad Sygeplejeetisk Råd mener om det aktuelle Dilemma på [www.sygeplejeetiskraad.dk](http://www.sygeplejeetiskraad.dk) Her kan du også læse Dilemma og svar bragt i tidligere numre af *Sygeplejersken* samt svar, der ikke er trykt i bladet.



Af *Jette Bagh*, sygeplejerske • Illustration: *Bodil Molich*

dilemma

**Din mening.** Det vrimler med etiske dilemmaer i sygeplejen. *Sygeplejersken* vil gerne høre, hvad du ville gøre, hvis ... Læs historien nedenfor og send dine overvejelser til: [redaktionen@dsr.dk](mailto:redaktionen@dsr.dk) senest tirsdag den 14. februar kl. 12. Det må højst fylde 1.000 tegn uden mellemrum. Redaktionen bringer et udvalg af svarene i næste nummer af *Sygeplejersken*.

## Vi observerer

*Lasse* er 25 år og er netop blevet indlagt på en lukket psykiatrisk afdeling. Igennem længere tid har han isoleret sig mere og mere på sit kollegieværelse, og op til indlæggelsen lå han i sin seng og røg cigaretter eller stod foran spejlet i badeværelset og mumlede. Forældrene tilkaldte en læge, da han dækkede vinduerne til med tæpper og begyndte at svinge med en kniv ude på kollegiegangen.

Nu skal forældrene tale med Lasses kontaktsygeplejerske *Maja*, en ung sygeplejerske på 27 år. De sidder i patienternes dagligstue og venter. Der lugter kraftigt af røg, og askebægrene bugner af skod. Moderen er helt ude af den, hun græder og spørger ”Hvad har vi gjort galt, hvad har vi gjort forkert?”

Faderen er tavs og sammenbidt. Da *Maja* træder ind ad døren, spørger moderen hende, hvad *Lasse* fejler, hvornår han kan komme hjem, om han skal have elektrochok, og om han kan genoptage sit studie efter sommerferien. *Maja* forklarer, at *Lasse* foreløbig skal observeres i nogen tid, og at hun pga. tavshedspligten ikke kan sige mere.

”Tavshedspligt,” siger moderen, ”det er vores søn, det handler om. Jeg vil vide, hvad der sker med ham.”

*Maja* tøver.

*Hvad synes du, Maja skal sige til Lasses forældre?*



## Dilemma fra Sygeplejersken nr. 2

Datteren til 83-årige *Fru Christensen* føler, at hendes mor i virkeligheden burde bo på et plejehjem. Men kommunens visitator fortæller hele tiden, at det er bedst at blive længst muligt i eget hjem.

## Ukendt konsekvens

Man bliver ved med at fortælle *Fru Christensen*, at det er hendes egen beslutning, om hun vil på plejehjem eller blive hjemme, hvad det også er. Man burde i stedet fortælle, hvad der bliver bedre ved at komme på plejehjem.

Og den bedste og mest optimale løsning ville absolut være, at *Fru Christensen* kom på en eller to ugers ophold på en aflastningsplads på et plejehjem eller et tilsvarende hjem. Så er det muligt for hende at danne sig et billede af, hvad det eventuelt er, hun fravælger.

*Ulla McCallum*, sygeplejerske, ansat i *Bjergsted Kommune*.

## Sælg varen bedre

”Damen fra kommunen” stiller spørgsmålet helt forkert! De fleste ældre stejler, når de hører ordet plejehjem – man må sælge varen lidt og informere om de tilbud, man har sådan et sted.

Visitatoren burde fortælle om alle de aktiviteter, der er sådan et sted, og om nødvendig og professionel hjælp/omsorg (herunder mobilisering og aktivring). Desuden ville ophold på plejehjem hjælpe ægtefællen – så han havde mere overskud. Så ville han kunne besøge sin kone. De vil have mulighed for at bruge de kræfter, de har på at være sammen og nyde det!

*Kirsten Marie Knudsen*, sygeplejerske, ansat på *Geriatrisk afdeling*, *Haderslev Sygehus*.

## Alle skal høres

Det har en konsekvens, at pensionisten vælger at blive derhjemme og tror/for-

venter, at ægtefælle og familien stiller op. Den person, der kommer fra kommunen, burde have til opgave at tage alle med i samtalen om fremtiden, da der ligger en forventning om, at de klarer de behov, *Fru Christensen* har i dagligdagen!

Er der hjemmesygeplejerske og hjemmehjælpere tilknyttet? Måske kunne fruene komme i daghjem 1-5 dage om ugen med mulighed for at få sig en middagslur. Måske er fruens fysiske habitus så plejkrævende, at det er en anden bolig, der skal til. Ægtefællen er udmattet! Spørg, om der er for mange svære plejeopgaver/observationer?

*Margit Sørensen*, sygeplejerske, ansat i *dagcenter*, *Albertslund Kommune*.

Alle besvarelser er forkortede. Læs de uforkortede besvarelser i netudgaven af *Sygeplejersken* på [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk)

## Udforskede psykiske lidelser

Per Fink

### Funktionelle lidelser – fysiske symptomer og sygdomme uden kendt kropslig årsag

København:

PsykiatriFondens Forlag 2005

90 sider, 120 kr.

ISBN 87-90420-43-8

Mennesker med funktionelle lidelser udgør ca. 18 pct. af de indlagte patienter på en medicinsk afdeling, og forfatteren skønner, at ca. 5 pct. af befolkningen lider af funktionelle lidelser. En funktionel lidelse er en sygelig tilstand, hvor personen er plaget af kropslige symptomer eller bekymringer for at fejle noget alvorligt, men hvor det trods grundige undersøgelser ikke er muligt at finde en tilfredsstillende medicinsk eller kirurgisk forklaring på symptomerne.

Vi kender alle til funkto-

nelle lidelser i mild form, når vi oplever stress og belastende situationer. De fleste kan dog se sammenhængen imellem deres situation og kroppens reaktion. Mennesker med funktionelle lidelser reagerer med ængstelse og angst, de opsøger læger og bliver undersøgt og behandlet mere end gennemsnittet af befolkningen. *Per Fink* fortæller om en kvinde, som fra sit 18. år til sit 38. år har haft 200 indlæggelser på somatiske afdelinger. Patienterne ender ofte med førtidspension og en diagnose som f.eks. fibromyalgi eller kronisk træthedssyndrom.

Der er kun lidt forskning om lidelsen. Der er hypoteser om årsagen bl.a., at det er mennesker, som er meget følsomme over for kroppens naturlige reaktioner og oplever dem som sygdomstegn. Den omvendte hypotese er, at det er meget be-



kymrede mennesker, som får fysiske symptomer pga. angst.

Symptomerne forstærkes ofte af den måde, patienterne bliver mødt på i sundhedsvæsenet. De er kendte i systemet, og der bliver sjældent lyttet til dem, fordi behandlerne tror, de har hørt det hele, og fordi de føler sig magtesløse. Magtesløsheden gør det let at ordinere nye undersøgelser eller unød-

vendige behandlinger, som kan forværre patientens situation ved at give grobund for nye ængstelser.

Per Fink mener, det er vigtigt at gå i dialog med patienten og spørge ind til, hvad personen selv tror, hun fejler. Lytte til hendes opfattelse af årsagssammenhæng mellem symptomer og det, hun har oplevet psykisk, fysisk, socialt og miljømæssigt. Lytte til hendes egen fornemmelse af, hvor længe lidelsen vil vare, og hvilke konsekvenser hun tror, den vil få på hendes liv og arbejde. Om hun tror på, at hun bliver rask. Om hun er i stand til at kontrollere symptomerne, eller om hun føler sig hjælpeløs.

Forfatteren undrer sig over, at der ikke findes specialafdelinger for mennesker med funktionelle lidelser. Han mener, lidelsen er psykisk og giver eksempler på andre psyki-

## Det kliniske spørgsmål må ikke glemmes

Redaktion: Inger Bak Andersen, Peter Matzen

### Evidensbaseret medicin

København: Gads Forlag 2005

215 sider, 385 kr.

ISBN 87-12-04068-1

Evidensbaseret medicin er en opslagsbog, der især retter sig mod læger, som vil opdateres med hensyn til litteratursøgning, litteraturvurdering og statistiske metoder. Formålet er ikke at problematisere begrebet, men det nævnes kort, at evidensbaseret medicin kan have sine begrænsninger især i forhold til seniorlæger, der kan være skeptiske, når yngre læger udfordrer hædervundne traditioner. Bogen krydres med

eksempler fra forfatternes kliniske praksis.

Evidensbaseret medicin som



metode hviler på en hierarkisk opbygning, hvor den stærkeste evidens stammer fra randomiserede kontrollerede undersøgelser, og den svageste repræsenteres af kvalitativ forskning og konsensus blandt eksperter. Bogen følger dette hierarki i sin opbygning, hvor størsteparten drejer sig om evidens fra forskellige kvantitative forskningsmetoder, og et afslutningsvist kapitel handler om kvalitativ forskning som et kuriosum i det lægelige univers.

Skønt det fremhæves, at evidensbaseret medicin integrerer videnskabelig evidens, patientens præferencer og

lægens kliniske skøn, levnes der meget lidt plads til de to sidstnævnte størrelser. Der er et lille afsnit om lægens judgement, men der savnes en ordentlig diskussion af patientens muligheder for at følge lægens forskrifter, også betegnet som kompliance eller adhærens.

Nøgen til evidensbaseret medicin er det kliniske spørgsmål, en vigtig pointe, som ofte glemmes, når der skal udformes kliniske retningslinjer for pleje og behandling. Det er vigtigt at stille et spørgsmål, der indeholder patientens problem, den planlagte intervention og det forventede resultat. Der

## En sag for sundhedsvæsenet

ske lidelser med somatiske symptomer som f.eks. depression og skizofreni. Han skriver om patientforeningernes kamp for at få bl.a. fibromyalgi til at være en somatisk lidelse og om de problemer, det medfører, når en patientforening fraråder psykiatrisk behandling. Han har set gode behandlingsresultater af samtalerapi og behandling med antidepressiv medicin.

Målgruppen er behandlere og brugere, og det er lykkedes fint at skrive til begge målgrupper. Per Fink gør rede for, hvor forskningen står nu. Der er stadig mange ubesvarede spørgsmål om årsagen til og behandlingen af de funktionelle lidelser.

*Af Berit Fekkes,  
sygeplejefaglig vejleder  
og psykoterapeut MPF.  
fekkes@mail.dk*

er mange gode eksempler på typiske kliniske spørgsmål.

Bogen er velskrevet og læselig og giver et godt indblik i forskellige forskningsstrategier og den type evidens, der kan udvindes. Jeg vil anbefale bogen som en indgang til at forstå og anvende evidensbaseret medicin. Herudover vil jeg anbefale, at man orienterer sig i de mange artikler, som udfordrer evidensbegrebet, da der endnu mangler evidens for, at evidensbaseret medicin virker.

*Af Ingrid Egerod, seniorforsker, sygeplejerske, ph.d., Universitetshospitalernes Center for Sygepleje- og omsorgsforskning.*

Leif Edward Ottesen Kennair

### Tvangstanker

Oversat fra norsk af Bjørn Nake  
København:  
Akademisk Forlag 2005  
114 sider, 199 kr.  
ISBN 87-500-3878

I løbet af en uge vil de fleste have tænkt tanker, der ligner tvangstanker. Det, der adskiller disse tanker fra tvangstanker, er ikke indholdet, men derimod om personen er bange for tankerne. Tvangstanker er generende billeder eller forestillinger, som kommer tilbage, selv om personen forsøger at holde dem væk. Tvangshandlinger er ritualer, der gentages, uden at personen oplever dem som positive eller virkningsfulde.

Når tankerne bliver en sag for sundhedsvæsenet, diagnosticeres det som OCD, obsessiv kompulsiv tilstand eller disorder.

Mange mennesker spørger sig selv, hvorfor lige mig? Der findes ikke nogen god forklaring, understreger *Leif Edward Ottesen Kennair*, men det er en frygtelig lidelse, hvor personen oplever at være nærmest sindssyg. Skam og depression kan følge efter, så personen skjuler lidelsen. Nye undersøgelser viser, at mellem 2 og 7 pct. af befolkningen opfylder de diagnostiske kriterier for OCD. Lidelsen fordeler sig ligeligt mellem mænd og kvinder. Den kendsgerning, at ætiologien er ukendt, fordrer, at behandleren fokuserer på at opretholde håbet om, at patienten kan blive rask og velfungerende.

Metakognition betyder tanker om tanker, altså alle de tanker en patient gør sig om de tanker, vedkommende

tænker. Behandlingen af tvangstanker har som mål at hjælpe patienten til at finde ud af, at tankerne ikke er farlige ved at opdage, at tankerne om tvangstanker ikke er sande. Det handler om at komme på afstand af tankerne, så det er lettere at forholde sig til dem og hermed reducere risikoen for at blive offer for dem.

Leif Edward Ottesen Kennair præsenterer en model til forståelse af tvangssymptomer. En model, der har vist sig at være en enestående hjælp for patienterne til at forstå spillet mellem situationer, tanker, følelser og adfærd. Målet er gennem konceptualisering at sætte ord på en uoverskuelig og vanskelig situation. Efterfølgende præsenteres patienten for forskellige løsninger. På den måde kan behandler og patient lettere forstå, hvorfor patienten udfører tvangshandlinger, ritualer eller sikkerhedsadfærd. Denne metakognition har til formål at fjerne den oplevede trussel om ubehag. Forståelse er ikke et mål i sig selv. Det, der er brug for, er forandring.

For at få information til udfyldelse af modellen for kognitiv konceptualisering kræ-

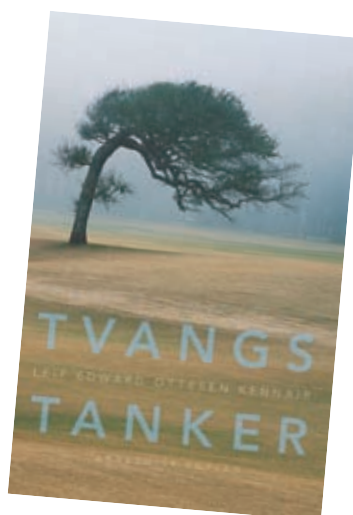
ves interview, hvor spørgsmålene f.eks. lyder: Hvad gjorde dig bange? Hvilke billeder løb gennem dit hoved? Følte du stærkt ubehagelige eller uønskede impulser? Hvilke tanker trænger sig på?

Modellen kognitiv konceptualisering kortlægger de tanker, følelser og den adfærd, der opretholder patientens OCD og deres gensidige påvirkning. Behandlingen kan betegnes som en sokratisk samtale, hvor beviserne for det, personen tror, udforskes og undersøges i fællesskab for at få klarhed over, hvad der er sandt og usandt.

Den klassiske og vigtigste behandlingsteknik ved OCD kaldes eksponering med responsprævention. Patienten skal forhindre sig selv i at udføre den sikkerhedsadfærd, som personen tror hjælper, men i virkeligheden ikke gør det. Eksponering forstås på den måde, at personen udsætter sig for situationer, der på grund af lidelsen helst undgås. Responsprævention forstås på den måde, at patienten undlader den sikkerhedsadfærd, som sædvanligvis udføres. Forudsætningen er, at patienten vover at gå ind i situationerne og give slip på sikkerhedsforanstaltningerne. Her er tilliden til terapeuten altafgørende. Med andre ord er relation og teknik vigtige faktorer i succesfuld behandling af patienter med OCD.

Bogen er skrevet i et lettilgængeligt sprog og henvender sig til lægfolk og professionelle, som her opdateres med den nyeste viden.

*Af Anne Winkel,  
oversygeplejerske,  
Psykiatrisk Center  
Sygehus Vestsjælland.*



## I lyst og nød – til døden os skiller

Karen Marie Dalgaard  
**Når familien træder til  
 Pleje af døende i hjemmet**

København:  
 Hans Reitzels Forlag 2004  
 202 sider, 249 kr.  
 ISBN 87-412-6169-8

Døden i eget hjem er blevet kaldt for døden i det fredfyldte rum. Det er udtryk for en tendens til at romantisere hjemmedøden og gøre hospitalsdøden afskrækkende. Denne forherligelse af hjemmedøden har ikke nødvendigvis grobund i virkeligheden, skriver *Karen Marie Dalgaard*. Hendes bog handler om de nærmeste pårørendes hverdagsliv ansigt til ansigt med døden. I håb om at forbedre døendes og pårørendes forhold formidler hun de nærmeste pårørendes oplevelser af deres hverdagsliv i dødens rum.

Med udgangspunkt i samtaler med efterladte få måneder efter ægtefællens død beskriver Karen Marie Dalgaard de erfaringer, som de pårørende i løbet af plejeforløbet har gjort sig. Det er fængslende læsning. En interessant vekselvirkning mellem uddrag fra samtalerne og en omfattende analyse, som kædes sammen til en praksisnær teori om ægtefællers håndtering af et uheldeligt sygdomsforløb i eget hjem. Ud fra de pårørendes perspektiv belyses dødstabuer, forholdet til behandlerverdenen og betydningen af, at pårørende ofte mangler konkret viden om og praktisk erfaring med døden. Hun skriver om, hvordan de pårørende håndterer forgængelighed, samarbejder med den nære familie og det øvrige netværk og deres mulighed for et

socialt liv, om de pårørendes forestillinger om den gode død i eget hjem og om medmenneskelige, organisatoriske og holdningsmæssige barrierer for at gennemføre den gode død i eget hjem.

De pårørende har et kontinuerligt, krævende, døgnbaseret omsorgsansvar, og tilbud om aflastning af pårørende i eget hjem er ofte ikke-eksisterende. Aflastning gives sædvanligvis til den døende som et tilbud om midlertidigt ophold på en institution. Flere gange vender hun tilbage til den ofte mangelfulde kommunale indsats. De kommunale ydelser retter sig især mod den syges behov for fysisk pleje, som bygger på en ensidig forståelse af døden som fysisk lidelse frem for også at anskue døden som en social begivenhed,



hvor afskeden med livet og ens nærmeste er en vigtig del af forløbet. Hvis det fysiske plejebestand ikke er til stede, overlades familien til sig selv og får ikke information om hjælpemuligheder. Det betyder, at de eksisterende ydelser ikke er til rådighed, fordi de pårørende ikke kender deres eksistens. En opmærksomhed på, at uheldelige sygdomsforløb i eget hjem er en social begivenhed og ikke kun en medicinsk begivenhed, vil kunne forbedre familiernes situation. Der findes mere hjælp i systemet, end de pårørende reelt får

## Livsbilleder fra et hospice

Rita Nielsen  
**At være sig selv  
 – at blive sig selv**

Den åndelige dimension  
 hos døende mennesker  
 Frederiksberg:  
 Unitas Forlag 2005  
 128 sider, 168 kr.  
 ISBN 87-7517-718-8

På spørgsmålet om det mest betydningsfulde ved åndelig omsorg svarer en hospicepatient, ganske overraskende for både forfatter og læser:

”Jeg synes, at det, der har aller mest betydning, det er måden, personalet gør tingene på. Det er måden at give et bad på. Det er måden at servere et måltid på. Det er måden at håndtere det, at man sidder på et toilet og har så svært ved, at man ikke længere har et privatliv, og at man bare har så ondt. Måden at gøre det på, at

gøre det med respekt, så man ikke føler, at det er pinligt som patient, men at sådan skal det være, at man naturligvis har brug for hjælp på sit toilet. Det bliver gjort med en form for kærlighed og med værdighed og med respekt for en som menneske. Det er det allervigtigste, synes jeg.”

Som citatet viser, er det måden, hvorpå plejen bliver udført, der fremhæves som det allervigtigste i den åndelige omsorg. Den åndelige omsorg kan ikke skilles fra den øvrige pleje. Det er den totale omsorg, helhedsplejen, det drejer sig om.

*Rita Nielsen* har efter samtale med hospicepatienter om eksistens, livsførelse og religion beskrevet den åndelige dimension hos døende mennesker. Det giver os en mulighed for at få et indblik i døende

menneskers behov for at fortælle deres livshistorie – for at være sig selv og blive sig selv. Muligheden for at fortælle sin livshistorie styrker patienternes oplevelse af sammenhæng og mening med livet. Samtidig tænder det livsgnisten hos patienterne og styrker deres livskvalitet trods sygdom.

Bogens titel kommer fra et patientcitat: ”*Her kan man få lov til at være sig selv.*” Bag dette

ligger hospicefilosofien, hvor der skabes rammer og muligheder for, at den syge kan være sig selv, som han ønsker det, og at han kan praktisere sin tro og sit livssyn.

Det åndelige defineres som ”det inderste i personen” og som ”livskraften.”

I analyse af patienternes forhold til tro, værdier, meningen med livet og Gud læner forfatteren sig op ad flere teoretikere, bl.a. *Frankl*, *Løgstrup* og *Kirkegaard*.

Til slut beriges læseren med et afsnit om personalets betydning for den åndelige omsorg, en berettiget lovsang til hospicearbejdet; her opsummeres personalets roller og betydning, der illustreres i overskuelige modeller.

Det er en bog, som løfter ens syn og giver fred og faglig indsigt. Bevægende læsning, hvor



glæde af. De pårørende efterlyser aktivt opsøgende professionelle, som tager fagligt ansvar og iværksætter forebyggende handlinger ved aktiv indgriben og formidling af professionel viden og erfaring.

Bogen henvender sig til flere faggrupper og er relevant for sygeplejestuderende og sygeplejersker, som har kontakt til døende og deres pårørende. Den tilbyder en mulighed for at øge forståelsen, viden om og indsatsen for pårørende, som vælger at pleje den døende i hjemmet – i lyst og nød. En gave til sygeplejersker – nyanstattede hjemmesygeplejersker skulle have bogen i velkomstgave.

*Af Jorit Tellervo,  
uddannelseskonsulent  
i Roskilde Amt.*

det lykkes forfatteren at sprogliggøre det hellige og tegne livsbilleder fra et hospice, hvor livet er præget af både sorg, angst og fortvivlelse og af glæde, nærvær og kærlighed.

Det er forfatterens håb, at viden fra bogen vil være vedkommende for syge såvel som raske.

Bogen henvender sig til alle, der har med alvorligt syge og døende mennesker at gøre: sundhedspersonale, præster og pårørende.

Rita Nielsen skriver, at hun har set en flok veluddannede sygeplejersker foran sig, mens hun skrev bogen. Jeg har set sygeplejestuderende og nyuddannede sygeplejersker for mig, og jeg er overbevist om, at de kan få glæde af bogen.

*Af Jorit Tellervo,  
uddannelseskonsulent  
i Roskilde.*

## En fortælling om en afdød

Rikke Høgsted  
**Til minde om ...  
– en mindebog til børn og unge, der har mistet**

København: Aschehoug 2005  
108 sider, ill., 229 kr.  
ISBN 87-11-11821-0

Hvert år mister ca. 4.000 børn deres far eller mor på grund af dødsfald. Det er en begivenhed, som aldrig glemmes. Voksne, der har mistet en af deres forældre i barndommen, erfarer det livet igennem. Mange kan især huske episoder fra sygdomsforløbet og begravelsen, men heldigvis også små episoder og samvær fra hverdagen. Det afhænger meget af barnets alder, men selv i de meget tidligere år kan der være små glimt, der prenter sig eller måske ligefrem sætter sig som en kropslig hukommelse. De fleste, der har mistet forældre i barndommen, gemmer på minder for at have lidt tilbage af den, som ikke lever mere. Det kan dreje sig om små ting, f.eks. et billede, en oplevelse, de to havde sammen, et brev eller et stykke legetøj, man fik i en bestemt situation. Det bliver til dyrebare minder.

Denne bog er en meget stor hjælp til at få samlet nogle af disse minder sammen, f.eks. billeder, historier, oplevelser eller forestillinger om, hvad far/mor ville have sagt eller gjort. Alt sammen noget, som barnet har brug for at vide for at kunne have et indtryk af et af de mest betydningsfulde mennesker, der nu ikke lever mere. Bogen kan også være en hjælp til at få skrevet, sagt, eller tegnet noget af det, man gerne selv ville sige, men som man aldrig fik mulighed for at få sagt, eller få stillet de spørgsmål, man ikke fik stillet. Bogen hjælper samtidig barnet til at komme med forestillinger om, hvad far/mor så ville have sagt. Der er også mulighed for, at venner, familie og

andre, der har kendt den afdøde, kan skrive i bogen og på den måde give barnet en fortælling om, hvordan far/mor var.

Bogen er meget velkommen. Det er en fin arbejdsbog, bygget op som en slags scrapbog, som man kan tage frem igen og igen og føje mere til, når man kommer i tanker om noget, eller som kan bruges sammen med andre voksne, når man gerne vil fortælle om sin far eller mor. Samtidig er det en bog, som man kan tage frem senere i livet, når tanken om far/mor får en til at overveje, hvordan det nu var. Bogen er meget overskuelig, med smukke, lyse, illustrative tegninger og forslag til, hvordan barnet kan få værdifulde minder om far eller mor.

Sygeplejersker møder patienter og pårørende, der føler sig usikre på, hvordan de kan hjælpe børn, som er i den situation, at de skal miste. Hendes rolle er at vejlede. Lige så vel som hun kan informere om støtteforanstaltninger, når børn skal miste, kan hun informere om denne bog. Den vil være en hjælp for mange, der oplever dødsfald i barndommen, og som skal leve med den begivenhed resten af livet.

*Af Lisbet Due Madsen,  
sygeplejerske, cand.cur.,  
videncenter-konsulent,  
Sygepleje- og Radiografskolen,  
Københavns Amt.*



## Intensiv sygepleje

-viden og praksis

Af Sheila K. Adam og  
Sue Osborne  
2. udgave

Bogen sætter fokus på alle de områder og problemer, der er mest almindelige på intensiv afdelinger.

Bogen kan læses fra a-z, men den er bygget op, så den også kan bruges som opslagsbog med mange krydshenvisninger mellem bogens afsnit. Et fyldigt sagregister, tabeller, figurer, korte resuméer og mange små afsnit gør bogen brugervenlig i uddannelsessammenhæng.

Bogen er primært rettet mod specialuddannelsen for sygeplejersker i intensiv sygepleje, men den kan også fungere som håndbog i en intensiv afdeling og danne en god basis for alle sygeplejersker i plejen af kritisk syge patienter.

Oversat fra Critical Care Nursing-Science & Practice af Lone Burmeister. Dansk bearbejdelse Frans Lærke Bødker.

448 sider, kr. 559,-  
incl. moms.

Kan købes i enhver boghandel og i Dansk Sygeplejeråds butik Sankt Annæ Plads 30, 1250 København K, eller via DSR's hjemmeside.

# God ven ønskes

Jeg er en af de forkælede mænd, som det er dødssygt at skulle købe gaver til. Jeg har stort set alt, hvad jeg har behov for, og hvis jeg mangler noget, så køber jeg det, inden det første julegavekatalog dumper ind ad brevsprækken. Jeg ved ikke, om det er en del af midtvejskrisen, men jeg er inde i en periode, hvor jeg ikke kan holde ud at ønske mig overflødige ting som arkitekttegnede p-skiver og eldrevne næsehårsfjernere, når jeg samtidig i TV Avisen kan se en lille pakistansk dreng stå med bare tæer i frostvejr foran sit telt og sulte.

Kun få uger inde i januarudsalget blev jeg dog mod alle odds ramt af en følelse, jeg svagt mindes fra min barndom. Der er noget, jeg ønsker mig helt vildt!

Jeg ønsker mig en god ven, som er journalist på et stort dagblad eller på en af de landsdækkende fjernsynskanaler. En ven, som kan trylle mine lomme filosofiske betragtninger om til overskrifter.

Mit ønske opstod, da jeg sad og læste Politiken den 7. januar og blev flerfarvet af misundelse over at se, hvor dygtige lægerne er til at få deres budskaber i pressen.

Under overskriften ekspertudtalelse så jeg lomme filosofi af bedste kvalitet, der ukritisk blev fremstillet som videnskab. En overlæge udtalte uden at rødme, at grunden til, at mængden af medicin er steget i psykiatrien, er, at de sindssyge er begyndt at smugle stoffer ind på afdelingerne.

Journalisten står efter min bedste vurdering ikke i første række til Cavlingprisen. For hvor er alle de kritiske spørgsmål, han lærte på journalisthøjskolen, som nysgerrigt søger efter de mange andre forklaringer: "Hr. overlæge, kunne den øgede mængde medicin ikke også skyldes, at lægemiddelindustrien har haft succes med deres markedsføring, hvor de betaler for store andele af alle kurser og forskningsaktiviteter i psykiatrien og fylder sygeplejerskernes brystlommer op med kuglepenne i festlige farver?"

Det er sådan en journalistven, jeg ønsker mig. En, der mageligt sluger mine synspunkter ukritisk som håndfast videnskab.

Årets journalistiske lavpunkt faldt sent på året. *Brinja*, en ung pige med selvskadende adfærd, havde i desperation og magtesløshed henvendt sig til TV Avisen, fordi hun følte sig dårligt hjulpet af det psykiatriske system. Hun er katolik og har været udsat for gruppevoldtægt, hvilket har givet hende problemer i forhold til skyld og skam. Hun har et stort behov for at få bearbejdet dette traume, men hun oplevede, at hospitalet kun tilbød hende piller. Hospitalet mente, at hun forventede for meget, og havde besluttet at udskrive hende.

Jeg troede, at dette var en journalistisk lækkerbisk, hvor journalisten kunne brede problemstillingen ud og belyse den fra forskellige vinkler, men ak. Op på skærmen dukker et par velmenende psykiatere, som taler om det stigende antal krimi-

nelle psykisk syge og problemerne med at skaffe nok psykiatere.

Jeg troede i første omgang, at de ved en fejl havde sat et forkert klip på, for hvordan kan psykiaterne slippe af sted med i bedste sendetid at tale om deres mærkesager, selvom det ingen sammenhæng har med Brinjas problemstilling?

Det er sådan en journalistven, jeg ønsker mig. En, der lader mig tale om, lige hvad der passer mig i bedste sendetid.

Jeg har deltaget på mange møder, hvor vi med vores blankpolerede firkløverbades på brystet har konkluderet, at vi sygeplejersker skal være mere synlige i pressen. Men det er ikke så nemt at komme i de store medier, som det ser ud til.

I efteråret var jeg tæt på at blive optimistisk. Flere gange blev jeg kontaktet af journalister fra tv og fra de store dagblade, der ville høre om, hvordan man kan hjælpe mennesker, der hører stemmer. Alle samtaler forløb meget positivt, men

uden undtagelse var det afsluttende spørgsmål: "Kender du en dansk læge, der arbejder på denne måde?"

Jeg prøvede at overbevise dem om, at det er mere interessant at snakke med en stemmehører eller andre, der har forstand på denne arbejdsmetode, men jeg har ikke hørt fra dem siden.

Jeg erkender, at jeg er en lettere depressiv mand med knækket fane. Jeg håber dog, at jeg vil live op, hvis jeg får mit ønske opfyldt. Tænk, at sidde i festligt lag kilet ind mellem *Reimer Bo* og *Paula Larrain*, hvor de i tågerne fra de cubanske cigarer og dampene fra maltwhiskyen løber selv mine lavfilosofiske argumenter i sig, som stammede de fra guderne.

Der er nogen, der siger, at viden er magt. Jeg tror, at sandheden er, at overskrifter er magt, også selvom de ikke har meget med viden at gøre.

*redaktionen@dsr.dk*

## 5 faglige minutter skrives på skift af tre sygeplejersker:



Jette Bagh, sygeplejerske, cand.cur., sygeplejefaglig medarbejder på Sygeplejersken.



Jørn Ditlev Eriksen, sygeplejerske, forstander på botilbuddet Slotsvænget.



Birgitte Harild, sygeplejerske. Leder af visitationsgruppen i Frederiksværk Kommune.