

Sundhedsplejersker skal erstatte skolelæger • 4

Århus sparer på hjemmebesøg til ældre • 5

Lars Løkke: Resultatløn til sygeplejersker • 22

Videnskab & Sygepleje: Om ballonudvidelse af koronarkarrene • 39

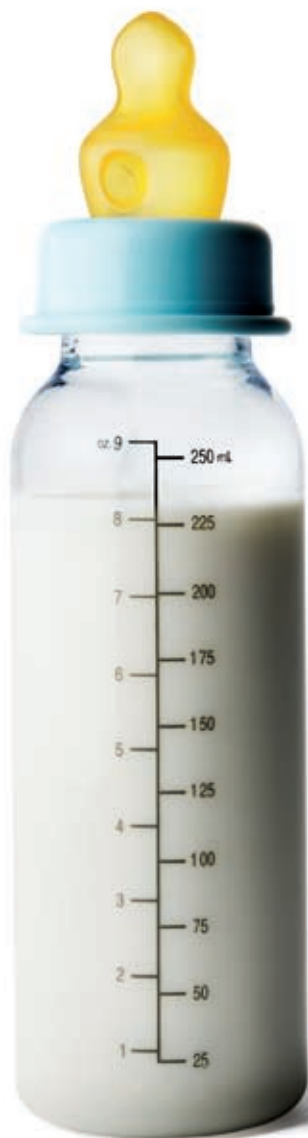
SYGEPLEJERSKEN 1



Skrot de gamle sygehuse

Flere hundrede påbud fra Arbejdstilsynet til nedslidte hospitaler • 10-21





Klassens børnevenlige bil sluger mindre

Ny Yaris

Det er sjovere at bruge børnechecken på børnene end på bilen. Det er selvfølgelig lettere sagt end gjort i et land, hvor bilejerne ikke just er kendt for at blive givet noget ved dørene. Men med Yaris er det rent faktisk lykkedes at skabe en familiebil, som familier har råd til at holde. Især på grund af dens brændstofforbrug ... eller manglen på samme. Så nu ved du, hvad familiens næste bil skal hedde, hvis det er tanken, der tæller. Ellers er der sat kilometer-tal på argumenterne på **yaris.dk**.



TODAY TOMORROW **TOYOTA**

**Chefredaktør**

Ansvarlig efter
medieansvarsløven
Sigurd Nissen-Petersen
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

**Fagredaktør**

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

**Fagredaktør**

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

**Journalist**

Brian Borg Andersen (DJ)
bba@dsr.dk
Tlf.: 4695 4182

**Journalist**

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

**Journalist**

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

**Journalist**

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

**Journalist**

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

**Journalist**

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

**Journalist**

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



Telefax til redaktionen: 3315 1841

tema: de syge huse

- 10 Arbejdstilsynet har givet hospitalerne hund-redvis af påbud
- 12 Slidte hospitaler er en bombe under sund-hedsvæsenet
- 15 "De er ligeglade med personalet"
- 15 Milliarder skal redde de syge huse
- 16 "Vi slår knuder på os selv"
- 18 Jævn det med jorden
- 20 Gode bygninger kan redde liv

ministerinterview

- 22 Lars Løkke Rasmussen:
Resultatløn til sygeple-jersker

**sygeplejerskeuddannelsen**

- 25 Nye vitaminer til uddannelsen
- 27 Studerende kommer med svagere forudsæt-ninger
- 29 Foucault og Kant kan stadig ikke undværes

fag**konflikt håndtering**

- 35 At hjælpe i andres konflikter

videnskab & sygepleje

- 39 Patienters selvvruderede helbred før og fem uger efter ballonudvidelse af koronarkarrene

tværfagligt samarbejde

- 48 Stuegang – en fælles opgave



10

35

**i hvert nummer**

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| 4 Aktuelt | 51 Anmeldelser |
| 30 Dansk Syge-plejeråd mener | 52 Fem faglige minutter |
| 30 Debat | 53 Stillingsannoncer |
| 31 Navne | 74 Kurser/Møder/ Meddelelser |
| 34 Faglig information | |
| 38 Dilemma | |

Forside: modelfoto ved Simon Knudsen

Tidsskrift for Sygeplejersker · Nr. 1 · 12. januar 2007 · 107. Årgang · Udgivet af Dansk Sygeplejeråd
 Sygeplejerskens redaktion · Sankt Annæ Plads 30 · Postboks 1084 · 1008 København K · Telefon 33 15 15 55 · 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 1.100,00 kr. + moms. Pris pr. stk. 50,00 kr. + moms.
 Løssalg sker ved henvendelse til hovedkontoret · Stillingsannoncer sendes til Dansk Mediaforsyning · Klamsagervej 27, 1. · 8230 Åbyhøj · Telefon 70 22 40 88 · Fax 70 22 40 77 · e-mail: dsrjob@dmfnet.dk · Forretningsannoncer sendes til Dansk Mediaforsyning · Klamsagervej 27, 1. · 8230 Åbyhøj · Telefon 70 22 40 88 · Fax 70 22 40 77 · e-mail: dsrtekst@dmfnet.dk · Layout Tone Thoresen og Sanne Rigrup Møller · Tryk Graphx · Herlev
 Distribueret oplag 1. juli 2005 – 30. juni 2006: 76.171 · ISSN 0106-8350 · Medlem af Dansk Fagpresse

Sundhedsplejersker skal erstatte skolelæger

Af Katrine Birkedal Christensen, journalist

Monopolbrud. Sundhedsministeren vil fjerne det lovkrav, der hidtil har givet læger eneret til at udføre sundhedsundersøgelser af folkeskoleelever.

Mange kommuner har haft store problemer med at skaffe læger til at gennemføre de obligatoriske lægeundersøgelser på danske folkeskoler. Derfor vil ministeren nu lempe kravet, så de danske skolebørn fremover vil kunne møde skolens sundhedsplejerske, når det er tid til den obligatoriske undersøgelse af helbredets tilstand ved ind- og udskoling.

"Lovgivningen har forudsat, at det er læger, der laver forebyggende helbredsundersøgelser af børn i folkeskolen. Nu er vi nået derhen, at jeg vil stille et forslag om, at vi simpelthen ophæver det krav og siger, det hører fortiden til," siger indenrigs- og sundhedsminister *Lars Løkke Rasmussen* (V) til *Sygeplejersken*.

Han er slet ikke i tvivl om, at sundhedsplejerskerne har kompetencerne til at erstatte skolelægerne.

"Sundhedsplejersker følger allerede i dag børnene tæt i skoleårene, og jeg er overbevist om, at sundhedsplejerskerne med den nødvendige faglige ballast kan løse denne nye opgave," siger ministeren, som forventer at fremsætte sit lovforslag i det tidlige forår.

Forslaget indebærer også, at sundhedsplejerskerne får pligt til at henvise en skoleelev, der har brug for lægelig behandling, til barnets praktiserende læge.

Sundhedsplejerskerne klar

Formand for Dansk Sygeplejeråds Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker, *Susanne Hede*, er tilfreds med ministerens forestående lovændring: "Vi er rede til at påtage os opgaven med at varetage det rutinemæssige sundhedstjek af skoleelever ved indskoling og udskoling," siger formanden, men understreger, at det er en ekstra opgave for sundheds-

plejerskerne, og med den ekstra opgave bør følge en bevilling med tilsvarende normeringer.

Lovændringen giver øgede beføjelser til sundhedsplejerskerne. Hvis den træder i kraft, kan den bane vejen for en ny sundhedsplejerskeuddannelse. Et ønske, der længe har stået højt på Dansk Sygeplejeråds ønskeliste.

I 2005 havde 22 pct. af kommunerne ingen læge tilknyttet deres folkeskoler. Men med det nye forslag gør *Lars Løkke Rasmussen* det lettere for kommunerne at få gennemført de obligatoriske helbredsundersøgelser i folkeskolerne: "Til gengæld må vi så i fællesskab sørge for, at de sygeplejersker, der skal løfte opgaven, har den rigtige uddannelsesmæssige baggrund. Det er noget for noget," siger ministeren.

Læs også interviewet med sundhedsministeren s. 22.

Borestemning. Klokken er 14.58, den 28. november 2006, på boreplatformen "Maersk Enhancer" et sted i Nordsøen en times flyvning i helikopter fra Esbjerg. Sygeplejerske *Birgit Hansen* (nummer to fra højre) er på arbejde på boreplatformen, der befinder sig 30 meter over havets overflade.

"Jeg har det fint med at arbejde i et udpræget mandemiljø som dette her. Man får lidt røg og bliver mobbet på den positive måde. Men jeg bliver respekteret og passer på," siger *Birgit Hansen*. Ud af et mandskab på 83 er fem kvinder. Det meste af *Birgit Hansens* arbejdsdag minder om arbejdet på en skadestue – alt fra ondt i halsen eller ørerne, forskellige smerter fra nakke og skuldre, hovedpine og kvalme. (snp)



FOTO: THOMAS SØNDERGAARD

Ledere i ingenmandsland

Udestående. Mange af de 98 nye kommuner er begyndt deres virksomhed, uden at aftaler om løn og ansættelsesforhold er forhandlet på plads for de ledende sygeplejersker.

Problemet skyldes først og fremmest, at Dansk Sygeplejeråds amtskredse ikke har haft en modpart, der var udstyret med et forhandlingsmandat af de nye kommunale arbejdsgivere.

Sådan beskriver amtskredsformand *John Christiansen*, Sønderjylland, situationen, og en række af hans amtskredsformandskolleger genkender problemet. I Sønderjylland var der op til jul kun to ledende sygeplejersker, hvis lønforhold og stillingsindhold var forhandlet på plads, og over 100 andre, hvor det ikke var tilfældet.

"Der er lederstillinger, som har fået et øget ansvarsområde i de nye kommuner, og det

vil naturligt føre til et lønkrav fra vores side," siger John Christiansen.

Han tilføjer, at de hidtidige forhåndsftaler skal erstattes af nye, der dækker henholdsvis lederstillinger og basisstillinger. Dernæst skal der tages stilling til, hvor hver enkelt ansat skal indplaceres.

Flere amtskredse forudser, at de udestående forhandlinger først vil være på plads "et godt stykke inde i 2007." (sp)

Århus sparer på forebyggende hjemmebesøg

Af Kirsten Bjørnsson, journalist

Sundhedsprotester. *Sundhedsvejlederne i Århus Kommune skal overdrage de forebyggende hjemmebesøg til kommunens visitatorer. En klar forringelse for de ældre, forudser de.*

I 2007 vil Århus Kommune spare 3 mio. kr. på de forebyggende hjemmebesøg til Århus-borgere over 75 år. Besøgene skal ikke længere gennemføres af sundhedsvejledere med sundhedsfremme som hovedopgave, men af kommunens visitatorer, når de alligevel er ude for at vurdere, hvilken hjælp svækkede borgere skal have.

Resultatet vil blive en alvorlig forringelse af kommunens sundhedsfremme, mener de hjemmesygeplejersker og andre fagpersoner, der i dag er sundhedsvejledere.

"Når borgerne sidder over for en visitator, der skal revurdere deres hjælp eller tage stilling til, om de er berettiget til en bolig eller et hjælpemiddel, så sidder de over for en myndighedsperson med magt," siger sundhedsvejleder *Inger Pedersen*.

"Mange vil være lidt ængstelige

og ikke åbne sig, når visitatoren så skal vende kasketten 180 grader og snakke om sorg, krise, livsafvikling, og hvad der ellers ligger den ældre på hjerte. Vi er bange for, at den gode sundhedssamtale drukner i paragrafsnakken. Og hvordan skal visitatoren dokumentere, når hun går fra den ældre? Baggrunden for en tildeling af hjælp skal selvfølgelig dokumenteres, men i forhold til sundhedssamtalerne er der skærpet tavshedspligt."

Inger Pedersen tilføjer, at sundhedsvejledernes bekymring ikke skal ses som en kritik af visitatorernes faglighed. Det er kombinationen af de to funktioner, der bekymrer. Og sundhedssamtalerne bliver en underordnet opgave for visitatorerne, som efter kommunens oplæg skal bruge 10 pct. af deres tid på samtalerne.

"Et andet problem er, at visitatorerne skal sidde centralt og aldrig kan få vores lokalkendskab," siger Inger Pedersen.

"Vi har den lokale forankring i lokalcentrene og er kendte ansigter, og hvis jeg ser *Karl Einar* gå lidt usikkert hen ad gaden, sætter jeg måske lige farten op, så jeg

kan sige goddag og høre, hvordan det går."

Sparetendens

Sammenlægningen af de to funktioner er en tendens, som bekymrer Landsforeningen for ansatte i forebyggende og sundhedsfremmende hjemmebesøg.

"I nogle af de små kommuner har man af nød haft de to funktioner sammen. Men i 2006 har vi desværre også set større kommuner lægge samtalerne sammen med visitationen," siger foreningens formand, hjemmesygeplejerske *Nina Baun*.

"Det er to opgaver, der ikke er forenelige. Jeg fandt i hvert fald aldrig metoden til det," siger *Birgitte Henriksen*, som i fire år var visitator og forebyggende hjemmesygeplejerske i Rudbjerg Kommune, nu en del af Lolland Kommune.

"Det går godt med forebyggelsen, så længe man ikke også skal visitere til hjælp. Men så snart man skal det, kan de ældre ikke finde ud af, hvilken kasket man har på," siger hun.

"De er heller ikke motiverede for at snakke om, hvordan man

bliver selvhjulpne og bevarer sine færdigheder. Det ligger dybt i folk, at visitatoren kan tage hjælpen fra dem. Og så gør man sig i hvert fald ikke bedre, end man er. Så set fra et sundhedsfremmesynspunkt er det en rigtig dårlig ide."

Omlægningen af sundhedsbesøgene i Århus Kommune skal give en besparelse på 3 mio. kr. ud af et budget på 7-8 mio. kr., og kommunens direktør for Sundhed og Omsorg, *Hosea Dutschke*, erkender, at det er en drastisk nedskæring.

"Men vi har haft en sparerunde, hvor politikere har truffet deres valg ud fra et prioriteringskatalog. Og hvor de valgte, at de ikke ville skære i hjælpen til de svageste borgere i plejeboligerne," siger han.

Kommunen vil være meget opmærksom på, hvordan ændringen fungerer, tilføjer sundhedsdirektøren.

"Men det handler også om, hvordan vi kan videreudvikle. Vi vil arbejde mere med det sundhedsfremmende sigte i visitationen, bl.a. ved at bruge Fælles Sprog 2, der sætter fokus på, hvad borgerne kan, i stedet for, hvad de ikke kan."

"Mine ansatte blev udråbt som limousine-sygeplejersker blandt kollegerne, som åbenbart syntes, de blev stinkende rige af at få 15 pct. mere i løn."

Tidligere sygeplejerske og stifter af vikarbureauet ActivCare, Susanne Norup, i Jyllands-Posten i forbindelse med, at hun netop er blevet mangemillionær efter at have solgt ActivCare til Falck.

45.000 medarbejdere efterlyser indflydelse

Af Christina Sommer, journalist

Regionsræs. Medarbejderrepræsentanterne i Region Hovedstaden føler sig overset i arbejdet med den nye hospitals- og psykiatriplan. Den forceres igenne. Politikerne opfordres til dialog.

De 45.000 medarbejdere i Region Hovedstaden mener ikke, at politikerne har inddraget dem nok i arbejdet med regionens kommende hospitals- og psykiatriplan, selvom formand for Region Hovedstaden, Vibeke Storm Rasmussen (S), på en offentlig høring den 7. december 2006

konkluderede, at alle fagpersoner nu har kunnet deltage og komme med deres synspunkter.

Det mener formanden for Dansk Sygeplejeråds amtskreds i Hovedstaden, Vibeke Westh, ikke, at medarbejderne har haft mulighed for: "Medarbejderne har indirekte haft indflydelse gennem de ledere, der er repræsenteret i de sundhedsfaglige råd. Men medarbejderne på gulvet er ikke blevet hørt systematisk, selv om vi så sent som i efteråret efterlyste, at der blev nedsat en følgegruppe," siger hun.

Vibeke Westh der er næstfor-

mand i regionens midlertidige, tværgående samarbejdsudvalg deltog selv i høringen, hvor regionens sygehusstrukturudvalg fremlagde sine forslag til en fremtidig hospitals- og psykiatriplan, som forventes endeligt vedtaget den 15. maj.

"Meldingen var nærmest, at det er nu eller aldrig. I kan kommentere forslaget. Det virker, som om planen forceres igennem. Efter den udmelding så vi ingen anden udvej end at give vores besyv med på skrift," siger Vibeke Westh og henviser til et ni sider langt brev, som regionspolitikere modtog fra medarbejderrepræsentanterne lige før jul.

Brevet indeholder 12-14 konkrete bud på forhold, som politikerne opfordres til at være ekstra opmærksomme på. Vibeke Westh fremhæver især behovet for, at der sættes ressourcer af til at videreudvikle bedre sammenhæng i patientforløbene, men også arbejdsmiljø og efter- og videreuddannelse skal opprioriteres.

"Tempoet er allerede meget højt i dag, og der mangler kvalificeret og veluddannet arbejdskraft flere steder. Vi ønsker ligesom politikerne, at Region Hovedstadens sundhedsvæsen skal være verdens bedste, men det kræver, at politikerne sikrer ressourcerne og ikke mindst inddrager alle faggrupper aktivt i arbejdet med at forme fremtidens sundhedsvæsen," siger Vibeke Westh.

Regionsformand Vibeke Storm Rasmussen medgiver, at arbejdet med regionens nye hospitals- og psykiatriplan går stærkt.

"Det er nødvendigt, da vi SKAL kunne præsentere en konkret plan, når vi skal forhandle økonomi med regeringen i maj-juni måned."

Hun forstår dog ikke, at medarbejderrepræsentanterne ikke føler sig hørt:

"Der har været drøftelser på kryds og tværs, og jeg føler, vi har været på god talefod hele tiden. Alle har kunnet komme til orde og følge med i, hvad der sker, bl.a. på internettet. Men regionsrådene er jo en helt ny konstruktion med nye arbejdsformer, og vi vil meget gerne finde en arbejdsform, der er åben over for medarbejderne." Vibeke Storm Rasmussen har naturligvis læst brevet – også at medarbejderrepræsentanterne på ny opfordrer regionspolitikere til at nedsætte en følge-

gruppe. Det afviser hun dog: "Forarbejdet er som sådan slut, og regionspolitikere præsenteres for det første egentlige udkast til hospitals- og psykiatriplanen den 20. januar. Mange af de punkter, der fremhæves i brevet, er dog ikke nye for os. Det drejer sig i høj grad om medarbejderproblemstillinger som arbejdsmiljø, efteruddannelse og personalefastholdelse – emner, som snarere hører hjemme i bl.a. personalepolitikker. Hospitalsplanen er én ting. Vi står også over for et stort arbejde, hvor vi i tæt samarbejde med medarbejderne skal beskrive en lang række politikker og diskutere, hvordan vi får mest muligt ud af de midler, vi har," siger regionsformanden og pointerer, at medarbejderrepræsentanterne også får mulighed for at drøfte hospitalsplanforslaget med forretningsudvalget på et allerede planlagt møde den 23. januar, ligesom de kan give deres mening til kende i den offentlige høringsfase fra februar til april.



Efteruddannelse i familiebehandling - vælg en diplomuddannelse

Den sociale diplomuddannelse i familierapi er en kompetencegivende tværfaglig uddannelse, godkendt af Undervisningsministeriet.

Uddannelsen er opdelt i ugemoduler og forløber over 2 år. Der er mulighed for at søge SVU (voksenuddannelsesstøtte). Uddannelsen i familierapi tilbyder en grundig teoretisk indføring i system- og relationsorienteret arbejde med familier, enkeltpersoner og netværket omkring dem. Der præsenteres et bredt repertoire af metoder og tilgange inden for familiesamtaler af erfarne praktikere og undervisere. Samtaletræning indgår som et led i undervisningen, og sideløbende omsætter den studerende metoderne i egen praksis under supervision.

Hold 14 starter 3. september 2007 og ansøgningsfristen er 25. maj 2007. Informationsmøder afholdes d. 13. marts på De sociale Højskoler i København og Odense. Yderligere information på www.dsh-k.dk

FAKTA
Start: 3. september 2007
Ansøgningsfrist: 25. maj 2007

Info-møder: 13. marts 2007 kl. 17-19 på De sociale Højskoler i København og Odense. Tilmelding ikke nødvendig.

Yderligere information med tidsplaner, ansøgningsskema m.m. kan hentes på www.dsh-k.dk.

Kronprinsesse Sofies Vej 35
DK-2000 Frederiksberg
Tlf +45 38 14 46 00
Fax +45 38 14 46 01



FOTO: MIKE KOLLÖFFEL

Sygeplejestuderende Christina Kolbæk (tv.) og Kirsten Salling Rasmussen rejser om få dage til Malawi for at se følgerne af aids med egne øjne.

Aids med egne øjne

Humor mod aids. Afrika mangler sygeplejersker, og sygeplejerskerne mangler uddannelse for at kunne pleje aids-ramte og forebygge hiv og aids. Det er det primære fokus, som kampagnen "Humor mod Aids" har i 2007. Danske sygeplejersker og sygeplejestuderende tager del i såvel oplysning som indsamling i forbindelse med selve kampagnen, der er koncentreret omkring den 1. april 2007.

I forbindelse med kampagnen tager to sygeplejestuderende, *Kirsten Salling Rasmussen* og *Christina Kolbæk*, om få dage til den afrikanske stat Malawi for at møde lokale sygeplejersker og nogle af de børn og voksne, der er ramt af aids-epidemien. Det er nemmere at forstå, hvis man oplever tingene på nærmeste hold, mener de.

Begge skal indpasse rejsen i deres uddan-

nelses 5. semester i henholdsvis HS og Viborg. De er valgt ud blandt interesserede studerende af Sygeplejestuderendes Lands sammenslutning (SLS).

Når de to sygeplejestuderende vender hjem, har de førstehåndsbildtryk med sig, som de kan videregive til andre sygeplejestuderende ved samtlige sygeplejeskoler i landet.

Dansk Sygeplejeråd støtter årets Humor mod Aids-kampagne med 100.000 kr., hvilket er en tidobling af støtten i 2006.

Det meget synlige symbol på kampagnen i Danmark er de røde klovnenæser, som sælges for 20 kr. stykket til fordel for arbejdet med hiv/aids i Afrika. Kampagnekoordinator *Bjerg Elvekjær* fortæller, at de røde klovnenæser på ingen måde gør grin med problemet aids, men at humoren er en psykologisk spydspids, der skal spidde vores opmærksomhed. Kampagnen omfatter oplysning, indsamling og politisk lobbyarbejde. Humor mod Aids gennemføres i samarbejde mellem IBIS, Aids-fondet og Folkekirkens Nødhjælp.

(sp)

Find ud af mere på:
www.humormod aids.dk

Styr på hjemmeplejen med ny vejledning

Opdatering. Hjemmesygepleje i 2007 er ikke det samme arbejde som for 20 år siden, hvor Sundhedsstyrelsen sidste gang udgav en vejledning om hjemmesygepleje. Siden har sygeplejerskers arbejdsfelt udviklet sig, og det afspejler den nye vejledning, som træder i kraft 1. januar 2007.

Sygeplejerskers fire funktionsområder med pleje, planlægning og ledelse, formidling og udvikling er nævnt i den nye vejledning, og det fremhæver konsulent *Bodil Ludvigsen*, Dansk Sygeplejeråd, som meget væsentligt:

"I vejledningen står der f.eks., at det er sygeplejersker, der planlægger, leder og koordinerer patientforløb. Og at de har ansvar for at formidle sygepleje og undervise, ikke bare enkelte borgere, men også grupper. Også forebyggelse og sundhedsfremme er kommet ind," siger hun.

En anden væsentlig ændring er sket i bestemmelserne om, hvem der kan ordinere sygepleje. Ifølge den gamle vejledning skulle hjemmesygepleje være lægeordineret. I praksis har mange

kommuner ydet hjemmesygepleje til deres borgere på baggrund af en ren sygeplejerskevurdering, og den praksis er reglerne nu bragt i overensstemmelse med, siger *Bodil Ludvigsen*:

"Lægen kan stadig ordinere behandlingsopgaver, men det er sygeplejersken, der ordinerer sygepleje."

Dokumentation og journalføring er også kommet med i vejledningen. Det skyldes, at dataindsamling fra hjemmesygeplejen har været af for ringe kvalitet, siden de integrerede ordninger blev indført i midten af 90'erne. Dengang holdt nogle kommuner op med at tælle besøg, og derfor mangler der i dag ordentlig statistik over f.eks. hjemmesygeplejemodtageres alder og køn, hvor de kommer fra, når de henvises til hjemmesygepleje, og hvor de forsvinder hen i systemet, når de ikke længere modtager hjemmesygepleje.

Den nye vejledning kan læses på www.sygeplejersken.dk under denne artikel. (sbk/kb)

Blokade på SOSU-skoler

Kommunalreform. Der er varslet blokader rettet mod nyanstættelser på landets social- og sundhedsskoler fra den 16. januar. I forbindelse med, at skolerne bliver overdraget fra det amtskommunale område til staten, tyder udspil til nye statslige overenskomster på, at der fremover vil ske forringelser af ansættelsesvilkårene for nyanstættede. Det har fået COII (Statstjenestemændenes Centralorganisation II – herunder DSR) og LC (Lærernes Centralorganisation) til at reagere.

"Som ansvarlige organisationer kan vi på ingen måde leve med, at vores medlemmer skal acceptere dårligere vilkår, bare fordi de skifter arbejdsgiver," udtaler formanden for Dansk Sygeplejeråd, *Connie Kruckow*, til www.dsr.dk (bba)

Velfærdsreformen rykker efterlønnen

A-kasse. Den 1. januar 2007 trådte nye regler om efterløn i kraft. Efterlønsalderen flyttes gradvist fra 60 til 62 år, og som noget helt nyt er der indført en fortydelsesordning samt nye tiltag for ledige.

Sommerens velfærdsreform har ført nye efterlønsregler med sig. Hidtil har man skullet være medlem af en a-kasse og betale efterlønsbidrag i 25 år inden for en 30-årig periode. Kravet er nu hævet til 30 års medlemskab af en a-kasse med samtidig indbetaling af efterlønsbidrag. Det betyder, at man fremover skal begynde at betale efterlønsbidrag som 30-årig. Dog er der overgangsregler for personer, der er født mellem den 1. januar 1959 og den 31. december 1975.

Efterlønsalderen bliver også gradvist rykket fra 60 til 62 år. De gradvise ryk sker for dem, der er

født mellem den 1. januar 1959 til den 1. juli 1960. For alle, som er født senere, gælder efterlønsalderen på 62 år. Alle, der er født den 1. juli 1960 eller senere, kan til gengæld fremover få efterløn, selvom de tidligere har fravalgt den. De skal blot tilmelde sig en ny fortydelsesordning senest 15 år før efterlønsalderen.

De ledige bliver også berørt af den nye velfærdsreform. Fra de første måneder af 2007 skal alle ledige til såvel en CV-samtale i a-kassen som til en rådighedssamtale hver tredje måned. Samtalerne skal munde ud i et godt CV, der kan lægges på jobnet.dk samt i det hele taget gøre vejen tilbage til arbejdsmarkedet kortere.

Læs meget mere om disse og andre nye regler på DSAs hjemmeside, www.dsa-akasse.dk

(bba)

Vidste du at ...

... hospitalsudstyr som dialyseslanger og katetre indeholder store mængder hormonforstyrrende ftalater? Ftalater er forbudt i legetøj til børn under tre år og fra 2007 også i legetøj til børn op til 14 år.

(sbk)

Vindere af Jul på kryds og tværs

494 læsere havde tid til at gætte *Sygeplejerskens* særlige julekryds i nr. 25-26/2006. 263 krydsordsløsere svarede via e-mail og 231 via snail-mail. Nogle har ikke gættet helt rigtigt, men er nået til, at løsningen på Jul på kryds og tværs er "Håndhygiejne lyder "tænkt," "trist" eller "smukt, men tages for let."

Det er muligt, men den rigtige løsning er: "Håndhygiejne lyder tungt, men tages for let."

Det har de tre vindere fundet frem til.

Til lykke til:

Anna Mary Sieverts, Odinsvej 8, 8230 Åbyhøj
Jette Døj, Nordens Plads 4, 15.10, 2000 Frederiksberg
Susanne R. Jensen, Gyvelvej 3, 4200 Slagelse.
Der er et gavekort på vej.



FOTO: SIMON KNUDSEN

Motion til alle. Projektet "Krop & Kræft" bliver nu et tilbud til alle sjællandske kræftpatienter i kemoterapi. Region Hovedstaden har besluttet at gøre det permanent og udvide til hele Sjælland.

Torsdag den 14. december var der derfor åbent hus hos Krop & Kræft på Rigshospitalet, hvor bl.a. kolleger, tidligere patienter og samarbejdspartnere kom forbi.

"Det er en stor glæde for os, at tilbuddet kan fortsætte og oven i købet komme mange flere kræftpatienter til gavn," siger professor og leder af Universitetshospitalet Center for Sygepleje- og Omsorgsforskning (UCSF), sygeplejerske Lis Adamsen (billedet tv.).

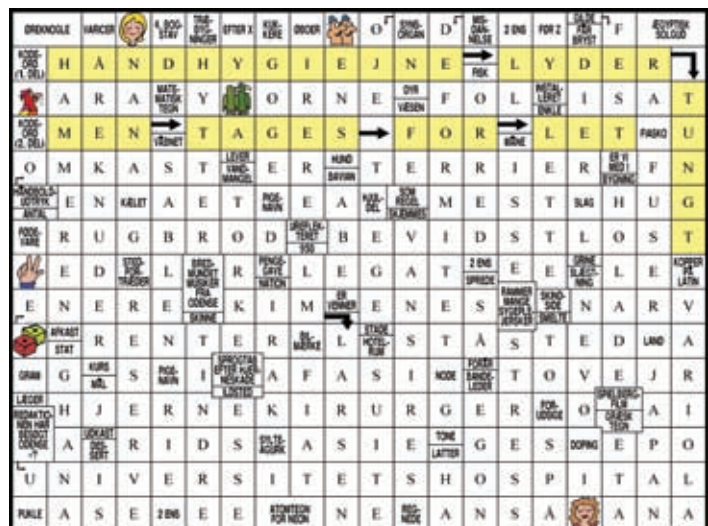
Gennem de seneste seks år har mere end 400 kræftpatienter deltaget i Krop & Kræfts behandling, der bl.a. består af fysisk træning, massage og afspænding, og som har vist sig at give øget livskvalitet.

(snp)

Sygepleje til det sidste

Dilemma. "Saddam havde meget gode samarbejdsevner, og han klagede sjældent. Mit job var at holde ham i live, så de kunne dræbe ham ved en senere lejlighed. Jeg vidste, hvad de ville gøre ved ham.

Det var imod min etiske overbevisning som sygeplejerske, men som soldat var det mit job." Sagt af Robert Ellis, amerikansk sygeplejerske og oversergent, som passede den nu henrettede diktator Saddam Hussein i 2004 og 2005, til avisen St. Louis Post Dispatch.



(jb)



www.dsr.dk

Information om sygeplejerskeportalen

Provokationer får svar på tiltale



"Så går du rundt som en spejlblank distancerende sygeplejerske, der nedstammer direkte fra Freud, så er der noget, der tyder på, at det vil være fornuftigt at finde den hjertevarme sygepleje frem og eventuelt supplere den med et traktorkørekort," skrev forstander Jørn Ditlev Eriksen i sin klumme i *Sygeplejersken* nr. 25-26/2006.

Det fik flere sygeplejersker til tasterne for at give ham svar på tiltale. Denne mulighed for at kommentere artikler har været til stede på sygeplejersken.dk, siden portalen blev lagt om i oktober. Det betyder, at mange medlemmer har suppleret artiklerne med egne erfaringer, tilkendegivelser og uenigheder. Læsere kan få luft for deres vrede eller begejstring ved at skrive debatindlæg til *Sygeplejerskens* redaktion. Nu er der også mulighed for at kommentere artiklen med det samme og prøve egen holdning af over for skribenten og andre læsere samtidigt. Se selv på www.sygeplejersken.dk (kris)

oktober. Det betyder, at mange medlemmer har suppleret artiklerne med egne erfaringer, tilkendegivelser og uenigheder.

Læsere kan få luft for deres vrede eller begejstring ved at skrive debatindlæg til *Sygeplejerskens* redaktion. Nu er der også mulighed for at kommentere artiklen med det samme og prøve egen holdning af over for skribenten og andre læsere samtidigt. Se selv på www.sygeplejersken.dk

(kris)



Pia Gede Nielsen, webredaktør, pgn@dsr.dk



Kristian Eskildsen webjournalist, kes@dsr.dk



Anders von Benzon Kjærsgaard, webassistent, abk@dsr.dk

Effektiv håndhygiejne

Idu-San Håndsprit



Brenntag Disinfection - Strandvejen 104A - 2900 Hellerup
Tlf. 4329 2800/4329 2843 - Fax 4329 2896
www.brenntag-disinfection.dk

Arbejdstilsynet om flere danske sygehuse

”Pladsforholdene [...] indebærer risiko for, at på kort og på lang sigt for sundhedsskade [...] og arbejdsulykker.”

Eksempel på et påbud fra Arbejdstilsynet. Her et uddrag af et brev til Skejby Sygehus.

Sygeplejersker får knubs og arbejdsskader, når de skal kante sig rundt på de trange sengestuer. Vinduerne er utætte, vandrørene ruster, og skyllerum, toiletter og baderum er alt for små.

Danske sygehuses bygningsmæssige standard er meget langt fra regeringens motto om et sundhedsvæsen i verdensklasse. Flere store hospitaler har fået hundredvis af påbud fra Arbejdstilsynet på grund af de slidte og utidsvarende forhold.

Regningen for at rette op på årtiers forsømmelser løber op i milliarder. Den skal de nye regioner betale. Spørgsmålet er bare, hvor de skal få pengene fra.

de ansatte udsættes



Milliardregning på vej til de nye regioner

Slidte sygehuse er en bombe

Tilstandsrapport. De nye regioner arver forældede hospitalsbygninger, som ikke lever op til lovens krav. Nu skal regionerne bruge milliarder for at rette op på forholdene. Men de har ikke pengene.

Utætte vinduer, dårligt indrettede bygninger med slidte facader og trange, utidssvarende sengestuer. Det er det billede, der går igen på hospitaler overalt i landet. Et billede, som bekræftes af de hundredvis af krav om udbedringer, der de seneste år er blevet pålagt sygehusene af Arbejdstilsynet.

Sygeplejersken har fået aktindsigt i de myndighedskrav fra Arbejdstilsynet, som de danske regioner fra 2007 har fået ansvaret for at leve op til. Tilsynet har pålagt landets sygehuse godt 400 påbud om alt fra rådne faldstammer til trange pladsforhold. Dem har hospitalerne en pligt til at udbedre. Hvis de ikke opfylder kravene, bliver de afkrævet bøder (se boks).

Et af de store problemer er, at toiletter, baderum og sengestuer er for små. Der er simpelthen ikke plads nok til at udføre behandling og pleje i ordentlige arbejdsstillinger, og det medfører risiko for arbejdsskader blandt personalet.

"Konsekvenserne af Arbejdstilsynets påbud er en bombe under det danske sygehusvæsen," advarer sikkerheds- og arbejdsmiljøchef på Odense Universitets-hospital (OUH) *Ebbe Madsen*. Alene på OUH skønner han, at påbuddene vil kræve en investering på omkring 1 mia. kr.

Op problemerne med nedslidte og utidssvarende hospitalsbygninger er landsdækkende, anfører arkitekt *Finn Sørensen*, der er en af landets førende arkitekter inden for hospitalsbyggeri og har fulgt området tæt i 30 år.

"Bredt over landet er bygningsmassen langt bagefter sygehusenes standard i f.eks. Sverige og Norge. Et af de største problemer er de alt for snævre pladsforhold. For personalet er bygningerne ikke rimelige at arbejde i, og de er ikke indrettet efter de krav, som dagens patienter stiller," siger Finn Sørensen.

Prisen for at skabe ordentlig plads på

sengestuerne på landsplan vil sandsynligvis løbe op i 10 mia. kr. Det vurderer flere kilder, *Sygeplejersken* har talt med.

"Det beløb kan regionerne under ingen omstændigheder betale, medmindre de får

"De gamle huse kan simpelthen ikke det, de skal. Rammerne passer ikke til moderne sygehusdrift."

Jens Sonne, sikkerhedschef, Århus Sygehus

ekstra bevillinger fra regeringen," siger *Ebbe Madsen*.

Økonomidirektør i Region Hovedstaden, *Peter Mandrup Jensen*, bekræfter, at der er en stor regning på vej.

"Over de kommende år vil der være et betydeligt større krav til anlægsinveste-

ringer for at leve op til målet om at få en tidssvarende standard. Der er mange steder, hvor vi ikke har en tidssvarende standard. Det kan vi lige så godt være ærlige omkring," siger Peter Mandrup Jensen.

Regioner i økonomisk klemme

Den skrantende bygningsmasse var et af emnerne på dagsordenen under økonomi-forhandlingerne mellem amterne og staten i sommeren 2006. Her blev amternes bøn om flere penge til sygehusbygninger dog afvist af indenrigs- og sundhedsminister *Lars Løkke Rasmussen* (V).

Orla Hav (S), næstformand i Danske Regioner, sad i sin tid med ved forhandlingerne:

"Det er en underlig situation, vi er fanget i. Hvis ikke der kommer flere penge fra statens side, vil alle de bevillinger, der gives til sygehusbygninger, skulle bruges til at opfylde de krav, som staten stiller via Arbejdstilsynet," siger han. ▶

►► **PÅBUD FRA ARBEJDSILSYNET SKAL FØLGES.** Landets sygehuse har tilsammen fået mere end 400 påbud af Arbejdstilsynet. Påbuddene er givet i 2004 og 2005.

Ifølge Arbejdsmiljøloven har sygehusene pligt til at følge Arbejdstilsynets påbud.

Straffen for ikke at leve op til et påbud fra Arbejdstilsynet er bøde. Bøderne ligger typisk på 10.000 eller 20.000 kr. De kan forhøjes med 5.000 kr., hvis der er skærpende omstændigheder.

Med hvert påbud følger en tidsfrist, som er fastsat af Arbejdstilsynet. Fristen lyder sædvanligvis på 3-6 måneder. Men den kan være på helt op til 3-4 år, hvis påbuddet kræver voldsomme investeringer, eller hvis det er store anlæg, der skal bygges om.

En virksomhed kan søge Arbejdstilsynet om fristforlængelse, hvis den ikke umiddelbart kan udbedre forholdene. Tilsynet ser så på de konkrete forhold og argumenter og er så vidt muligt imødekommende. Virksomheden har dog stadig pligt til at finde en midlertidig løsning.

Pengemangel accepteres ikke som begrundelse for at forlænge en frist.

Centerchef i Arbejdstilsynet *Jan Saron* oplyser:

"Der skal være en saglig grund til at søge om forlængelse af fristen. F.eks. at der er komplikationer ved store bygningsmæssige ændringer. Men man kan ikke bare sige, at man mangler pengene."

under sundhedsvæsenet

►► **PÅBUDSJUNGLEN.** Arbejdstilsynet har tildelt amtssygehusene en række påbud om alt fra pladsmangel og utætte vinduer til unødige støjgener og passiv rygning. Netop nu kæmper de nye regioner for at bringe forholdene i orden. Påbud som eksempelvis:

- Personalet udsættes for risiko ved arbejde med det kræftfremkaldende stof formaldehyd (Amager Hospital).
- Påbud om arbejdsstillingerne i forbindelse med håndtering af affaldssække og håndtering af linnedssække (Korsør Sygehus).
- Ulykkesrisiko, der er forbundet med manuel håndtering af sengeborde med påmonterede fjernsyn (Haderslev Sygehus).
- Påbud for håndtering af træk og skub på stejl rampe (Erichsens Privathospital i Charlottenlund).
- Påbud om arbejdsstillingerne ved sengeredning samt nedstyrtningsfare ved adgangsvej til kælder (Medicinsk Center Holbæk Sygehus).
- Træk og kulde ved sekretærkontorerne (Odder Sygehus).
- Fysisk belastning i forbindelse med plejearbejde på sengestuer (Horsens Sygehus).
- Psykiske og ergonomiske belastninger som følge af én af afdelingernes fysiske rammer (Århus Sygehus).

Kilde: Sygeplejerskens aktindsigt i Arbejdstilsynets oversigt over påbud til de danske sygehuse.



►► **ØKONOMISK TRÆNGTE REGIONER.** Danske Regioner har ikke noget samlet overblik over de økonomiske konsekvenser af den omfattende renovering, som sygehusene er blevet pålagt af Arbejdstilsynet. Men én ting er sikker: Regionerne må klare udgifterne inden for den ramme på 1,8 mia. kr., der er aftalt mellem regeringen og Danske Regioner for 2007.

For Region Sjælland er rammen i 2007 på 100 mio. kr., og sundhedsdirektør *Flemming Nielsen* vil endnu ikke vurdere, hvorvidt det beløb er tilstrækkeligt. Men noget kunne tyde på, at beløbet er lavt sat – de tre amter, der udgør Region Sjælland, brugte nemlig alene i 2005 det tredobbelte på sygehusanlæg, viser tal fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Samlet set har amterne over de seneste 10 år i gennemsnit brugt godt 1,4 mia. kr. årligt på nyanlæg, vedligeholdelse og renovering af sygehusbyggeriet. I 1995 blev der på landsplan brugt 1,16 mia. kr. på sygehusanlæg, mens der i 2005 blev brugt 1,8 mia. kr.



► Orla Hav forudser, at det kan blive svært at finde politisk vilje til at rette op på problemerne.

”Bygninger er ikke det, der fylder i mediebilledet i forhold til emner som kræftbehandling. Jeg tror da godt, politikerne på Christiansborg er klar over problematikken. Men den er besværlig, fordi det koster mange penge at rette op på dårlige bygninger,” siger han.

Regeringens støtteparti, Dansk Folkeparti, medgiver, at det kan blive svært at finde opbakning på Christiansborg til yderligere økonomiske bevillinger.

”Hvis de fysiske rammer på sygehusene ikke er i orden, er det regionernes ansvar at finde en løsning. De må bide i det sure æble,” siger *Birthe Skaarup* (DF), formand for Sundhedsudvalget i Folketinget.

Utætte vinduer nedprioriteret

Sygeplejerskens aktindsigt i Arbejdstilsynets rapporter viser, at en række store sygehuse i bl.a. Odense, Sønderjylland og Århus står foran omfattende renoveringer, hvis de overhovedet skal kunne opfylde Arbejdstilsynets krav.

”Bygningsmassen er utidssvarende. De gamle huse kan simpelthen ikke det, de skal. Rammerne passer ikke til moderne sygehusdrift,” siger *Jens Sonne*, der er sikkerhedschef på Århus Sygehus, som har fået mere end 100 påbud fra Arbejdstilsynet. Og Århus Sygehus er ikke det eneste hospital i regionen, der har problemer. På Skejby Sygehus, der er bygget i firserne, skal den højtspecialiserede intensivafdeling bygges om for at leve op til Arbejdstilsynets krav om mere plads på sengestuerne.

Jens Sonne vurderer, at det vil koste Århus Sygehus 25-40 mio. kr. at indfri Arbejdstilsynets påbud. For at leve op til lo-

vens bogstav bliver andre problemer nedprioriteret. F.eks. er vinduerne på Århus Sygehus så utætte, at personalet på flere afdelinger må lægge håndklæder omkring vinduesrammerne for at forhindre træk.

”Det vil være for dyrt at prioritere vinduerne set i forhold til, at Århus Sygehus på længere sigt skal nedlægges og flyttes ud,” siger Jens Sonne og henviser til, at alle sygehuse i Århus i løbet af en 10-årig periode rykker ud til et helt nybygget hospital i Skejby.

Pengene slår ikke til

Danske Regioner har ikke dannet sig noget samlet overblik over, hvor mange penge det vil koste at bringe sygehusene i en stand, så de opfylder lovens krav. Kun Region Syd har lavet et samlet overslag. Det viser, at der i løbet af 10 år skal investeres 5,4 mia. i renoveringer. Penge, som den nydannede region ikke har.

På Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg skal der f.eks. udvides for at skaffe mere plads

”Hvis de fysiske rammer på sygehusene ikke er i orden, er det regionernes ansvar at finde en løsning.”

Birthe Skaarup (DF), formand for Sundhedsudvalget.

rundt om 272 senge inden juli 2007 for at opfylde Arbejdstilsynets påbud. Omlægningen vil koste mindst 120 mio. kr.

Niels Andersen, ekspeditionssekretær på Esbjerg Sygehus, siger:

”Vi har Arbejdstilsynet hængende over hovedet, så der skal ske noget. Tiden og udviklingen er løbet fra de gamle bygning-

er, men spørgsmålet er, hvor pengene til at lave dem om skal komme fra.”

Ud over Odense Universitetshospital og Esbjerg Sygehus står også Kolding Sygehus, Fredericia Sygehus, Sønderborg Sygehus og Haderslev Sygehus foran omfattende renoveringer. Så de 377 mio. kr., som Region Syd har afsat til renovering og vedligeholdelse af hospitaler i 2007, er slet ikke tilstrækkeligt, siger fuldmægtig i Region Syd *Martin Grum-Nymann*.

”De penge, der er afsat, rækker kun til at iværksætte projekter, som sigter på at leve op til de myndighedskrav og påbud, sygehusene har fået. Vi har været nødt til at nedprioritere andre projekter, som f.eks. renovering af elevatorer, nødelværker, indeklima og nedslidte afdelinger, hvor der ikke har været direkte påbud om at gøre noget,” siger Martin Grum-Nymann og tilføjer:

”Men vi kan ikke udskyde projekterne i det uendelige, for så ender vi jo bare med også at få Arbejdstilsynets påbud for det.”

Det har ikke været muligt at få en kommentar fra indenrigs- og sundhedsministeren inden redaktionens deadline. I dette nummer af Sygeplejersken findes imidlertid et interview med ministeren. Redaktionen gør opmærksom på, at interviewet er foretaget før færdiggørelsen af dette tema.

bso@dsr.dk, lha@dsr.dk, kbc@dsr.dk

”De er ligeglade med personalet”

Politisk svigt. Jeg er 50 år og kan ikke holde til de dårlige arbejdsstillinger på en trang sengestue, fortæller sygeplejerske fra Esbjerg.

Når sygeplejerske *Helle Mehlsen* er i sving på Medicinsk afdeling på Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg, må hun sno sig i de mest akrobatiske stillinger og forcere rollatorer for at hjælpe de ældre medicinske patienter og komme til iltapparater og stikkontakter på de trange sengestuer. Ofte går hun hjem med ondt i ryggen.

Der mangler maling på væggene, lofterne er hullede, og et af afdelingens badeværelser er blevet lukket på grund af mug fra en utæt faldstamme.

Som sygeplejerske og tillidsrepræsentant mærker Helle Mehlsen, hvad det vil sige at arbejde på en nedslidt hospitalsafdeling, der har fået Arbejdstilsynets påbud, fordi badeværelser og sengestuer er for små.

”Den gamle hovedbygning er utidssva-

rende og meget uhensigtsmæssig for personalet, da patienterne bliver mere og mere plejekrævende, og der ikke altid er plads til hjælpemidler. Det er dybt frustrerende for os, der arbejder i hospitalets gamle bygninger, at personalets arbejdsvilkår og de gamle medicinske patienters forhold prioriteres så lavt. I sidste ende går det ud over patienterne,” siger Helle Mehlsen.

Politikere lader stå til

Forleden var hun ved at falde over fem rollatorer, der stod bunket sammen på en trang sengestue.

”Jeg er 50 år, og jeg kan ikke holde til de løft og uhensigtsmæssige arbejdsstillinger, som hele tiden opstår på grund af den snævre plads. Der er mange, der ligesom

mig går rundt med dårlig ryg. Der er bevilget penge til den gamle bygning, som jeg arbejder i. Men det er et langsigtet projekt, og jeg føler, det kommer for sent,” siger Helle Mehlsen.

Hun mener, at den manglende udbygning og vedligeholdelse af den gamle hovedbygning på Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg er udtryk for politisk svigt.

”Politikerne skal vælges for fire år ad gangen, og derfor tænker de på det, der er *in* i debatten, og det er behandlingen. Men de lader stå til med hensyn til bygninger. De prioriterer hele tiden at få flere patienter igennem systemet, men de er ligeglade med personalet og deres arbejdsforhold.”

bs@dsr.dk

Regionernes førstemand

Milliarder skal redde de syge huse

Byg nyt. Gamle sygehuse skal nedlægges og nye bygges op. I det hele taget er det nødvendigt med en omfattende oprustning af de danske sygehuse, lyder det fra formanden for Danske Regioner, Bent Hansen.

Danske sygehuse er ofte mellem 50 og 100 år gamle, og deres indretning opfylder slet ikke kravene til moderne behandling. Derfor skal de nye regioner i løbet af de kommende fem år investere et større milliardbeløb i at modernisere den danske sygehuspark. Flere steder i landet vil det blive nødvendigt at nedlægge gamle bygninger og i stedet bygge nyt.

Sådan lyder meldingen fra formanden for Danske Regioner, *Bent Hansen* (S).

Han bebuder, at en modernisering af sygehuse får topprioritet, når de nye regioner i sommeren 2007 indleder økonomiforhandlinger med regeringen.

”Dagens sygehuse er bygget i en tid, hvor det vigtigste var, at patienterne skulle opbevares i deres senge i 15-20 dage. I dag er patienterne indlagt meget kortere tid, og en

stor del af behandlingen foregår ambulant. Samtidig har patienternes krav ændret sig. De ønsker ikke at ligge på seksmandsstuer. Hvis vi skal have et sundhedsvæsen i verdensklasse, er vi nødt til at ændre rammerne på hospitalerne, så de passer til virkeligheden,” siger Bent Hansen.

Alle vil bygge nyt

Han vil ikke sætte tal på, hvor mange penge der skal bruges til at modernisere sygehuse, men vurderer, at der bliver tale om ”et anseeligt milliardbeløb.” Bent Hansen mener, at finansieringen til dels kan klares ved, at sygehuse optager lån. Regionernes førstemand understreger, at sygehusbygningerne først kan gå i gang, når den endelige fordeling af specialer er på plads i de nye regioner efter udgangen af 2007.

”Jeg håber, der bliver rum for den langsigtede sygehusplanlægning fra 2008 til 2012, så vi får en fireårig anlægsramme af en anseelig størrelse for at kunne opruste sygehuse, og jeg har svært ved at se argumenterne for at sige nej,” siger han.

I Århus er det planen at nedlægge de gamle sygehuse og samle behandlingen på et nyt stort sygehus i Skejby. Bent Hansen forudser, at flere regioner vil følge trop og sløjfe gamle sygehusbygninger.

”Der er ingen tvivl om, at enhver politiker på sygehusområdet gerne vil bygge nyt. Strukturreformen giver os chancen, fordi vi skal samle en lang række funktioner i sygehusvæsenet,” siger Bent Hansen.

bs@dsr.dk

Sygeplejerskerne bakser med at få teknisk udstyr, intensivpatient og personale til at gå op i en højere enhed på en alt for lille sengestue på Århus Sygehus.



”Vi slår knuder på os selv”

Forhindringsløb. Forslåede tæer, forstrakte arme og fald er dagligdag for sygeplejerskerne på Intensivt terapiafsnit på Århus Sygehus.

”Der skal jo egentlig ikke stå noget på gangen,” siger intensivsygeplejerske på Århus Sygehus, *Kirsten Hansen*, undskyldende. Hun viser rundt på Intensivt terapiafsnit, ITA, der har plads til 12 patienter. Gangen er proppet langs hele den venstre væg med stole, rulleborde, skraldespande, udstyr og tomme senge. De op-hobede genstande burde stå på stuerne eller i depotet, men hver en kvadratmeter på afdelingen er i forvejen udnyttet til bripunktet.

Det kaotiske gangareal står i skærende kontrast til ITA’s søsterafdeling NIA, modtagelsesområdet på sygehusets nyrenoverede neurokirurgiske intensivafdeling. Her venter en pårørende roligt i de bløde stole, der er placeret i et kvadrat om

et sofabord ved indgangen til det rummelige sengeafsnit.

Sygeplejerske *Leo Padkær* tager smilende imod. ”Sammenlignet med det gamle bras, vi gik rundt i før, så har vi fået meget bedre arbejdsvilkår,” siger Leo Padkær og uddyber: ”Før fik vi mange små knubs, men det er stort set væk nu.”

”Vi kanter os omkring sengene. Vi skal hele tiden passe på, at vi ikke rykker i en slange eller en ledning.”

De små knubs kender man stadig til på ITA. Her døjer personalet med pladsmangel på sengestuerne. Faktisk er pladsen så trang, at afdelingen har fået et påbud af Arbejdstilsynet, der i april 2005 vurderede, at ”pladsforholdene [...] indebærer risiko for, at de ansatte på kort eller lang sigt udsættes for sundhedsskade.” Den vurdering kan sygeplejerske *Mette Ramskov-Bæk* nikke genkendende til. Hun fik i september en arbejdsskade.

Forvred sin albue

Mette Ramskov-Bæk skulle flytte en patient længere op i sengen, så han bedre kunne få luft ned i lungerne. Som vanligt var det problematisk at komme ordentlig til, fordi sengen ikke kunne flyttes ud fra væggen.

"I stedet for at bruge hele kroppen brugte jeg armene og ryggen til at hive med. Så snublede jeg i en ledning og forvred min albue," fortæller Mette Ramskov-Bæk.

Episoden har medført, at Mette i dag ikke kan løfte patienter.

"Jeg bliver træt af, at forholdene ikke er bedre. Vi har mange sygemeldinger på grund af dem. F.eks. snublede en kollega forleden i ledningerne og forstuede hånden. Man kan godt længes efter de forhold, de har fået på NIA," siger hun.

Netop på NIA blev der i 2001, efter en gennemtænkt ombygningsproces, hvor sygeplejerskerne var aktivt involverede, skabt bedre plads på sengestuerne og i forkontoret. Ledninger og teknisk udstyr blev hængt op i flytbare søjler i loftet, som med et let puf kan svinges væk, mens der arbejdes ved sengen. Derved undgår personalet at falde i ledninger, vride sig efter udstyret eller evindeligt at flytte rundt på borde og tekniske remedier.

Ombygning koster millioner

I alt har ombygningen af NIA, en afdeling med 12 sengepladser, kostet 26 mio. kr., men personalet mener, at det er alle pengene værd.

"Selve ombygningsperioden var rædselsfuld. Der var støv, larm og stress. Men



"Man skal have et øje på hver finger. Det har indflydelse på stress-niveauet."

►► DEN GODE SENGESTUE

Vejle Amts Center for Kommunikation udgav i 2003 pjecen "Den Gode Sengestue," som Arbejdstilsynet anbefaler som vejledning for ombygning af sengestuer på landets sygehuse. Her karakteriseres den gode sengestue bl.a. ved at have:

- en indretning til en eller to patienter,
- en indretning, så der kan ydes såvel stående som siddende pleje og nogen grad af træning ved seng, lænestol, spisebordsstol og kørestol,
- en indretning, så der kan laves manuel forflytning,
- plads til at komme rundt med toilet-/badestole, transportbære og diverse vogne,
- mindst 75 cm friplads på begge sider af hospitalssenge med loftslift,
- mindst 100 cm friplads på begge sider af hospitalssenge uden loftslift,
- gode forhold mht. ventilation, varme, lys, kald, alarm og hygiejne,
- gode kommunikationsforhold for patienten vha. telefon, radio, tv, video, pc-stik og internet-adgang,
- mulighed for diskretion og "privatliv."

Pjecen kan downloades på www.sundhed.dk (skriv "Den Gode Sengestue" i søgefeltet).

Sygeplejerske Mette Ramskov-Bæk fik sidste år en arbejdsskade i form af en forvredet albue pga. de trange forhold på afdelingen.

nu er vi glade for det, og det var det hele værd," siger sygeplejerske Leo Padkær.

På det urenoverede ITA drømmer man om samme rummelige forhold til patienterne og ikke mindst til de godt 100 medarbejdere, der er ansat i afdelingens plejegruppe. De små sengestuer og de mange tekniske apparater til de intensive patienter giver pladsproblemer.

"Vi kanter os omkring sengene. Vi skal hele tiden passe på, at vi ikke rykker i en slange eller en ledning," siger sygeplejerske og sikkerhedsrepræsentant, Kirsten Hansen, og tilføjer: "Personalet slår faktisk knuder på sig selv for at gøre det godt for patienter og pårørende. Men det slider på os, når de fysiske rammer ikke er optimale."

Og den betragtning er Arbejdstilsynet enig i.

"De trange pladsforhold indebærer, at de ansatte udsættes for unødige skub og træk af senge, undersøgelsesapparater, rulleborde, stole m.m. Belastninger på muskler og led hænger bl.a. sammen med arbejde i lange rækkeafstande samtidig med foroverbøjning, sidebøjning og vrid i krop og ryg," noteres det i tilsynsrapporten.

Stressniveau hæves

Konsekvensen af de dårlige fysiske rammer på afdelingen er ikke alene skader, uheld og sygefravær. Også stressniveauet blandt de ansatte øges.

"Det er et ekstra pres i dagligdagen, at man hele tiden skal have et øje på hver finger. Det har indflydelse på stressniveauet," fortæller sygeplejerske Kirsten Hansen.

Men med Arbejdstilsynets påbud er Århus Sygehus tvunget til at udbedre problemerne. Sygehuset har dog fået udskudt tidsfristen frem til 1. maj 2008, men inden da skal sengestuerne være udbygget, så der er plads til både patienter, udstyr og ansatte. En ombygning, som sikkerhedschef på Århus Sygehus, Jens Sonne, vurderer vil koste godt 16 mio. kr.

På ITA glæder de ansatte sig til, at der bliver bygget om. Som sygeplejerske Kirsten Hansen siger, så bliver det godt at få problemerne løst.

Penge ud ad vinduet? Danske sygehuse står til renovering for milliarder. Men eksperter mener, at der kan spares mange penge ved at rive bygningerne ned og bygge nyt.

Jævn det med jorden

Bygningerne bugter sig som en ujævn bjergkæde af røde, brune og grå nuancer langs Sdr. Boulevard i Odense. Én af Universitetshospitalets ældste bygninger, et rødt murstenshus med sprossede vinduer og rødt tegltag fra 1912, spejler sin facade i sygehusets nyeste tilbygning fra 1997,

Patienthotellet, der som en massiv klippe af glas sender solens stråler mod sygehusets midte, højhuset fra 1960.

Centerchef *Lars Pilekjær* fra Odense Universitetshospital erkender, at den brogede bygningsmasse slet ikke opfylder de krav, som sundhedsvæsnets rivende tek-

nologiske udvikling stiller til moderne og effektiv patientbehandling.

”Logistikken på OUH er ikke optimal, fordi bygningerne er baseret på knopskydning. Der er alt for lidt plads på sengestuerne. Det gør det svært at skabe de rammer til patienterne, som man stiller krav om i dag. Samtidig bruger patienter og personale meget tid på transport, fordi afdelingerne ligger uhensigtsmæssigt i forhold til hinanden,” uddyber centerchefen.

De problemer, Odense Universitetshospital slås med, er landsdækkende. Det vurderer arkitekt *Finn Sørensen* fra Creo Arkitekter A/S, der bl.a. har stået for opførelsen af Rigshospitalet og Odense Universitetshospital.

”Meget få hospitaler er planlagt til dagens sygehusdrift, og det giver et spild i

►► SKEJBY TRUER MED MINDRE BEHANDLING. På Skejby Sygehus har Arbejdstilsynet fundet anledning til at give et påbud for pladsforholdene på sengestuerne på Intensivafdeling I. Tilsynet vurderer, at der er risiko for, at de ansatte udsættes for sundhedsskade, arbejdsulykker og i det hele taget uhensigtsmæssige arbejdsstillinger. Sygehuset er ikke tilfreds med påbuddet, der ifølge Skejby indebærer enten en ombygning af afdelingen eller reduktion af det antal patienter, der kan behandles på afdelingen med minimum 30 pct. Indvendingerne gør dog ikke indtryk på Arbejdstilsynet, der fastholder, at påbuddet skal efterkommes inden den 1. november 2008.

►► DÅRLIG INDRETNING GIVER MERE TRANSPORT. På grund af uhensigtsmæssige fysiske rammer på hospitalet bliver patienter ofte transporteret 3-6 gange i løbet af et 4-5-dages ophold på hospitalet.

Det resulterer ifølge en ny amerikansk undersøgelse fra The Center for Health Design i:

- øgede udgifter
- ringere kvalitet i patientplejen
- mindre patienttilfredshed
- fejl i behandlingen
- spildtid for personalet
- lavere effektivitet i behandlingen.

Læs mere på www.healthdesign.org

”Sengestuer, toiletter og skyllerum er for små.”

driften, som koster penge. Sengestuer, toiletter og skyllerum er for små. Samtidig er logistikken mange steder bygget op, så personalet skal gå meget langt. Det giver et stort produktionstab. Det rammer patienterne og giver personalet dårligt arbejdsmiljø,” siger Finn Sørensen. Han henviser til en amerikansk undersøgelse, som har ligget til grund for opførelsen af det nye Rikshospitalet i Oslo.

Af Katrine Birkedal Christensen, Britta Søndergaard og Lotte Havemann, journalister

Foto: Simon Knudsen



Den dokumenterer, at det giver et tab i sygehusproduktionen på mellem 35 og 40 pct., hvis ikke bygningerne opdateres, så de passer til nye behandlinger og arbejdsgange.

Penge at spare

Ifølge Finn Sørensen er et af problemerne, at sundhedsvæsnets i årevis har lappet videre på utidssvarende sygehusbygninger i stedet for at bygge nyt.

”Amterne har ikke sejlet i penge. Derfor har man ikke turdet analysere, hvad det vil koste at bygge nyt. Det har mange steder medført relativt store investeringer, uden at man tilsvarende har opnået driftsbesparselser ved at vaske tavlen ren,” siger Finn Sørensen.

Også centerchef Lars Pilekjær mener, at der er brug for at bygge nyt.

”Vi skal ikke være så bange for at sanere. Det kan være økonomisk mere fordelagtigt at sanere og bygge nyt frem for at

renovere på det gamle. Jeg tror, det rent driftsøkonomisk kan vise sig at være billigere på lang sigt,” lyder det fra centerchefen på Odense Universitetshospital, der for nylig besøgte Rikshospitalet i Oslo. Det norske hospital er af internationale eksperter blevet rost til skyerne på grund af den særlige arkitektur, som tager udgangspunkt i patienternes og personalets behov. Bl.a. gennem tætte, lave bygninger med logisk placering af specialerne og store vinduer, kunst og klare farver.

I Holland, Spanien, Norge og Sverige

”Vi skal ikke være så bange for at sanere. Det kan være økonomisk mere fordelagtigt at bygge nyt frem for at renovere på det gamle.”

”I udlandet har politikerne taget anderledes radikalt fat.”

har politikerne taget anderledes radikalt fat og nedlagt hospitaler i stedet for at lappe videre på de gamle. F.eks. er svenskerne i øjeblikket ved at bygge et helt nyt og meget ambitiøst rigshospital til 8 mia. kr. i Stockholm.

Finn Sørensen kan kun få øje på ét lyspunkt i større sygehusbyggeri herhjemme:

”Det eneste tegn i den retning herhjemme er Skejby Sygehus, der skal afløse Århus Sygehus. Specielt i hovedstaden bør man vende skråen rigtigt og overveje at nedlægge nogle af de gamle sygehuse i forbindelse med dannelsen af den nye region.”

kbc@dsr.dk, bso@dsr.dk, lha@dsr.dk

Patientsikkerhed. Som områdeleder på et plejehjem oplevede sygeplejerske Pernille Weiss Terkildsen, hvordan beboerne blev gladere, og personalet blev mere engageret, da de triste bygninger blev shinet op. Pernille Weiss Terkildsen, der i dag er konsulent i et arkitektfirma, peger på, at velindrettede hospitaler kan redde liv.

Gode bygninger kan redde liv

Taget var fladt, gangarealerne rodede, væggene trængte til maling, og gardinerne var slidte.

Sådan var de ydre rammer på det plejehjem, hvor sygeplejerske *Pernille Weiss Terkildsen* var ansat som leder i begyndelsen af 90'erne.

Men som nybagt områdeleder satte Pernille Weiss Terkildsen sig for at give de triste omgivelser et pift. Gennem kommunens jobbutik fik plejehjemmet ansat en medhjælper, der gik i gang med at male og rydde op. Samtidig blev de ansatte inddraget i at beslutte, hvordan deres arbejdsplads skulle se ud.

Indsatsen bar frugt. Beboerne blev gladere, de pårørende langt mere imødekom-

mende, sygefraværet blandt personalet faldt, skyllerumssnakken forstummede, og pludselig begyndte nattevagterne at rydde op.

”Det var en kæmpe aha-oplevelse at finde ud af, hvor meget de fysiske rammer påvirkede arbejdsmiljøet for de ansatte og forholdene for de ældre og de pårørende,” fortæller Pernille Weiss Terkildsen, der i dag er leder af sundhedsafdelingen i arkitektfirmaet Arkitema. Erfaringerne

”Glatte gulve og dårlig belysning er årsag til faldulykker.”

►► **FÆRRE INFEKTIONER.** Den amerikanske organisation The Center for Health Design samler erfaringer fra hele verden for at dokumentere, hvad indretning af hospitaler betyder for patienternes helbredelse og personalets arbejdsmiljø. En ny amerikansk undersøgelse, der netop er blevet offentliggjort af The Center for Health Design, viser, at et godt indrettet hospital kan:

- reducere antallet af infektioner
- reducere antallet af fejl med 30 pct.
- nedsætte antallet af ryglidelser og arbejdsskader blandt personalet
- forbedre de ansattes mulighed for at tilpasse sig natarbejde
- nedsætte stress forårsaget af støj.

Læs mere på www.healthdesign.org

►► **BLÅ BOG.** Pernille Weiss Terkildsen er 39 år, uddannet sygeplejerske og leder af sundhedsafdelingen i Arkitema. Pernille Weiss Terkildsen er cand.scient.san. (sundhedsfaglig kandidat) fra Odense Universitet i 2004 og har været amtsrådsmedlem i Fyns Amt fra 1998-2004.



►► **SYGEPLEJERSKER GÅR OG GÅR.** En amerikansk undersøgelse viser, at sygeplejersker tilbringer op mod en tredjedel af deres tid med at gå mellem forskellige enheder på hospitalet.

En hensigtsmæssig indretning af hospitalet kan:

- reducere antallet af timer, som bruges på personalets transport
- og dermed give mere tid til patienterne
- mindre træthed blandt personalet og
- bedre kommunikation med kollegerne.

Læs mere på www.healthdesign.org

fra plejehjemmet betød, at hun satte sig for at undersøge, hvordan arkitektur og design påvirker patienters sygehusophold i forbindelse med sin uddannelse som cand.scient.san.

Fluen på væggen

I undersøgelsen, der er den første af sin art herhjemme og om kort tid udkommer som bog, var hun fluen på væggen på en medicinsk afdeling. Her var hovedproblemet for både patienter og personale den alt for trange plads. Både på stuerne, på gangene, i medicin- og skyllerum, og når der skulle føres private samtaler med patienterne.

F.eks. oplevede Pernille Weiss Terkildsen, hvordan en overlæge og en sygeplejerske førte udskrivelsessamtalen med en alkoholiker for åben dør i afdelingens opholdsstue.

”Generelt er de fysiske rammer på danske hospitaler under al kritik. Et af skræmmeksemplerne er hospitalets forhold. Typisk er det her, man stuver alle de langtidssyge hen, for der har de da noget at lave. Det er også her, rygerne samles. Det betyder, at patienterne i forhallen er udstillet som kronikere eller som rygere. Og det giver en stigmatisering, hvor syge mennesker, som ikke udstråler, at de har

en sund livsstil, er udstillet til skræk og advarsel for alle os andre. Det giver et billede af sundhedsvæsenet som dér, hvor kun de dårligste befinder sig,” siger Pernille Weiss Terkildsen.

Liv og penge

Pernille Weiss Terkildsen mener slet ikke, at det danske sundhedsvæsen har

”Flere amerikanske undersøgelser viser, at en stor del af de fejl og utilsigtede hændelser, som sker på sygehusene, skyldes den fysiske indretning.”

haft nok øje for, hvordan en god indretning af hospitaler kan spare liv og penge og sikre et ordentligt arbejdsmiljø for personalet.

”Flere amerikanske undersøgelser viser, at en stor del af de fejl og utilsigtede hændelser, som sker på sygehusene, skyldes den fysiske indretning. F.eks. kan dårlige lysforhold og for meget støj stresser personalet, så medicinen bliver hældt forkert op. Glatte gulve og dårlig belysning er også årsag til faldulykker i forbindelse med genoptræning. Samtidig betyder gode fysiske rammer et bedre arbejdsmiljø for personalet og dermed et mere effektivt og vel-

fungerende sundhedsvæsen,” siger Pernille Weiss Terkildsen.

Politikere har sovet i timen

Hun henviser til en amerikansk undersøgelse blandt nyopererede galdepatienter. Den viser, at patienter, der kigger ud ad et vindue, bliver hurtigere udskrevet end patienter, som kigger ind mod en mur.

”De fysiske rammer er afgørende for, om patienterne på en medicinsk afdeling får den rigtige genoptræning. Og indretningen har også stor betydning for samtaler med svært syge mennesker. Hvis samtalen mellem lægen og en kræftpatient foregår på det sted, hvor patienten bliver distraheret, så husker vedkommende ikke at spørge om det vigtige,” siger Pernille Weiss Terkildsen og fortsætter:

”Danske politikere har sovet tornerose-søvn. De har slet ikke interesseret sig nok for bygningernes betydning for patienter og personale, men har tænkt alt for snævert på behandlingen. Og det på trods af at udenlandske undersøgelser viser, at bygningerne har stor betydning for, hvor hurtigt patienterne kommer sig, og for, hvor effektivt personalet arbejder.”

bs@dsr.dk

►► FEJL FOREGÅR I MØRKE

De fleste fejl hænger sammen med dårlige fysiske rammer.

Blandt de faktorer, der oftest fører til fejl, er:

- dårlige lysforhold
- for lidt plads
- hyppige afbrydelser
- støjende og kaotiske omgivelser.

Læs mere på www.healthdesign.org



Happy New Year. Større albuerum til lederne, resultatløn til personalet og øget opgaveglidning på tværs af faggrupper. Det er sundhedsminister Lars Løkke Rasmussens (V) nytårsforsætter for sundhedssektoren, fortæller han til Sygeplejersken.

Resultatløn til

Solen bryder igennem en børnekreation på ruden i ministerkontoret. Eneste stilbrud i et rum, hvis møbler, farver og elegant dækkede kaffebord emmer af tunge traditioner og professionalitet. Her er ingen slinger i valsen, og ministeren, der sætter sig smilende i stolen over for *Sygeplejerskens* udsendte, har trods efterårets massive kritik af kræftbehandlingen på de danske sygehuse stadig et solidt tag i sin ministerpost. En position, den tidlige-

“Sandheden er, at den offentlige sektor er præcis så god som de ansatte, der er ansat i den.”

re amtsborgmester fra Frederiksborg Amt netop har brugt til at gennemføre én af de største reformer i den offentlige sektor, kommunalreformen.

Kommunalreformen ændrer på strukturen for sundhedsvæsenet. Dels samles den specialiserede behandling, og dels decentraliseres behandlingen af bl.a. kronisk sygepatienter. Især i forhold til behandling og forebyggelse mener ministeren, at sygeplejerskerne kommer til at spille en nøglerolle i det fremtidige sundhedsvæsen.

Patienten er ikke en bil

”Hvis det skal virke, så kræver det, at der bliver fokus på nærhed, sammenhæng og forebyggelse, som er sådan nogle kodeord, jeg vil sætte på sygepleje,” forklarer ministeren og uddyber:

”Vi skal flytte fokus i sygehusvæsenet fra bare at være et serviceværksted, hvor man kører bilen hen og får den fikset, til at understøtte patienten i et langt forløb. Der ser jeg umiddelbart, at sygeplejersken har en særlig kompetence.” ▶

▶▶ **NY LØKKE-POSE TIL GODE IDEER.** Ministeren opfordrer sygeplejersker og afdelinger med gode eksempler på, hvordan man kan skabe bedre arbejds gange eller gode arbejdspladser til at synliggøre deres erfaringer.

”Der er allerede sat 100 mio. kr. af til 2007 i en pulje, som man kan søge, hvis man i et plejedistrikt i en kommune eller en hjemmesygeplejerskeordning i en kommune eller på et plejehjem i en kommune siger: Vi tror på, at hvis vi laver lidt om her, så kan livet blive bedre for os alle sammen,” fortæller *Lars Løkke Rasmussen* (V).

”Vi er som regering parat til at sige, at hvis personalet kommer med sådan nogle bud, så skal vi selvfølgelig afholde de investeringer, der skal til.”

A close-up photograph of a man with dark hair and light-colored eyes, wearing a light blue button-down shirt and a dark red and white striped tie. He has a thoughtful or stressed expression, with his right hand resting on his forehead. The background is blurred, showing a warm, indoor setting with a circular light fixture.

sygeplejersker

En del af sygeplejerskernes løn må gerne være afhængig af de resultater, man opnår på afdelingerne, mener sundhedsministeren. Det handler om at nå fælles mål og resultater. "Og hvis vi opnår dem, så skal der også være noget i det for os alle sammen," siger ministeren og fremhæver et eksempel fra Hørsholm Sygehus, hvor medarbejderne fik andel i sygehusets overskud i form af en bonuscheck til jul.

DIPLOM UDDANNELSER 2007/2008



FORKÆL DIN FAGLIGHED

Sundhedsfaglige diplomuddannelser

- Klinisk kvalitetsudvikling
- Sundhedsformidling og klinisk uddannelse
- Sundhedsfremme og forebyggelse

Pædagogiske diplomuddannelser med et sundhedsfagligt sigte

- Kost, ernæring og sundhed
- Idræt

Klinisk vejleder

- Klinisk vejlederuddannelse for undervisere på mellemlange videregående uddannelser

Læs mere om uddannelserne på
www.cvukbh.dk



Bestil det nye katalog for
diplomuddannelser 2007/2008
på telefon **3586 8510**

ministerinterview

Lars Løkke Rasmussen kan ikke se én løsning på problemet med de manglende hænder i sundhedsvæsenet. "Det er derimod 17 ting, der skal gøres.

Og ja, det er klart, det vil kræve flere penge, og det er så heller ikke det store problem."



"Jeg kunne godt ønske mig, at vi helt åbent fik en snak om,

► *Du har nævnt, at der er penge nok i kassen, og du siger, at du gerne vil have et sundhedsvæsen i verdensklasse. Det er ikke nødvendigvis den oplevelse, sygeplejersker har af sundhedsvæsenet.*

"Det er selvfølgelig lidt smart sagt, at det ikke er pengene, der er det største problem. Men det dækker jo over den realitet, at vi de næste 10 år vil opleve, at 200.000 offentligt ansatte går på pension, herunder mange sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og læger. Og der står bare ikke pr. automatik lige så mange og banker på for at komme ind. Uanset hvor mange penge jeg trækker op af et eller andet for i min jakke, så er de folk der jo ikke. Vi står i den situation, at vi ikke bare kan ansætte os ud af det. Det er vi simpelthen nødt til alle sammen at forstå."

Jamen, hvad gør man så med den mangel?

"Ja, det er et meget godt spørgsmål, som er nemmere at stille end at svare på. Det er i virkeligheden en udfordring, der rækker en del år frem, og som vi er nødt til at løse i fællesskab. Derfor skal vi gøre mange ting."

"Jeg tror selv, at en del af nøglen til det her er at få skabt bedre ledelse i den offentlige sektor på det, man kan kalde driftsniveau. Sandheden er, at den offentlige sektor er præcis så god som de ansatte, der er ansat i den. Det er jo dem, borgerne møder. På det niveau, man kan kalde driftslederniveau, f.eks. plejehjemslederne, områdesygeplejersken og afdelingssygeplejersken, tror jeg, vi har brug for nogle dygtige ledere. Nu taler jeg ikke om, at de personligt ikke er gode nok, men vi skal få skabt noget mere robusthed både uddannelsesmæssigt, men også kompetencemæssigt. Vi skal sikre, at driftslederne får større albuenum og større ansvar."

Resultatløn til sygeplejersker

Albuenummet handler bl.a. om at give lederne en bedre mulighed for at belønne de afdelinger og medarbejdere, der gør en ekstra indsats, med en økonomisk bonus.

hvorvidt vi i den offentlige sektor er gode nok til at dele de gode resultater med vores medarbejdere i form af lønfremgang. Vi kæmper sammen i et slags skæbnefællesskab for at opnå nogle resultater. Og hvis vi opnår dem, så skal der også være noget i det for os alle sammen. Der skal være forskel på at gå på arbejde og gøre det godt og gå på arbejde og gøre det gennemsnitligt."

Foruden en opgradering af ledelsen og en diskussion om mulighederne for resultatløns i den offentlige sektor mener ministeren også, at der skal være en vilje på tværs af de faglige skel til at varetage nye opgaver, hvis sundhedssektoren skal få det optimale ud af de alt for få hænder, der er til rådighed i form af forskelligt uddannet sundhedspersonale.

"Vi skal sørge for at lave opgaveglidninger mellem sygeplejerskerne og social- og

"Der skal være forskel på at gå på arbejde og gøre det godt og gå på arbejde og gøre det gennemsnitligt."

sundhedsassistenterne, og så skal de sygeplejersker, som har lyst til at være mere spidskompetente, lave ting, som måske i gamle dage var lægens opgaver. Det handler om mentalitet og holdning. Man skal have ambitioner på sit fags vegne og på egne vegne. Men der skal være en balance, hvor man skal stå meget vagt om, at man ikke kun skal søge opefter i det der kompetencehierarki."

Ministeren håber, at opgaveglidningen på tværs af faggrupperne vil sikre større smidighed.

"Det skal ikke være formkrav, der styrer løsningerne. Vi skal finde pragmatiske løsninger, men det er klart, at vi også skal stå vagt omkring kvaliteten," understreger Lars Løkke Rasmussen.

Nye vitaminer til uddannelsen

Mediestunt. Sygeplejerskeuddannelsen skal ændres efter sommerens hede debat. Men ændringerne tager ikke fat om de grundlæggende problemer, der er i den praktiske del af uddannelsen, siger uddannelsesforsker Tine Rask Eriksen. Til gengæld er en af de markante kritikere af uddannelsen, overlæge Benn Duus, glad for forslagene til ny uddannelse.

Noget så tørt som sygeplejerskeuddannelsen blev en af agurketidens store mediehistorier.

Anledningen var en rapport fra Amternes og Kommunernes Forskningsinstitut (AKF), som bl.a. konkluderede, at en stor del af de sygeplejerskestuderende forlader uddannelsen, fordi studiet er mere teoretisk, end de havde forestillet sig.

Det gav genlyd, da overlæge *Benn Duus* fra Bispebjerg Hospital fulgte op på rapporten ved at klandre de nyudklækkede sygeplejersker for ikke at kunne løse basale praktiske opgaver. Det gik heller ikke stille af i mediernes, at nogle sygeplejestuderende læser filosofier som *Foucault*.

Undervisningsminister *Bertel Haarder* (V) reagerede prompte og nedsatte et hurtigtarbejdende udvalg, der før jul præsenterede en revision af uddannelsen. Fremover oprustes det sundhedsfaglige og naturvidenskabelige område på bekostning af samfundsfag og humaniora. Den kliniske del af uddannelsen styrkes ved bl.a. at intensivere vejledningen, så de studerende fremover skal følge en erfaren sygeplejerske i klinikken. Samtidig lægges praktikken tidligere i uddannelsen.

Små ændringer

I dag karakteriserer uddannelsesforsker, *Tine Rask Eriksen*, sidste års hede debat og den efterfølgende revision af uddannelsen som "en storm i et glas vand."

"Man har justeret lidt på indholdet, men udvalget har ikke taget fat på et af de store skismaer i uddannelsen: Hvordan lærer de studerende at hjælpe syge mennesker i den praktiske virkelighed, og hvordan skal læringen foregå i en tid, hvor det, der sker i klinikken, hele tiden forandrer sig, og hvor der er stor mangel på erfarne sygeplejersker," lyder det fra *Tine Rask Eriksen*, der som lektor ved Institut for Filosofi, Pædagogik og Retorik

på Københavns Universitet har forsket i sygeplejerskeuddannelsen. Hendes forskning viser bl.a., at uddannelsen optager flere studerende med dårligere forudsætninger end tidligere.

Tine Rask Eriksen er ikke overrasket over den store politiske fokus på sygeplejerskers uddannelse. Hun henviser til, at hele uddannelsesområdet er politisk hot for regeringen, der er optaget af at sikre kvalifikationer for fremtidens arbejdskraft i en tid med globalisering.

"Samtidig var sygeplejerskerne fagforening bange for, at de fik taget professionsbacheloruddannelsen fra sig. Det fik de ikke," siger *Tine Rask Eriksen*.

En af sommerens kritiske røster, ledende overlæge *Benn Duus*, fra Ortopædkirurgisk afdeling M på Bispebjerg Hospital i København, er til gengæld meget tilfreds med de ændringer, der lægges op til i den nye uddannelse. Han fremhæver bl.a., at der lægges op til en bedre koordinering mellem sygeplejeskolerne og praktikstederne, og at der fremover bliver en fælles national studieordning, som gælder for alle studerende.

"Jeg synes, at de nye forslag til ændring af uddannelsen er et resultat, som peger fremad. Baggrunden for min kritik var, at vi oplever de færdiguddannede sygeplejersker, som har svært ved at leve op til forventningerne "ude i virkeligheden." Vi forventer naturligvis ikke, at de skal være specialister med det samme, men vi har skullet bruge mere introduktion, end hvad der burde være nødvendigt for at bringe de nyuddannede op på et basisniveau," siger *Benn Duus*.

bso@dsr.dk, sp@dsr.dk

Læs mere om uddannelsen side 26-29.

Se også, hvad Dansk Sygeplejeråd mener om sygeplejerskeuddannelsen – læs "Ansvar for faget" på side 30.



Foruroligende fund. Noget tyder på, at de sygeplejestuderendes baggrund har ændret sig væsentligt over de sidste 15 år. Det skal man huske i debatten om uddannelsen, siger uddannelses-forskeren Tine Rask Eriksen.

Studerende kommer med svagere forudsætninger

Dårligere adgangskarakterer. Flere med en familiebaggrund uden længere uddannelse. Tegn på, at nogle er ufærdige, også som personer.

Disse tankevækkende resultater har sygeplejerske og uddannelsesforsker *Tine Rask Eriksen* fundet ved at gentage en undersøgelse, hun gennemførte sidst i 80'erne.

I 1987 kortlagde og interviewede Tine Rask Eriksen to hold elever på to sygeplejerskoler til sin ph.d. I 2002 stillede hun de samme spørgsmål til 81 sygeplejestuderende på en sygeplejerskole i hovedstadsområdet.

”De studerende af i dag har en dårligere skolegang bag sig og kommer fra lavere

sociale lag end for 15 år siden,” siger hun.

”Samtidig er der sket en teoretisering af uddannelsen, hvad disse piger har dårligere forudsætninger for at indgå i. Så vi har et problem.”

Hun kan se, at hf har vundet frem som adgangsgivende eksamen på bekostning af studentereksamen, og det er især den matematiske studentereksamen, der har tabt terræn.

Hvor den største gruppe for 15 år siden kom fra mellemlagene, dvs. havde forældre med mellemlange uddannelser, så kommer næsten halvdelen i dag fra lavere mellemlag. Dvs. at deres forældre har en kort uddannelse.

Men de mere beskedne boglige forudsætninger er ikke den eneste forandring, Tine Rask Eriksen har konstateret. I undersøgelsens kvalitative del har hun fundet, at en del flere studerende i 2002 er

”Vi får et sundhedsvæsen, der i stigende grad bliver befolket af mennesker med et usikkert forhold til omverdenen.”

mere uselvstændige som personer, hvad man ikke så før.

”Nogle er mere ufærdige og er derfor så optaget af sig selv, at de kan have svært ved at skabe relationer til andre mennesker. De har ikke det, man kalder andreorientering,” forklarer hun.

Disse træk ser hun især hos den gruppe studerende, der kommer fra lavere sociale lag. De udgør 47 pct. Mens andre studerende fint lever op til billedet af de selvstændige, forhandlingskompetente unge af i dag.

”Det gør de 35 pct., der kommer fra mellemlagene. De har en utrolig omstillingsevne og kan agere i forskellige rum, fordi de kan læse koderne i rummet.

Den mindre gruppe studerende, som har en småborgerbaggrund, har heller ikke disse problemer med at skabe relationer.”

Optaget af sig selv

En større polarisering altså, hvor de studerende i 1987 var en mere ensartet gruppe. Også aldersmæssigt. I dag er de fleste meget unge, mens en tredjedel er betyde-

►► **GENTAGET UNDERSØGELSE EFTER 15 ÅR.** De to undersøgelser, som *Tine Rask Eriksen* har foretaget med 15 års mellemrum, er helt ens i metode.

I den første indgår 57 sygeplejeelever årgang 1987, i den anden 81 sygeplejeelever årgang 2002.

I de to undersøgelser er der brugt et spørgeskema til afdækning af de studerendes forudsætninger, familieforhold, skolegang, interesser mv.

Ud fra besvarelsen konstruerer Tine Rask Eriksen tre typer af studerende med forskellig social baggrund: småborger, lavere mellemlag og mellemlag. Repræsentanter for hver type er interviewet udførligt.

Den anden del af materialet er båndet klasseundervisning, i alt 29 timer.

Indsamlingen af materiale er foregået i 2002 i samarbejde med fire sygeplejelærere, og Tine Rask Eriksen har foreløbig kun publiceret en del af resultaterne og analyserne. Flere artikler er på vej. Foreløbig er kommet:

Eriksen, Tine Rask: ”Professionsbacheloruddannelsen. Akademisering: Fup eller fakta?” Dansk Pædagogisk Tidsskrift nr. 2/2004.

Eriksen, Tine Rask: ”Gendered professional identity and professional knowledge in female health education – put into perspective by follow-up study (1987-2002).” *Nora. Nordic Journal of Women's Studies*, number 1, Volume 12. Temanummer: ”Gender and health.”

► lig ældre, fra 24 til midt i 30'erne. En tredjedel har børn, hvad studerende heller ikke havde i 1987.

Hver tredje har været i gang med en anden uddannelse, før de søgte ind på sygeplejerskolen. At unge pendler fra den ene uddannelse til den anden, er dog et generelt fænomen. Ligesom det høje frafald undervejs, som er helt almindeligt på universitetsstudier.

Hvad Tine Rask Eriksen finder mere bekymrende, er, at ufærdige unge tilsyneladende er et generelt fænomen. For hendes beskrivelse bliver straks genkendt, når hun præsenterer sine resultater på andre sundhedsuddannelser.

”Det er et kæmpeproblem. Vi får et sundhedsvæsen, der i stigende grad bliver befolket af mennesker med et usikkert forhold til omverdenen,” pointerer hun.

”Man kan ikke reflektere over relationer, hvis man ikke kan etablere dem.”

”Hvis man er så optaget af, hvordan man selv fungerer, kan man ikke se andres problemer. Og det er jo det, vi skal i sundhedsvæsenet. Hjælpe andre, der er syge.”

Fordi evnen til at etablere relationer til andre mennesker er essentiel for sygeplejen, må sygeplejerskeuddannelsen være i stand til at opøve denne evne hos de studerende. Her svigter dagens sygeplejerskeuddannelse både i klasseværelset og i klinikken, konstaterer Tine Rask Eriksen.

”Man er nødt til at skabe flere identifikationsmuligheder, hvor de studerende kan lære af erfarne sygeplejersker. Man lærer jo det her ved at arbejde sammen med og se på andre, der kan.

Selvfulgelig skal sygeplejersker lære at reflektere over det, de gør. Men man kan

ikke reflektere over relationer, hvis man ikke kan etablere dem.”

Abstrakte patienter

Tine Rask Eriksen har været med til at videreuddanne de mange sygeplejelærere, da uddannelsen blev til et studium.

For hende giver det god mening, at sygeplejelærere bliver undervist i *Habermas* og *Foucault* for at forstå, hvilke vilkår sygeplejen har i et komplekst samfund.

Men det er en misforståelse, når lærerne sætter de studerende til at læse den slags teoretikere. Sygeplejelærerne skal fordøje stoffet og bruge det i deres formidling af sygepleje i klinikken og i klasserummene.

Tine Rask Eriksen er ret betænkelig ved det abstraktionsniveau, klasseundervisningen på en sygeplejerskole foregår på. Observationer i klasselokalet indgår nemlig også i den undersøgelse, hun netop har gentaget, og her har hun set en tendens til at gøre patienter til rene abstraktioner.

”Jeg har netop analyseret en time, som handlede om at trække vejret. De studerende har lavet en patientcase, men som tiden går, forsvinder beskrivelsen af patienten fuldstændig. Det bliver en diskussion af lunger, og hvordan de fungerer, men man lærer ikke at relatere sig til en syg, der lider af ikke at kunne trække vejret.”

I realiteten ved man alt for lidt om, hvordan man kan undervise i et praktisk fag som sygepleje i et klasselokale. Det er for Tine Rask Eriksen et centralt problem. Man taler om professionsbaseret – det ord står f.eks. i professionsbachelorbekendtgørelsen. Men egentlig ved ingen, hvad det vil sige. Man taler om akademisering, men rent faktisk ved ingen, hvad det er, der så skal lægges ind i uddannelsen.

”Man lærer de studerende at tale om patienterne i stedet for at gøre noget med

patienterne. Men det kan ikke nytte, at man ikke kan håndtere en patient. Jeg er ked af, at det er læger, der siger det, men jeg er fuldstændig enig,” siger Tine Rask Eriksen med henvisning de udtalelser, der startede debatten.

Et praktisk fag

Hun vender gentagne gange tilbage til, at man må give de studerende identifikationsmuligheder, både i skolen og i praktikken.

”Sygeplejeviden er ikke en teoretisk viden, som Habermas kan give de studerende indsigt i. Sygeplejeviden er en erfaringsbaseret viden, som man kun kan erhverve ved at identificere sig med erfarne mestre.

Men i de timer, jeg analyserer, siger sygeplejelærerne næsten ingenting. Det er, som om de ikke er til stede i rummet, de har intet budskab.”

At de sygeplejestuderende ikke må bruges som arbejdskraft i deres praktikperioder, betragter Tine Rask Eriksen som en total misforståelse.

”De studerende skal arbejde i praktikken, og de skal deltage i vagterne. Man kan ikke studere praksis, for så får man et distanceret forhold til den.

De studerende skal lære, hvad det vil sige at relatere sig til et andet menneske, og hvad det vil sige, at det andet menneske er sygt og lidende og er gammelt og lugter.

Et af problemerne med de unge piger er jo, at de har det svært med relationerne til de syge. Hvis man i den relation, der i forvejen er vanskelig, sætter de unge til at reflektere over, hvad Habermas eller *Løgstrup* ville sige om dette møde, så bliver afstanden til de syge endnu større.”

►► **TINE RASK ERIKSEN.** Sygeplejerske, mag.art. og ph.d. i pædagogik. Har arbejdet som sygeplejerske, været sygeplejelærer og lærer på Danmarks Sygeplejerskehøjskole. Er i dag lektor ved Københavns Universitet.

Hun har været med til at udvikle en række sundhedsuddannelser, bl.a. cand.cur.-uddannelsen, hvor hun var studieleder i fem år, og uddannelsen master i professionsudvikling, som hun er leder af.

Har forsket i uddannelse, køn, omsorg og relationer til kræftpatienter.

Sidder i bedømmelseskomiteer for flere videnskabelige tidsskrifter, er medlem af bedømmelsespanelet for Sygeplejerskens videnskabelige artikler.



”Lagde vi i vores behandlingssystem en smule mere vægt på mennesket med sygdommen end sygdommen i mennesket, vil vi se patienter, der hurtigere finder vej tilbage til samfundet,” lyder et af budskaberne fra Jeanette B.L. Knox, der er uddannet filosof og medlem af Dansk Selskab for Praktisk Filosofi.

Af Britta Søndergaard, journalist

Etik. Den nye sygeplejerskeuddannelse nedprioriterer filosofierne. Filosofen Jeanette Knox foreslår derfor, at sygeplejersker tilbydes efteruddannelseskurser i håndteringen af etiske og eksistentielle spørgsmål.



FOTO: HEINE PEDERSEN

Foucault og Kant kan stadig ikke undværes

En uheldredeligt syg kvinde, der var indlagt på et hospital i USA, ønskede at få den ud-sigtsløse behandling stoppet. Men hun blev påvirket af sin mand, og han pressede på, for at lægerne skulle fortsætte.

Sagen var et etisk dilemma for personalet, og de fik derfor mulighed for at drøfte forløbet i hospitalets etiske komité. På mødet blev det besluttet at tage en samtale med kvinden i en rum uden mandens indblanding.

Mag.art. i filosofi *Jeanette B.L. Knox*, der er bestyrelsesmedlem i Dansk Selskab for Filosofisk Praksis, overværede den etiske komité's drøftelse under en studietur. Hun er ikke i tvivl om, at Danmark kan tage ved lære af de amerikanske erfaringer. I dag eksisterer der etiske komiteer på de fleste hospitaler i USA, og det er almindeligt, at personalet og patienterne får tilbudt etiske konsultationer af særligt uddannede bioetikere.

”I Danmark kender vi dårligt nok til filosofisk praksis og filosofiske vejledere, hvorimod filosofisk praksis er et tilbud i behandlingssystemet i både USA, Canada, Frankrig, Holland, Tyskland og Norge,” siger Jeanette Knox.

I øjeblikket arbejder Dansk Sygeplejeråd og Lægeforeningen sammen om et pilotprojekt, der skal oprette etiske komiteer på fem danske sygehuse. Jeanette Knox mener, at sundhedsvæsenet bør gå videre og iværksætte en undersøgelse af behovet for etiske og eksistentielle konsultationer, som udføres af personale med en filosofisk uddannelse. Disse konsultationer skal være et tilbud til både patienter, pårørende og personale.

”Vi skal være opmærksomme på, hvad sygdom betyder for det enkelte menneskes selvforståelse og eksistens. Hvad betyder det

f.eks. for en kræftsyg kvinde at få opereret sit bryst væk eller for sundhedspersonalet at skulle tage stilling til, om den døendes behandling skal stoppes. Det er ikke kun patienten, der stiller spørgsmål om død, mening og identitet. Filosofisk vejledning vil også kunne give personalet perspektiv, afklaring og ro,” mener Jeanette Knox.

Gennemsyret af etik

I Undervisningsministeriets nye anbefalinger til en revision af sygeplejerskeuddannelsen bliver samfundsfag og dermed også filosofi nedprioriteret til fordel for sundheds- og naturfag.

Jeanette Knox forstår godt, at det er vigtigt at opprioritere den basale sygepleje, men hun peger samtidig på, at anbefalingen ikke gør filosofien mindre relevant for sygeplejersker.

”Undervisningen i filosofi kan komme ind på et senere tidspunkt, f.eks. som efteruddannelse, når nyuddannede sygeplejersker står i situationen med patienter. Når man har med liv og død at gøre, opstår der hele tiden spørgsmål, som er vædet med etik. Det betyder ikke, at sygeplejersken skal snakke Kant med patienten. Men indføringen i filosofi vil give sygeplejersker en ydmyghed over for, hvad de ikke ved og en forståelse for vores tid med globalisering, mange kulturer og individualisering. Alt sammen faktorer, der påvirker sygehuspersonalet og patienterne,” siger Jeanette Knox.

Sygeplejersken vidste bedst

Den paternalistiske sygepleje, hvor personalet vidste, hvad der var bedst for den syge, er

afløst af et ideal om, at patienten skal medinddrages. Den udvikling stiller ifølge Jeanette Knox store krav til personalet.

”Hvis sygeplejersken f.eks. møder en patient, som insisterer på at blive i sengen, selvom det er bedst at komme op, så må sygeplejersken overveje, hvordan hun kan tage vare på patientens helbred og samtidig udvise respekt for patientens autonomi,” siger Jeanette Knox.

Hun forklarer, at personalet på en afdeling kan have indbyrdes forskellige opfattelser af, f.eks. hvor længe den livsforlængende behandling af en døende patient bør fortsætte.

”Når man som sygeplejerske bliver kastet ud i akutte krisesituationer og står over for liv og død, så bliver man pludselig konfronteret med sit eget værdisystem over for kollegaens eller patientens værdisystem, som kan være helt anderledes. Hvis den ene sygeplejerske er religiøs, og den anden ikke er, kan det medføre forskellige holdninger til, hvor meget der skal sættes ind for at redde et barn på en neonatal afdeling. En filosofisk vejledning kan ruste sygeplejersken til at få skabt bevidsthed om skjulte antagelser i sine holdninger og til at bruge fornuften i vanskelige situationer omkring patientplejen i stedet for at handle pr. instinkt,” siger Jeanette Knox og henviser til en amerikansk undersøgelse lavet på en klinik i New York. Den viste, at bioetisk undervisning gav sundhedspersonalet større forståelse for de værdier, kollegerne vægtede højt, mere kvalificerede beslutninger og bedre fornemmelse af, hvordan man forklarer sig over for patienten.

Ansvar for eget fag

Vær velkommen. Et årsskifte er en god lejlighed til at se tilbage på det år, der er gået – og se frem mod nye mål for 2007.

En af de begivenheder, der fyldte meget for Dansk Sygeplejeråd i 2006, var eftersommerens kritik af sygeplejerskeuddannelsen, som både gik på sygeplejerskernes faglighed og enkelte forslag om grundlæggende at ændre uddannelsen. Undervisningsministeren reagerede prompte og nedsatte et udvalg, som skulle komme med forslag til revision af sygeplejerskeuddannelsen og være med til at bremse frafaldet på uddannelsen.

Dansk Sygeplejeråd tog kritikken alvorligt, fordi den handlede om sygeplejerskers faglighed og rekrutteringen til faget. Vores udgangspunkt var – og er – at uddannelsen er god, men at vi naturligvis var åbne over for justeringer, som kan styrke og forbedre uddannelsen. Derfor gik vi imod de radikale forslag til ændring af uddannelsen. Det lykkedes, og resultatet blev ganske godt for uddannelsen som helhed.

“Videreudvikling af faget og kvaliteten i pleje og behandling til patienterne risikerer at blive stoppet på sigt, hvis ikke vi kan tiltrække og fastholde nok sygeplejersker fremover.”

Hvis ikke de studerende møder gode vilkår, når de kommer ud i praktik, bliver de skræmt væk fra faget. Det vil være en skam for de studerende, for faget og for alle dem, der i dag knokler løs på afdelingerne.

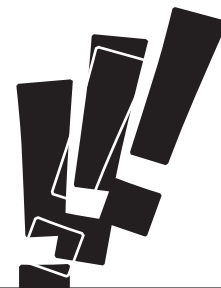
For samtidig med at efterspørgslen efter sundhed stiger og stiger, risikerer vi at komme til at mangle sygeplejersker. Allerede i dag mangler der 1.100 sygeplejersker. Men om ganske få år går de store årgange – heriblandt mange sygeplejersker – på pension. Det risikerer at betyde et øget pres på arbejdsmiljøet og en potentiel trussel for videreudviklingen af faget.

Indenrigs- og sundhedsministeren var f.eks. i forbindelse med kræftsagen kort før jul ude med den melding, at specialuddannelsen i kræftsygepleje ikke kommer i gang foreløbig, fordi der mangler sygeplejersker på afdelingerne. Med andre ord: Videreudvikling af faget og kvaliteten i pleje og behandling til patienterne risikerer at blive stoppet på sigt, hvis ikke vi kan tiltrække og fastholde nok sygeplejersker fremover.



Alle kan hurtigt blive enige om, at det er en kortsigtet strategi fra regeringens side. Men ikke desto mindre viser eksemplet, at det er endnu mere vigtigt, at vi som sygeplejersker tager ansvaret for vores eget fag. Og i fællesskab løfter det ansvar, der handler om at sige velkommen og tage godt imod de studerende. For vores egen skyld, for fagets og ikke mindst for patienternes

Dorte Steenberg
Dorte Steenberg, 2.-næstformand



Langt ud på marken

Af Hanne Cramon, sygeplejerske

Kommentarer til Fem faglige minutter “Traktortterapi” i Sygeplejersken nr. 25-26/2006.

Jamen, hvor er det skønt!

Slut med at drøfte bedre forhold for de indlagte og de ansatte i de psykiatriske afdelinger, og slut med at dope patienterne så meget under indlæggelsen, at de er rigtig svære at få gang i bagefter, slut med at bygge dyre boenheder, der ikke generer naboerne, slut med at uddanne personale i psykiatrien og slut med at få den vilde tanke, at det måske kunne være til gavn for den svært psykotiske sindslidende at være indlagt en stund og endda modtage medicinsk behandling!

Det hele handler om at indkøbe tilstrækkelig mange traktorer og finde rigtig mange landbofamilier, der kan køre dem, og så er det bare op med de psykisk syge og ud i marken, indtil vi er så langt ude, at ingen længere kan huske, hvad det er, vi har med at gøre!

Længe leve fagligheden!

(15-12-2006, kl. 09:39)

Af Anette Rotbøll Nielsen, distriktspsykiatrisk sygeplejerske

... og i forlængelse af Hanne Cramons udmærkede indlæg kunne jeg tilføje:

Ja, og så kan de stakkels mennesker, der ikke bliver raske af traktorterapien eller af at sidde i en gruppe og tale om og med deres stemmer, lukkes inde i en gummicelle, ligesom oversygeplejerske *Jesper Bak* foreslår i *Sygeplejersken* nr. 24. Derinde kunne de så hoppe nøgne rundt i psykotisk tilstand (for tøj kan de vel ikke have på – det kan jo bruges til at skade dem selv med), i stedet for at blive udsat for en spejlblank distancerende sygeplejerske, der kunne finde på at tilbyde noget væmmelig medicin, der alligevel ikke virker ...

Nej, nej, nej ... jeg græmmes!

(15-12-2006, kl. 18:58)

Af Toni Hansen, sygeplejerske

I forlængelse af både Hanne Cramons og Anette Rotbøll Niensens kommentarer vil jeg helt forbigå *Jørn Ditlev Eriksens* pjank om, at

"almindelige" mennesker kan noget, og glæde mig over, hvor godt det er at se, at forsvaret for fagligheden og ikke mindst sagligheden lever ...

(21-12-2006, kl. 08:46)

Af Lene Marie Jensen, sygeplejerske

Tak for dit indlæg, *Jørn*. Det ville være godt, om man kunne hjælpe nogle patienter på denne måde i stedet for at døde dem med medicin.

(26-12-2006, kl. 00:32)

Af Birthe Nørgaard, sygeplejerske

Hvor er det dog vigtigt, at de sygeplejestuderende allerede tidligt får så meget filosofi og videnskabsteori, så de kan skelne mellem viden og pendulet. Og kan leve op til kravet som medicinalpersoner.

(30-12-2006, kl. 12:42)

Første doktor i sygepleje

Flere sygeplejersker har den medicinske doktorgrad, men lektor, ph.d. *Elisabeth Hall* fra Institut for Sygeplejevidenskab på Aarhus Universitet bliver den første, der får en doktorgrad i sygepleje med titlen dr.cur. I 1993 var hun den anden sygeplejerske, der fik titlen cand.cur. Disputatsen skal forsvares den 2. marts på Aarhus Universitet kl. 14 i auditorium 424 på Anatomisk Institut.

Elisabeth Hall har udviklet en teori om forældres, bedsteforældres og sygeplejerskers samspil om det lille, kritisk syge barn, den familie-professionelle samspilsteori.

(sbk)



Elisabeth Hall

PRIVATFOTO

Özlem Sara Cekic som folketingskandidat for SF

Özlem Sara Cekic, 30 år, sygeplejerske og bestyrelsesmedlem i Dansk Sygeplejeråds Hovedstadens amtskreds, er nu også blevet opstillet som folketingskandidat for Socialistisk Folkeparti (SF) i København. Hun har tidligere markeret sig som formand for mangfoldighedsnetværket af etnisk sundhedspersonale, hvor hun har påtalt diskrimination af sygeplejersker pga. deres hudfarve. For nylig var hun fremme i medierne med kritik af formanden for Dansk Sygeplejeråds løn, ligesom hun rejste forslag på kongressen om at sætte lønnen ned. Forslaget blev dog ikke vedtaget.

(sbk)

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*

Hvad mener du

www.sygeplejersken.dk

Denne uges spørgsmål på www.sygeplejersken.dk

Oplever du, at utidssvarende fysiske rammer (f.eks. trange pladsforhold og nedslidte afdelinger) er et problem på din arbejdsplads?

Svar på spørgsmål stillet i *Sygeplejersken* nr. 24/2006

Har du som pårørende haft negative oplevelser med sundhedsvæsenet?

Svar	antal	pct.	
Ja	191	76,4	<div style="width: 76.4%;"></div>
Nej	52	20,8	<div style="width: 20.8%;"></div>
Ved ikke	7	2,8	<div style="width: 2.8%;"></div>
Total	250	100,0	

Sygeplejerskens quickpoll-undersøgelser er et hurtigt tjek på læsernes holdninger. De er hverken repræsentative eller videnskabelige. Alle, som besøger vores hjemmeside, kan stemme.

Kari Killén

(2x2 dages Uddannelsesforløb om omsorgsvigt og sårbare børn).

Målgruppe: Alle der arbejder indenfor den sociale, pædagogiske og social-psykiatriske sektor.

Dato: 21+22. marts 2007 & 1+2. november 2007.

Sted: Toftemosegaard i Skibby, evt. andet sted i Nordsjælland.

Pris: 6.200 kr. inkl. moms og forplejning.

Tilmelding: Inden d. 1/3-07 enten via vores hjemmeside (elektronisk tilmeldingsformular), eller via e-mail til post@toftemosegaard.dk, eller ved at ringe efter kursusfolder med tilmeldingsformular.

Basisåret til "Psykoterapeutisk Efteruddannelse i Systemisk Familierapi"

Basisåret er på i alt 130 lektioner, fordelt på 105 undervisnings-lektioner i systemisk teori og metode, fordelt over 15 undervisningsdage fra 9.00-15.30, og en afsluttende fordybningsopgave som er berammet til 25 lektioner. Nu med en **3. årig overbygning**, der giver mulighed for optagelse i **Dansk Psykoterapeut Foreningen**. Læs mere på vores hjemmeside.

Hold 4

Start 12+13/4 2007. Slut 24.3 2008. Sted: Toftemosegaard, i Skibby.

Hold 5

Start 26+27/3 2007. Slut 24.3 2008. Sted: Østergaards hotel, Herning.

Bemærk, at vi på Toftemosegaard tilbyder supervision, foredrag og kurser, der har fokus på kommunikation og samarbejde, f.eks. Solution-focused communications kurser, Den professionelle samtale kurser o.m.a.

Toftemosegaard

Center for udvikling og forandring

Manderupvej 3, 4050 Skibby. Tlf. 47528360 www.toftemosegaard.dk

Bliv frivillig på Livslinien

Livslinien søger frivillige til telefonrådgivningen

Som frivillig på Livslinien taler du med selvmordstruede, med mennesker i krise samt med pårørende og efterladte. Du skal have lyst til at lytte – og have en relevant faglig baggrund.

Livslinien tilbyder dig:

- En solid grunduddannelse
- Regelmæssig supervision
- Efteruddannelse og temaaftner
- Et team med 140 engagerede frivillige
- Et tværfagligt miljø
- Godt socialt og fagligt netværk
- Senere mulighed for rådgivning via e-mail
- Gode lokaler i Nyhavn, København

Livslinien forventer at du:

- Er ansvarsfuld og tolerant
- Vil udvikle dine kompetencer inden for selvmordsforebyggelse, bl.a. samtaleteknik og risikovurdering
- Kan tage formiddags-, eftermiddags- eller aftenvagter
- Engagerer dig helhjertet gennemsnitligt fire timer om ugen.

Livslinien søger voksne frivillige i alle aldre, der har lyst og overskud til at engagere sig som frivillige.

Ønsker du mere information om arbejdet som frivillig, så kontakt os på telefon 3332 1119 eller livslinien@livslinien.dk

Så sender vi vores informationsmateriale 'Frivillig på Livslinien' til dig.

Send din ansøgning til Livslinien inden den 14. februar 2007

Fortæl om dig selv, din faglige baggrund og hvorfor du vil være frivillig på netop Livslinien. Mærk ansøgningen 'Frivillig'.

Send ansøgningen til: Livslinien, Postboks 1157, 1010 København K eller livslinien@livslinien.dk

Læs mere om Livslinien og se datoer for ansættelsessamtaler og den obligatoriske grunduddannelse på www.livslinien.dk

LIVSLINIEN
forebygger selvmord
fremmer trivsel

SPEJDER SPORT

Udstyr til eventyr

De originale, bløde træsko, tøfler - eller hvad de nu er. Mange farver til damer og herrer. Vejer kun 140 gram



Nu fast pris

399,-

www.spejdersport.dk

43 55 35 00

crocstm

: Suppleringsuddannelsen i Sygepleje

Herved indkaldes ansøgninger til Suppleringsuddannelsen i Sygepleje undervisningsåret 2007/2008.

Suppleringsuddannelsen i Sygepleje giver kompetencer inden for sygeplejefaget som videnskabelig disciplin.

Det giver dig flere muligheder:

- Uddannelsen er studieforberedende og adgangsgivende til Master- og Kandidatuddannelserne i Sygepleje for de sygeplejersker, der ikke har en professionsbachelorgrad i sygepleje
- Uddannelsen giver en teoretisk opgradering af din sygepleje sygeplejemæssige viden, som er meget anvendelig i forhold til refleksion og argumentation med studerende og nyuddannede sygeplejersker
- Uddannelsen giver kompetence til at forstå forskningsprojekter og selv deltage i udviklingsprojekter

Uddannelsen er som fuldtidsstudie etårig med studiestart

1. september 2007 og afsluttes 30. juni 2008.

Uddannelsen er SU berettiget i 10 måneder.

Der betales ikke studieafgift.

Ansøgningsskema og oplysning om uddannelsen kan rekvireres ved de to institutioner, som udbyder uddannelsen.

Ønsker du yderligere oplysninger kontakt: CVU Øresund, studiekoordinator Janne Lyngaa på mail: jl@cvuoeresund.dk eller JCVU, koordinator Jeanette Pilt Ulriksen på mail: jpu@jcvu.dk læs mere på www.jcvu.dk og www.cvuoeresund.dk Ansøgningsfrist: **1. maj 2007**

Svar på ansøgningerne udsendes ultimo maj 2007.

JCVU
Uddannelses- og udviklingsafdeling
Vennelystparken
Høegh-Guldbergs Gade 6
8000 Århus C
Tlf. 86 20 47 52
www.jcvu.dk

CVU Øresund
Efter- og Videreuddannelse
Fælledvej 12
2200 København N
Tlf. 35 35 38 11
www.cvuoeresund.dk



Redaktion

Jette Bagh, sygeplejerske, cand.cur., fagredaktør jb@dsr.dk
Evy Ravn, sygeplejerske, cand.scient.soc., fagredaktør er@dsr.dk

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 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



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 (DSR) elektroniske nyhedsbrev.

Nyhedsbrevet er primært skrevet til tillidsvalgte, ansatte i DSR og andre, der er interesserede i sundhedspolitik. Synergi bringer dig væsentlige nyheder inden for udviklingen i sygeplejefaget og sundhedsvæsenet. Du finder også kommentarer og holdninger til DSR's arbejde, og du kan læse om aktuelle projekter, idéer og tendenser i DSR.

Synergi er gratis, og sendes direkte til din e-mail hver anden onsdag. Tilmeld dig nyhedsbrevet på www.dsr.dk, eller send en e-mail til synergi@dsr.dk, og bliv opdateret med seneste nyt.



faglig information

Ph.d.-afhandling At leve med uhelbredelig sygdom

Af Karen Marie Dalgaard, sygeplejerske, cand.scient.soc.

Karen Marie Dalgaard, sygeplejerske, cand.scient.soc., forsvarede fredag den 26. januar afhandlingen "At leve med uhelbredelig sygdom."

Undersøgelsen bidrager med ny viden om, hvordan uhelbredeligt syge mennesker og deres ægtefæller oplever og håndterer et uhelbredeligt sygdomsforløb sammen og i samspil med sundhedsvæsenets professionelle både ved ophold hjemme og på institution.

Afhandlingen er baseret på feltstudier gennemført i private hjem, på en hospitalsafdeling og på hospice. Derudover er der gennemført interview med uhelbredeligt syge, ægtefæller og sygeplejepersonale flere gange undervejs i et uhelbredeligt sygdomsforløb.

Undersøgelsen fremstilles i tre hoveddele. Først beskrives, hvordan uhelbredeligt syge og deres ægtefæller oplever uhelbredelig sygdom som et eksistentielt vendepunkt i livet. Der er tale om en ekstrem grænsesituation, hvor ægteparrene forsøger at opretholde en stabil og tryk tilværelse ved til stadighed at begrænse dødens invasion og fremme livsudfoldelsen.

Dernæst redegøres for samspillet mellem ægteparrene og sygeplejepersonalet – et triadisk samspil, som kan være præget af samvirke, tavs tilpasning og splittelse, og et indbyrdes forhold præget af både personlige, upersonlige og taktiske relationer.

Sidst sættes fokus på, hvordan tid og rum i en given kontekst virker sammen og har betydning for den professionelle omsorgsindsats, sygeplejepersonalets refleksionsniveau og ægteparrenes mulighed for livsudfoldelse.

Karen Marie Dalgaard er ansat i Forskningens Hus, Sdr. Skovvej 15, 9000 Aalborg, kmd@aes.nja.dk

Opponenter/bedømmelsesudvalg

Docent, mag.art. i filosofi *Mogens Pahuus* (formand), Institut for Uddannelse, Læring og Filosofi, Aalborg Universitet, lektor, cand.cur., ph.d. *Elisabeth Hall*, Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, førsteamanuensis, dr.polit., *Frode F. Jacobsen*, Institut for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen.

Vejledere

Lektor, cand.psych. *Søren Keldorff*, Institut for Sociologi, Socialt Arbejde og organisation, Aalborg Universitet, lektor, cand.mag., ph.d. *Jan Brødslev Olsen*, Institut for Sociologi, Socialt Arbejde og organisation, Aalborg Universitet, forskningsleder, cand.cur., ph.d. *Charlotte Delmar*, Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Forskningens Hus, Aalborg Sygehus.

Forsvaret finder sted fredag den 26. januar 2007 kl. 13.00 i Auditoriet, Aalborg Sygehus afsnit Syd, Hobrovej 18-22.

Karen Marie Dalgaard.





At hjælpe i andres konflikter

► Artiklen henvender sig til sygeplejersker med interesse for, hvordan man kan hjælpe i andres konflikter og derved bidrage til et godt arbejdsmiljø. Hovedbudskabet er, at parterne i en konflikt skal finde en fælles løsning, hvor begge bliver vindere, og det fokus skal altid være i hjælperens optik.

”Hvor er hun dog irriterende. Hvis ikke det havde været for hende, så ville vi have haft det meget bedre i afdelingen,” siger din kollega til dig. Hun er midt i en konflikt.

At møde en kollega, som er konfliktramt, kan være en udfordring. Hvad stiller man op, når man midt i kaffepausen bliver ufrivilligt inddraget? Og hvad stiller man op, hvis man kan se, at kolleger har en konflikt, som præger arbejdsklimaet i afdelingen?

De fleste ønsker ikke at stikke hånden i hvessereden, og så forholder de sig passive, man blander sig ikke. Dermed er man med til at fastholde problemet. Nedenfor beskrives, hvordan man kan ændre sin rolle fra at være passiv tilskuer til aktiv hjælper i en andens konflikt. Og dermed være med til at skabe et bedre arbejdsmiljø.

Monologer – et kendetegn ved konflikter

Den, der er i en konflikt, taler med sig selv. ”Det er altså helt urimeligt, at hun skal bestemme det hele. Næste gang vil jeg sige, at hun ikke skal tro, at hun er chef!”

Det er en indre monolog, en enetale til sig selv, og er et kendetegn ved konflikter. Man øver sig i, hvad man skal svare, når modstanderen kommer med sit angreb. Man træner i at huske alle de urimeligheder, som den anden har budt én.

Monologen er præget af ensidighed. Man ser udelukkende det dårlige i det, den anden gør, eller det, den anden står for. Den anden er en fjende, ond og gemen. Man undlader, nedtoner eller kan ikke se sin egen andel i problemet. Det er en sort-hvid tankegang. Jo mere man repeterer de negative sætninger om den anden, des mere sætter de sig fast i ens bevidsthed.

Den indre monolog

Den indre, tavse, monolog afløses af en ydre og åben monolog, når man står foran sin modstander. Her bliver alt det, man har trænet i den indre monolog, synligt. Retorikken er aggressiv, og man sørger for at huske alle de argumenter, man har øvet sig på i den indre, tavse monolog.

”Du er altid så ... du kan nok forstå at ... hvorfor vil du aldrig ...” Den ydre monolog er lige så ensidig som den indre. Man lytter ikke, man ser ikke den anden tydeligt, men kun det vrangbillede, der dannes gennem vredens eller frustrationens briller. Aggressionen kan også tage form af ”stakkels lille mig.” ”Hvordan kan du behandle mig sådan?” eller ”Det er også din skyld, at ...” Alle disse udtryksformer er aggressive i deres natur. ►

► Den ydre monolog

I skænderiet står de to monologer over for hinanden. Ingen lytter, ingen forsøger at forstå. Monologerne slynges eller hvisles mod den anden, og argumenterne får en ekstra skrue, når vreden bider sig fast, og man mærker, at den anden slet ikke lytter til det, man tror er gode argumenter, men som i virkeligheden er et velforberejdet angreb.

To ydre monologer, skænderiet

Afstanden mellem de to monologer afgør, hvor voldsom eller alvorlig konflikten er. Afstanden bliver større, når konflikten har varet længe, når der er stærke følelser involveret, og når parterne har stærke relationer eller stor afhængighed af hinanden.

Afstanden bliver mindre, når konflikten er i løsningsfasen, når parterne forsøger at nærme sig hinanden, trætheden indfinder sig, eller man ikke orker at være i konflikt længere. Andre personers indgriben kan også mindske afstanden.

To ydre monologer, fjendebilleder

Den ydre monolog kan også have en mere skjult form. Her fører parterne monologerne over for andre end modstanderen, og det bliver til sladder eller fjendebilleder. Heller ikke her er der nuancer og plads til modsigelser. Her skal rakkens ned og findes ørenlyd for, hvor gement, man er blevet behandlet. Begge parter kan, i sagens natur, føre ydre monologer med hvem som helst.

Hjælper i en andens konflikt

Hvad stiller du op med en kollega i konflikt? Måske bliver du bedt om at være hjælper, måske kan du bare se, at der er behov for hjælp. Ovenstående er det billede, der møder dig. Du hører den andens ydre monolog og ved, at den er baseret på den indre monolog. Hvis du vælger at påtage dig rollen som hjælper, vil du kunne være katalysator for en løsning af konflikten.

For at skabe en varig løsning på konflikten vil det være hensigtsmæssigt at stimulere til en dialog mellem parterne. Dialogens væsen er at skabe forståelse mellem parterne, så de kan identificere sig med hinandens følelser og oplevelser, så de frivilligt skaber ændringer, der imødekommer begge parter's behov.

Hvis din kollega har et klart ønske om at forsøge sig med dialogens vej, så er din opgave fin og veldefineret. Den er klar, fordi vedkommende selv ved, hvad hun skal gøre. Måske er der behov for et lille kærligt skub i den rigtige retning, men opgaven er let at løse. Kollegaen har indsigt og er klar til det store skridt. Hun er parat til at gøre det rigtige, men kan evt. have brug for hjælp til, hvordan dialogen bedst kan indledes.

I svære konflikter sker det derimod ofte, at ens kollega ikke har noget ønske om at skabe en dialog med modparten. Ønsket er i stedet at blive bekræftet i antagelsen om, at fjenden er helt umulig at samarbejde med, og at der ikke er noget at stille op med sådan en person. Din kollega ønsker at beholde sin monolog, både den indre og den ydre.

Her løber du en stor risiko for at falde i vandet – på to måder. For det første kan du, hvis ikke du er meget opmærksom, blive offer for din egen indre monolog. Den opstår, når du hører, hvordan din kollega fortæller om modparten, og så kan du let komme til at give medhold: "Det er da også for galt, det hun har været ude for."

Som tilhører bliver man nemlig påvirket af stemningen, frustrationen hos den anden og dennes appel om forståelse. En kon-

fliktramt person vil altid tegne sig selv bedre end modparten. Sker det, påtager du dig en dommerrolle uden at have hørt den anden part. Du risikerer at fastlåse og øge din kollegas indre, negative monolog. Resultatet vil være, at konflikten ikke bliver løst eller måske endda optrappet.

For det andet kan du falde i vandet, hvis du sidder inde med svaret på den andens problem. Din egen indre, tavse monolog vil da lyde således: "Det er da helt forkert, det hun mener, siger og gør! Hun må straks bringes ud af den vildfarelse. Jeg må få hende på andre tanker."

"Målet i al konflikthåndtering er, at parterne finder en fælles løsning, med to vindere."

Når du åbner munden, vil din egen tavse indre monolog blive til en ydre monolog:

"Du kunne jo sige til hende, at ..." eller "Det ville nok være bedre, hvis du forsøgte at ..."

Det vil sige, at du begynder at overtale kollegaen. Der foregår altså en parallel proces: Din kollega har indre monologer, som bliver til ydre monologer. Du har indre monologer, som bliver til ydre monologer.

Den form for overtalelse føles som et angreb. Det sker, når du går over på kollegaens banehalvdel og gør dig klog på, hvad der er godt for hende. I bedste fald afviser hun dine forsøg på at overtale, og dermed bliver du klar over, at du har foretaget et angreb. Det sker dog ikke altid, fordi du kan blive opfattet som en autoritet, hvad enten du vil være det eller ej, så risikoen ligger ligefor: Kollegaen nikker til din monolog og giver udtryk for at være enig med dig. Men hun opbygger straks en ny indre monolog: "Hjælperen duer ikke."

Hun giver en pseudoaccept, og du tror, at det har været en god og konstruktiv samtale. Nu har kollegaen to indre monologer at slås med: Fjenden er stadig en fjende, og hjælperen er ubrugelig. Din hjælp har dermed øget kollegaens problemer, ikke afhjulpet dem.

Tal med dig selv

Din redning er din egen indre dialog. Altså den samtale, som du skal have med dig selv. Dialog betyder at se sagen fra to sider. Som hjælper må man tage vare på den fraværende part – "fjenden."

I bund og grund skal du, der kun sidder over for den ene part, forestille dig, at du sidder med begge parter. Når du gør det, vil begges stemmer lyde og begges interesser blive tilgodeset. Du foretager på denne måde en slags mægling med én aktiv aktør og én passiv – den tilstedeværende og den fraværende fjende eller modstander.

Hjælperen skal bruge sin fantasi til at forestille sig, hvordan den anden part har det, og forestille sig, hvordan den anden parts interesser kan blive varetaget bedst muligt. Du kan spørge dig selv: "Gad vide, hvad modpartens situation er?" Nøjagtig som den tilstedeværendes interesser skal varetages bedst muligt.

Hjælperens indre dialog skal således sikres ved det syn, hun har på sig selv og sin egen funktion.

Find en fælles løsning

Konflikthåndteringsmålet er, at parterne finder en fælles løsning, hvor der bliver to vindere, og det fokus skal altid være i



hjælperens optik. Hvis ikke begge parter oplever at være tilfredse med løsningen, føle sig som vindere, er konflikten ikke løst.

Med mæglerkasketten på kan det lade sig gøre at støtte kollegaen i at omskabe den indre monolog til en indre dialog. Hjælpe med at ændre billedet fra at være sort-hvidt til at være mere nuanceret, at stimulere kollegaens lyst til at se sagen fra den andens side også. Før hun har skabt denne indre dialog, vil hun nemlig ikke kunne møde sin modstander med et ønske om at få konflikten løst på en fredelig måde.

Vis empati

Giv først empati til din kollega. Vid, hvad empati er, mærk den på din egen krop og lær at udtrykke den.

Vandene skiller mellem at give empati og at give ret. Det sidste er en faldgrube. Det første en nødvendighed. Empati gives ved at anerkende den andens vrede, sorg eller irritation. Altså de følelser, kollegaen har. Alle følelser er o.k. at have. Men ikke alle handlinger er o.k. Er kollegaen oprørt over at blive afvist, er det o.k., at hun føler vrede. Men det er ikke o.k., hvis hun slår den, der afviser hende. Her må du skille følelser og handlinger ad. Du kan også anerkende kollegaens lyst til at give den anden én på hovedet. Men det er ikke det samme som at føre det ud i livet.

Du må lede efter følelserne og spørge til disse. Når ens følelser bliver accepteret og tålt, vil man føle sig anerkendt som person. "Det er meget vanskeligt og irriterende for dig at skulle sidde over for din kollega dag ud og dag ind." Her demonstrerer du, at du forstår, hvordan det må være at være kollegaen. Men det vigtige: Du giver hende ikke ret i, at kollegaen er umulig. Du giver empati – men ikke medhold. Du er ikke dommer og tager ikke parti.

Ved hjælp af empatien er du i gang med at opløse monologen. Monologen smelter lidt i kanten, fordi empatien giver den nødvendige forståelse for smerten, som kollegaen føler over for konflikten. Fokus holdes på kollegaen, ikke på fjenden eller modstanderen.

Spørg til intentionerne

Du kan også spørge til intentionen – eller ønsket – det, som kollegaen gerne ville have ud af det: "Bare vi dog kunne arbejde lidt bedre sammen." "Jeg ville gerne have lidt mere fred." "Jeg kunne godt tænke mig, hvis jeg var lidt mere ligeglad" osv. Her ligger mulighederne og håbet om fremtiden.

Her kan hjælperen reformulere, så intentionen kommer til at stå tydeligt frem som et ønske om noget positivt i fremtiden: "Det er vigtigt for dig at få et bedre samarbejde med din kollega." Det, der fokuseres på, har en tendens til at gentage sig eller blive forstørret.

Her er det vigtigt at tune sig ind på kollegaens niveau. Det skal forstås sådan, at hvis hjælperen er alt for optimistisk, så vil det føles som manglende empati. Hvis hjælperen er for pessimistisk, så vil det kunne fastholde kollegaen i mismod og manglende tro på, at konflikten kan løses.

At lede efter følelser og intention og give feedback herpå støtter også dig som hjælper til at holde ud at høre på alle klagerne. Og det kan give en øget sikkerhed for ikke at lade sig forføre eller påvirke til at tage parti.

Når kollegaen føler sig forstået, vil hun til en vis grad være parat til at forstå sin modstander. Hvad kan modstanderens følelser og interesser mon være i denne konflikt? Hvordan er det mon at være den anden?

Dette skal gøres med følsomhed fra hjælperens side. Hvis afstanden er stor mellem parterne, vil interessen for at forstå den anden være forsvindende lille.

Monologens væsen er at være i følelsernes vold. Dialogens væsen er, at fornuften inddrages, så man er i stand til både at føle og at tænke sig om. God konflikthåndtering er at mærke og acceptere sine følelser og bruge fornuften til at finde de gode løsninger.

Risiko for tilbagefald

Kollegaen er nu parat til at tale om den fremtidige ydre dialog med modparten. Hvad den skal indeholde, vil ofte nu være klart for hende. Hvordan den skal udføres, kræver gerne lidt hjælp. Det kan med fordel trænes via små rollespil, hvor du stiller dig til rådighed med at være enten i hendes eller i modpartens sko.

Som en yderligere hjælp til din kollega kan du drøfte risikoen for tilbagefald. Vrede og det at være forurettet er stærke følelser. De glemmes aldrig. Der vil altid være et lille spor tilbage efter en konflikt. Det kan mobiliseres, hvis modparten ikke responderer på din kollegas indsats, eller hvis der sker en gentagelse af de begivenheder, som har ført til konflikten.

Efter denne proces, som kan strække sig over længere tid eller flere kontakter, er din kollega klar til at foretage skridtet til dialog med modparten.

Marion Thorning er sygeplejerske, konsulent og konfliktmægler.
thorning@post10.tele.dk

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Thorning M. Helping to solve the conflicts of others. *Sygeplejersken* 2007;(1):35-7.

Constructive solutions to conflicts are vital to a sound working environment. The article describes the nature of conflict and offers guidance as to how actively to help solve other people's conflicts as a third party. The challenge in the handling of all conflicts is to arrive at a solution with two winners, and the helper's most important tools are to demonstrate empathy, enquire about emotions and intentions and not to take sides.

Key words: Conflict handling, working environment.

Har du en idé eller en case til det næste Dilemma, så send den til 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 eller *Eyv Ravn*, tlf. 4695 4256 og fortælle din historie. Læs hvad Sygeplejeetisk Råd mener om det aktuelle Dilemma på 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.

Din mening. Det vrirler 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 senest tirsdag den 16. januar kl. 12.00. Det må højst fylde 1.000 tegn uden mellemrum. Husk at oplyse navn og arbejdssted. Redaktionen bringer et udvalg af svarene i næste nummer af *Sygeplejersken*.

Mobilen er i udu

Teis er 17 år og i lære som tømrer. Han er glad for sin læreplads og klarer arbejdet godt. Men en dag får han dele af et stillads ned over sin ankel og brækker den. Han bliver indlagt på ortopædkirurgisk afdeling, hvor han får sat "noget isenkram" igennem malleolen. Pga. temperaturforhøjelse bliver han på afdelingen efter operationen.

Dagen efter ringer Teis' arbejdsgiver. Han vil høre, hvordan Teis har det, hvor længe han skal være sygemeldt, og om han må komme og se til lærlingen.

Charlotte, som er sygeplejestuderende, svarer arbejdsgiveren, at han må kontakte Teis, hvis han vil have svar på sine spørgsmål.

"Det har jeg prøvet, men mobilen er i udu," svarer arbejdsgiveren.

Charlotte synes, det er synd for Teis' chef, så hun fortæller ham, at Teis kommer hjem, når temperaturen er normal, og at han skal være sygemeldt i ca. seks uger.

Om eftermiddagen kommer arbejdsgiveren med kringle til hele afdelingen. "Hvor er hende den venlige, der fortalte mig, at Teis har det godt?" spørger arbejdsgiveren. Charlotte, der sidder og skriver i sygeplejeturnalen, rødmer, og hendes kontaktsygeplejerske Jenny løfter det ene øjenbryn.

Hvordan synes du, Jenny og Charlotte skal håndtere situationen?



Dilemma fra Sygeplejersken nr. 25-26

Günel har netop gennemgået en hofteoperation. På opvågningsstuen er hun ved at splitte det hele ad. Hun er meget urolig og har glemt alt om, hvordan hun må ligge og ikke ligge. Til sidst giver opvågningssygeplejersken hende noget kvalmestillende medicin, som samtidig sløver.

Uden dårlig samvittighed

Som udgangspunkt har patienter ret til selvbestemmelse, om de f.eks. ønsker behandling iværksat. Betingelserne for, at selvbestemmelse skal respekteres, er, at patienten er kompetent, handler frivilligt, er velinformeret og samtykker til behandlingen. Kompetence betyder i denne sammenhæng evnen til at forstå information og vælge på baggrund af viden og egne ønsker. På grund af operation, narkose og opvågning er Günel i denne situation midlertidigt inkompetent, hun handler heller ikke frivilligt, kan kun vanskeligt eller slet ikke informeres, og derved kan hun ikke samtykke.

Da der lige nu er fare for, at hofterne skrider, bør sygeplejersken i samråd med lægen drage omsorg for Günel og gøre det, der ud fra deres vurdering er det bedste for hende. Og det kan være at give kvalmestillende eller beroligende. Sygeplejersken har altså ikke grund til samvittighedskvaler.

Men hvis det forholder sig således, at mange patienter handler uroligt, irrationelt og på anden måde mod deres umiddelbart objektive velfærd i opvågningsfasen, kunne der informeres og indhentes samtykke til at handle til patientens bedste i sådanne generelle situationer.

*Helle Mathar,
sygeplejelærer og cand.mag. i filosofi,
Sygeplejerskeuddannelsen i København.*

Fagligt forsvarligt

Jeg synes, sygeplejersken kunne dele situationen i to:

Først: Når det er helt umuligt at få patienten til at falde til ro, mener jeg, det er fagligt forsvarligt at give noget beroligende. Hensynet til de nye hofter er vigtigst lige i situationen.

Dernæst: Hvad gør man fremover? Hvordan forebygger man en lignende situation?

Det er ikke muligt af historien at se, om afdelingen er vant til etniske patienter og dermed har viden om deres måde at reagere på. De har en meget voldsom reaktion, når de har ondt. Og man kan ikke regne med, at patienten har forstået informationen, selv om hun nikker og smiler, det kan være for at være høflig og ikke udstille sig selv og sin uvidenhed.

Når det ikke er muligt at få en tolk, ville jeg alliere mig med en voksen i familien, som kan tolke for mig. Jeg ville også til en kommende information invitere en voksen i familien, som kan begge sprog, så de derhjemme kan tale om, hvad de har fået at vide, og dermed forberede sig på operationen.

Hvis man i afdelingen jævnligt har etniske patienter, ville jeg skaffe undervisning om helbred og sygdom blandt de største etniske grupper.

*Lone Graff, projektleder,
Odense Kommune,
OKÆ plejeboliger.*

Redaktion

SIGURD NISSEN-PETERSEN, chefredaktør, ansvarlig efter presseloven
JETTE BAGH, fagredaktør, cand.cur.
EVY RAVN, fagredaktør, cand.scient.soc., sygeplejerske

Fagbladet Sygeplejerskens
videnskabeligt bedømte artikler

Videnskab & Sygepleje

Det videnskabelige panel

LIS ADAMSEN, forskningsleder ved Universitetshospitalernes Center for Sygepleje- og omsorgsforskning, København, professor, ph.d., mag.scient.soc.

REGNER BIRKELUND, lektor ved Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, ph.d., cand.cur.

AGNES BJØRN, freelanceunderviser, ph.d., m.phil.

MERETE WATT-BOOLSEN, lektor ved Institut for Statskundskab, Københavns Universitet, mag.scient.soc. & lic.

INA BORUP, lektor ved Nordiska Högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg, MPH

TINA RASK ERIKSEN, lektor ved Institut for Medier, Erkendelse og Formidling, Københavns Universitet, ph.d., mag.art.

ANDERS FOLDSPANG, professor ved Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, dr.med. & lic.

ELSE GULDAGER, selvstændig konsulent, ph.d.

ELISABETH HALL, lektor ved Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, ph.d., cand.cur.

INGEGERD HARDER, lektor ved Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, ph.d.

YRSA ANDERSEN HUNDRUP, projektkoordinator ved Statens Institut for Folkesundhed, København, ph.d.

SUSANNE MALCHAU, lektor ved Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, ph.d., cand.cur.

KARI MARTINSEN, professor ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen, dr.philos., mag.art.

KAREN PALLESGAARD MUNK, lektor ved Institut for Filosofi og Idéhistorie, Aarhus Universitet, ph.d., cand.psych.

PREBEN ULRICH PEDERSEN, lektor ved Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, ph.d.

INGRID POULSEN, forsker ved forskningsenheden, afdeling for neurorehabilitering, Hvidovre Hospital, med.dr.

BIRGIT HOLRITZ RASMUSSEN, lektor ved Institut for omvårdnad, Umeå Universitet, ph.d.

NIELS KRISTIAN RASMUSSEN, forskningskonsulent ved Statens Institut for Folkesundhed, København, mag.scient.soc.

ANNE-LISE SALLING, professor emeritus, dr.med.

LONE SCOCOZZA, professor emeritus, mag.scient.soc., fil.dr.

CLAUS H.P. THOMSEN, centerchef ved Medicinsk Center, Århus Sygehus, ph.d., dr.med.

VIBEKE ZOFFMANN, forsker ved Universitetshospitalernes Center for Sygepleje- og omsorgsforskning, København, ph.d, MPH.

Patienters selvvurderede helbred før og fem uger efter ballonudvidelse af koronarkarrene

►► Artiklen henvender sig til sygeplejersker med interesse for patienter, der får udført ballonudvidelse af koronarkarrene (PTCA). Umiddelbart skulle man forvente, at disse patienter oplever deres helbred bedre efter PTCA end før, men resultater fra de to forfatters forskningsprojekt viser, at dette ikke altid er tilfældet. En ikke ubetydelig del af patienterne vurderer deres helbred dårligere eller uforandret fem uger efter PTCA. Sådanne resultater er ikke tidligere rapporteret i den internationale forskning inden for PTCA.

Resumé

Patienter med iskæmisk hjertesygdom angiver at have ringere livskvalitet end normalbefolkningen såvel en måned som et år efter akut myokardieinfarkt (AMI), ballonudvidelse af koronarkarrene (PTCA) eller koronarbypassoperation (CABG). En del af opgaverne for sygeplejersker er at forberede patienten til at kunne mestre sin sygdom og sit dagligliv i perioden fra udskrivelse efter behandling, til hjerterehabilitering påbegyndes.

Formål: At beskrive, hvilke helbredsrelaterede problemer patienter angiver at have fem uger efter ballonudvidelse af koronarkarrene i forhold til før behandlingen.

Metode: Undersøgelsen er udformet som en beskrivende forløbsundersøgelse. Alle patienter, der blev indlagt på 42 udvalgte dage i løbet af et kalenderår, blev inkluderet i undersøgelsen. Der blev inkluderet 97 patienter over 18 år indlagt til ballonudvidelse af koronarkarrene, som kunne læse og skrive dansk, var i stand til at udfylde et spørgeskema og gav informeret samtykke. Til vurdering af patienternes helbred blev benyttet Short Form 36 (SF-36). SF-36 er et generisk instrument, der vurderer patienternes oplevelse af eget helbred inden for otte vigtige helbredsområder. Patienterne blev bedt om at udfylde SF-36-spørgeskema ved indlæggelsen og igen fem uger efter behandlingen. Alle data er opgjort statistisk.

Resultater: Samlet set angav patienterne en forbedring af helbredsstatus fem uger efter en ballonudvidelse af koronarkarrene, men der forekommer store variationer i, hvordan de enkelte patienter oplevede ændring i helbred. Inden for udvalgte områder angav op til 40 pct. af patienterne en negativ udvikling. Patienter indlagt

subakut angav signifikant dårligere helbred inden for det psykiske, sociale og mentale område.

Konklusion: Der forekom store variationer i, hvordan den enkelte patient oplevede ændring i helbred, og inden for udvalgte områder angav flere patienter en negativ udvikling. Der er således behov for yderligere at kortlægge, hvilke faktorer der har betydning for forløbet efter PTCA, og om det er muligt på forhånd at identificere, hvilke patienter der har øget risiko for at opleve negativ udvikling i deres helbred i efterforløbet.

Søgeord: PCI, helbredsstatus, SF-36, sygepleje.

Introduktion

Trods en massiv indsats for at forebygge udviklingen af iskæmisk hjertesygdom (IHD) er IHD fortsat en af de mest udbredte folkesygdomme og en af de hyppigste dødsårsager i Danmark (1,2). Når patienter indlægges med IHD, iværksættes hjerterehabilitering umiddelbart. Formålet med hjerterehabilitering er dels at øge effekten af behandlingen i den akutte fase, dels at forebygge forværring af IHD på længere sigt. Målet er at øge patienternes velvære, fremme deres helbredelse og medvirke til, at patienternes livskvalitet ikke forringes som følge af deres hjertesygdom.

Siden 2002 er behandling med ballonudvidelse af koronarkarrene (PTCA; Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty) vundet stærkt frem som intervention i forbindelse med behandling af IHD både i den akutte fase og senere i forløbet (3). I Danmark udføres der årligt ca. 8.000 PTCA'er, heraf foregår 26,3 pct. i den akutte fase (4).

Patienter med iskæmisk hjertesygdom angiver at have ringere helbred og livskvalitet end normalbefolkningen såvel en måned som et år efter akut myokardieinfarkt (AMI), PTCA eller Coronar Arterie By-pass Grafting (CABG) (5).

Patienter, der får foretaget PTCA, oplever samlet set en forbedring af deres helbred sammenlignet med oplevelsen af helbredet før interventionen (6-8). Set ud fra et patientperspektiv er PTCA ikke uden komplikationer, idet flere patienter efter behandlingen angiver ubehag i lysken, en usædvanlig fornemmelse i brystet, svimmelhed og uklarhed (9). Tidligt i re-

►► **TABEL 1. PATIENTKARAKTERISTIKA.** Tabellen viser patientkarakteristika ved indlæggelsen fordelt på patienter, der gennemførte undersøgelsen, og patienter, der udgik af undersøgelsen.

		Gennemførte n=85 (pct.)	Gennemførte ikke n=12 (pct.)	
Køn	Mænd	63 (74)	8 (67)	p = 0,728
	Kvinder	22 (26)	4 (33)	
Alder	År (1SD)	62,3 (+/-11,3)	63,7 (+/-11,1)	p = 0,695
Samboende	Ja	18 (18)	6 (50)	p = 0,066
	Nej	67 (82)	6 (50)	
Skoleuddannelse	7-9 år	48 (56)	10 (83)	p = 0,117
	10-12 år	36 (44)	2 (17)	
Indlæggelsesform	Elektiv	63 (74)	8 (67)	p = 0,099
	Subakut	22 (26)	4 (33)	
Tidligere PCI	Ja	58 (68)	12 (100)	p = 0,018
	Nej	27 (32)	0	

kreationsfasen angiver flere patienter muskelsmerter i benene, depression eller angst og gastrointestinale forstyrrelser som komplikation til PTCA (9). Alle fænomener, der kan have indflydelse på patienternes velvære og helbred.

Der er ikke gennemført danske undersøgelser af patienters helbredsopfattelse og forekomsten af patientoplevede komplikationer i de første to måneder efter PTCA-procedure. I en ældre dansk undersøgelse, hvor patienterne blev fulgt i op til tre år efter PTCA, angav patienterne samlet set en forbedring af helbredsstatus (6). Samme mønster fremgår af udenlandske undersøgelser henholdsvis tre, seks og 12 måneder efter PTCA (7,8). I alle tre undersøgelser forekommer der imidlertid store variationer i vurderingen af patienternes helbred, og resultaterne peger på, at nogle patienter angiver, at deres helbredsstatus er dårligere eller uændret efter PTCA. Undersøgelserne beskriver ikke, hvor stor en andel af populationen der angiver dårligere eller uændret helbredsopfattelse eller årsager til en negativ ændring af helbredet efter PTCA.

Indlæggelse til PTCA varer erfaringsmæssigt to døgn. Under indlæggelsen informeres patienterne om undersøgelsen og behandlingen, men det er især sygeplejerskens opgave at informere, rådgive, vejlede og undervise patienterne om kendte livsstile relaterede risikofaktorer, livsstile ændringer og livet med IHD (10). I denne forbindelse er helbred et centralt begreb.

Patienternes egenvurdering af helbred

Patienternes vurdering af deres helbred har vist sig at være en god prædiktør for udfaldet af det sam-

lede forløb (11), men helbred anvendes også som mål for intervention i tilfælde, hvor der kan opstå irreversible begrænsninger, hvor årsager til begrænsninger kan være multifaktorielle eller endnu kun er dårligt forklaret (12). Helbred er et generelt begreb, der konkretiseres ved definition af en række dimensioner, der ofte omfatter en række fysiske, psykiske og mentale aspekter (12).

For at sygeplejersker kan tilbyde patienterne en kvalificeret pleje under indlæggelse til PTCA, er det nødvendigt at få beskrevet, hvordan patienternes helbred påvirkes fra før til efter PTCA. En sådan beskrivelse vil kunne bidrage med et prioriteringsgrundlag for udviklingen af fremtidig sygeplejedydelser til patienter, der får foretaget PTCA. Målet med undersøgelsen er således at beskrive ændring i helbred inden for de første fem uger hos patienter, der får gennemført PTCA. Endvidere er det målet at beskrive, hvad der karakteriserer patienter, hvor der forekommer en negativ ændring i helbredet.

Metode og materiale

Undersøgelsen er gennemført som en spørgeskemaundersøgelse i et hjertecenter på et dansk universitetshospital i perioden fra den 1. oktober 2001 til den 30. september 2002. I Hjertecentret gennemføres årlig 3.909 koronarangiografier (KAG) og 1.869 PTCA (4). Patienterne er rekrutteret fra et afsnit, som primært modtager patienter med IHD, der er henvist til KAG og/eller PTCA. Omkring 60 pct. af patienterne indlægges elektivt efter en ventetid på op til en måned, og 40 pct. af patienterne indlægges ►

- ▶ subakut, hvor indlæggelsen foregår ved direkte overflyttelse fra lokalt sygehus.

Undersøgelsen er udformet som en forløbsundersøgelse. Der er udvalgt 42 dage i løbet af en 12-måneders periode. Alle patienter indlagt på disse dage er introduceret til projektet ved ankomst i afdelingen. Før patienterne får optaget journal og modtages af sygeplejepersonalet, er de blevet bedt om at udfylde et spørgeskema vedrørende deres helbredsforhold. Fem uger efter udskrivelse får patienterne samme spørgeskema fremsendt pr. post. Ved manglende returløb af spørgeskema inden for 14 dage er der sendt en påmindelse med et nyt skema. Hvis patienten ikke besvarer denne henvendelse, er der ikke foretaget yderligere.

I undersøgelsen deltager patienter over 18 år, der indlægges til PTCA, kan læse og skrive dansk og er i stand til at udfylde et spørgeskema. Der er inkluderet i alt 164 patienter, heraf er tre ekskluderet på grund af sprogvanskeligheder og 14 som følge af manglende tilsagn, og to er fejlvisiteret. Køn og aldersfordeling på patienter, der ikke ønskede at deltage, svarede til de inkluderede patienter. Yderligere 48 patienter blev ekskluderet, fordi de på trods af henvisning til PTCA ikke fik foretaget denne behandling. I alt er 97 konsekutive indlagte patienter indgået i undersøgelsen, hvoraf 12 ikke har besvaret spørgeskemaet fem uger efter behandlingen. Det samlede patientmateriale består herefter af 85 patienter svarende til en svarprocent på 88. Karakteristika af patienter, der er fulgt i fem uger, og patienter,

der ikke har besvaret det afsluttende spørgeskema, fremgår af tabel 1 side 41. Ved indlæggelsen er der ikke forskel i angivelserne af selvvalueret helbred mellem de patienter, der er fulgt i fem uger, og de patienter, der ikke gennemfører undersøgelsen.

Vurdering af helbredsforhold

Patienternes helbredsforhold er vurderet ved hjælp af Short Form 36 (SF 36) standard spørgeskema (13). SF 36 er et generisk instrument. Ved hjælp af 36 spørgsmål vurderes patientens oplevelse af eget helbred inden for otte vigtige helbredsområder. Områderne antages at være universelle og at repræsentere basal menneskelig funktion og velbefindende af betydning for helbredet (13). Besvarelsenerne af de 36 spørgsmål scores efterfølgende på otte skalaer. Skalaerne omfatter helbredsområderne fysisk funktion, fysisk betingede begrænsninger, psykisk betingede begrænsninger, social funktion, fysisk smerte, psykisk helbred, energi samt alment helbred. Besvarelsenerne transformeres til en værdi mellem 0 og 100, hvor 0 angiver ingen funktion eller fuldstændig begrænset, og 100 angiver fuld funktion eller ingen begrænsning. SF-36-spørgeskemaerne er anvendt i deres originale udformning.

Øvrige data

Spørgeskemaet til patienterne er suppleret med demografiske spørgsmål, skolegang, om patienten tidligere har fået foretaget PTCA, og fem uger efter behandling med et spørgsmål angående oplevelse af

►► **TABEL 2. SELVVURDERET HELBRED.** Tabellen viser selvvalueret helbred ved indlæggelsen for inkluderede patienter fordelt i forhold til køn.

	Mean (SD) Mænd n=71	Kvinder n=26	P-værdi
Fysisk funktion (PF)	60 (+/-23)	39 (+/-21)	0,000
Begrænsninger – fysisk betinget (RP)	27 (+/-39)	5 (+/-16)	0,016*
Fysiske smerter (BP)	56 (+/-25)	47 (+/-25)	0,079
Alment helbred (GH)	58 (+/-20)	58 (+/-19)	0,953
Energi (VT)	48 (+/-26)	38 (+/-20)	0,070
Social funktion (SF)	81 (+/-22)	57 (+/-36)	0,003*
Begrænsninger – psykisk betinget (RE)	49 (+/-40)	29 (+/-40)	0,042
Psykisk velbefindende (ME)	74 (+/-19)	65 (+/-22)	0,062

* Mann-Whitney Rank Sum-test.

En værdi på 0 angiver ingen funktion eller fuldstændig begrænset, og en værdi på 100 angiver fuld funktion eller ingen begrænsning.

►► **TABEL 3. SELVVURDERET HELBRED VED INDLÆGGELSEN OG FEM UGER EFTER PTCA.** Tabellen viser patienternes angivelse af selvvurderet helbred ved indlæggelsen og fem uger efter PTCA.

	Indlæggelse	Efter 5 uger	P-værdi
Fysisk funktion (PF)	56 (+/-25)	72 (+/-23)	0,001
Begrænsninger – fysisk betinget (RP)	22 (+/-37)	41 (+/-42)	0,001
Fysiske smerter (BP)	54 (+/-25)	70 (+/-27)	0,001
Alment helbred (GH)	58 (+/-20)	60 (+/-22)	0,28
Energi (VT)	46 (+/-25)	57 (+/-27)	0,001
Social funktion (SF)	76 (+/-29)	80 (+/-28)	0,24
Begrænsninger – psykisk betinget (RE)	45 (+/-41)	55 (+/-39)	0,052
Psykisk velbefindende (ME)	72 (+/-19)	75 (+/-22)	0,17

En værdi på 0 angiver ingen funktion eller fuldstændig begrænset, og en værdi på 100 angiver fuld funktion eller ingen begrænsning.

komplikationer i lyskere region de seneste fem uger efter PTCA. Komplikationerne kategoriseret til hævelse, blødning eller anden gene i lyskere regionen.

Pilottest

Før undersøgelsen er sat i værk, er spørgeskemaet lægmandsvalideret i en pilottest på 20 patienter svarende til undersøgelsespopulationen. Pilottesten viser, at patienterne forstår, hvordan spørgeskemaet skal udfyldes. Materialet fra pilotundersøgelsen indgår ikke i undersøgelsesmaterialet.

Etik

Deltagelse i undersøgelse er sket efter skriftligt informeret samtykke. Deltagerne er skriftligt og mundtligt informeret om undersøgelsens formål og gennemførelse, samt at materialet behandles fortroligt. Det er ligeledes understreget, at det er frivilligt at deltage i undersøgelsen, og at deltagerne til enhver tid og uden begrundelse kan trække sig ud af undersøgelsen. Projektet har været forelagt De Videnskabetiske Komitéer for København og Frederiksberg Kommune, som vurderede, at der ikke er tale om biomedicinsk forskning, som falder inden for komitéens område, og at projektet kunne gennemføres efter protokollen uden indvendinger. Undersøgelsen er godkendt af datatilsynet.

Analyse

Data er opgjort i statistikprogrammet Statistical Package for Social Sciences (SPSS). F-test er anvendt til at teste for normalfordeling. For normalfordelte data er der anvendt t-test til test for forskelle mellem

grupper, ellers er det angivet i teksten, at der er anvendt *Mann-Whitney Rank Sum-test*. Sammenhænge mellem kontinuerte data er undersøgt ved hjælp af *Pearsons* korrelationsanalyse. Til test af forskelle mellem nominalskalerede data er anvendt *qui-i-anden-test*. Ved beregning af risiko er der foretaget dikotomisering af kontinuerte data til en af to klasser, henholdsvis negativ ændring eller ingen eller positiv ændring. Der er anvendt odds ratio (OR) med angivelse af konfidensinterval på 95 pct. niveau, som regnet i SPSS. Der angives de eksakte p-værdier. Signifikansniveauet er sat til $p < 0,05$.

Resultater

Patienter, der deltog i undersøgelsen, svarede med hensyn til køn og alder til sammensætningen af patienter, der årligt indlægges i afdelingen (14).

Tabel 2 side 42 viser inkluderede mænd og kvinders vurdering af deres helbred ved indlæggelsen. Inden for flere områder angiver kvinder en lavere score end mænd. Der var ikke signifikante forskelle mellem scoringerne hos patienter indlagt subakut eller indkaldt til indlæggelse og patienter med kort eller lang skoleuddannelse. Derimod vurderede patienter, der boede alene, deres helbred signifikant dårligere ved indlæggelsen end patienter, der var samboende inden for følgende fem områder: fysisk funktion (PF) 41 vs. 59 ($p = 0,003$), begrænsninger – fysisk betinget (RP) 8 vs. 25 ($p = 0,002$, *Mann-Whitney*), social funktion (SF) 55 vs. 81 ($p = 0,000$), begrænsninger – psykisk betinget (RE) 26 vs. 49 ($p = 0,018$) og psykisk velbefindende (ME) 62 vs. 75 ($p = 0,005$). Undersøgelse af patientens alder i for- ►

►► **TABEL 4. SELVVURDEREDE ÆNDRINGER I HELBRED.** Tabellen viser andelen af patienter, der vurderer ændringer i deres helbred som henholdsvis negative, uændrede eller positive, fra indlæggelsen til fem uger efter PTCA.

	Negativ ændring n (pct.)	Uændret n (pct.)	Positiv ændring n (pct.)
Fysisk funktion (PF)	16 (19)	9 (11)	60 (70)
Begrænsninger – fysisk betinget (RP)	8 (10)	44 (51)	33 (39)
Fysiske smerter (BP)	17 (21)	11 (13)	57 (66)
Alment helbred (GH)	35 (41)	12 (15)	38 (44)
Energi (VT)	23 (27)	13 (16)	49 (57)
Social funktion (SF)	16 (19)	52 (61)	17 (20)
Begrænsning – psykisk betinget (RE)	15 (18)	42 (49)	28 (33)
Psykisk velbefindende (ME)	25 (30)	19 (23)	41 (47)

►► **TABEL 5. VURDERING AF HELBRED, RISIKOOMRÅDER.** Tabellen viser den estimerede risiko for lavere score af helbred fem uger efter PTCA inden for de områder, hvor risikoen er signifikant forhøjet.

	Angivet komplikationer OR (odds ratio) (Konfidensinterval 95 pct.)	Indlagt subakut OR (Konfidensinterval 95 pct.)	Skolegang 7-9 år OR (Konfidensinterval 95 pct.)
Fysisk smerte (BP)	8,1 (2,3–27,8)	–	–
Social funktion (SF)	–	7,7 (2,3–25,5)	–
Begrænsninger – psykisk betinget (RE)	–	2,8 (1,0–8,0)	3,2 (1,2–8,7)
Psykisk velbefindende (ME)	–	4,1 (1,4–11,4)	–

- hold til vurdering af helbred viste, at der inden for to områder var en signifikant korrelation således at forstå, at patienter med højere alder angav en højere score for deres helbred. Dette kom til udtryk inden for områderne energi (VT) $r = 0,213$, $p = 0,038$, og psykisk velbefindende (ME) $r = 0,217$, $p = 0,033$.

Tabel 3 side 43 viser ændringer i selvvurderet helbred fra indlæggelse til fem uger efter PTCA-procedure. Patienterne angiver en signifikant højere score fem uger efter PTCA på nær inden for områderne alment helbred, social funktion og psykisk velbefindende. Der er derimod stor variation af patienternes vurdering af deres helbred, hvilket kommer til udtryk i standarddeviationen. Det betyder, at for nogle patienter er ændringen positiv, andre oplever ingen forandringer, og at andre igen har angivet en negativ ændring af deres helbred fra før til fem uger efter en

PTCA. Tabel 4 herover viser, hvor mange patienter der angiver, at deres helbred er blevet påvirket negativt, uændret eller positivt i forbindelse med at gennemgå PTCA. Resultaterne er fremkommet ved at subtrahere patienternes scoring ved indlæggelsen fra deres scoring fem uger efter behandlingen. Ændringer kommer herved til også at udtrykke risikoen for, at ændringerne er henholdsvis negative, uændrede eller positive.

Som det fremgår af tabel 4, er patienternes vurdering af ændringer i deres helbred meget svingende. Inden for områderne alment helbred (GH) og psykisk velbefindende (ME) angiver 30-40 pct. af patienterne, at ændringen har været negativ i forhold til før PTCA. De negative ændringer ser ikke ud til at være relateret til køn, alder og civilstand, eller om patienten tidligere har gennemført PTCA-procedure.

Derimod viser der sig negativ udvikling i helbred relateret til indlæggelsesform, skoleuddannelse og forekomst af komplikationer.

Patienter indlagt subakut versus elektivt angiver signifikant lavere score fem uger efter PTCA inden for områderne social funktion (SF), begrænsninger – psykisk betinget (RE) og psykisk velbefindende (ME). I forhold til skoleuddannelse viser det sig, at patienter med 7-9 års skoleuddannelse i større udstrækning angiver negative ændringer inden for området fysisk betinget begrænsning (RE). I relation til forekomst af komplikationer viser resultaterne, at patienter, der har oplevet komplikationer i deres efterforløb, i større udstrækning angiver negative ændringer i forhold til fysisk smerte (BP) end patienter, der har angivet et forløb uden komplikationer. Det er således udelukkende områderne indlæggelsesform, skolegang og angivelse af komplikationer i efterforløbet, der er forbundet med øget risiko for negativ score fem uger efter PCI inden for et eller flere af skalaerne, der udgør målene for helbred. Af tabel 5 side 44 fremgår udelukkende de estimerede risici, der er signifikant øget.

Diskussion

Resultaterne viser, at patienterne samlet set angiver at have det bedre fem uger efter PTCA set i forhold til deres selvvaluerede helbred før behandlingen, men en varierende andel af patienterne angiver negativ udvikling inden for en eller flere skalaer vedrørende deres selvvaluerede helbred.

Undersøgelsens styrke og svagheder

Patienterne vurderede deres helbred ved hjælp af SF-36. Det er et internationalt anvendt spørgeskema oversat til dansk og valideret i en dansk population på 4.084 personer (13). Valideringen har vist, at der er tilfredsstillende validitet i den samlede besvarelse, men også at validiteten er i orden i forhold til både akut og kronisk syge patienter (15). Et andet dansk studie har undersøgt spørgeskemaets interne konsistens og homogenitet og fundet, at denne er tilfredsstillende (16).

I perioder indgår Hjertecentret aftaler om at udføre ekstra undersøgelser og behandlinger for at nedbringe en lokal venteliste. Det kan betyde, at der i korte perioder kommer ekstra mange patienter fra et amt eller lokalt sygehus. Ved på forhånd at udvælge 42 dage inden for et år, hvor alle patienter til gengæld er inkluderet konsekutivt i undersøgelsen, er den geografiske spredning af patienterne forsøgt sikret, hvilket skulle sikre repræsentativiteten på dette område. Den undersøgte population er repræsentativ for patienter, der får foretaget PTCA, idet popula-

►► OVERSIGT OVER ANVENDTE FORKORTELSER I ARTIKLEN

Forkortelse	Forkortelse for	Forklaring
AMI	Akut Myokardie Infarkt	Blodprop i hjertet
CABG	Coronary Artery By-pass Graft	Hjerte By-pass operation
IHD	Ischaemic Heart Disease	Iskæmisk hjertesygdom
KAG	Koronar Angio Grafi	Undersøgelse af hjertekranspulsårerne
PTCA	Percutan transluminal coronary angioplasty	Ballonudvidelse af koronarkarrene. Går i dag under betegnelsen PCI, som betyder percutan coronar intervention – en betegnelse, som omfatter alle koronarinterventioner.
Otte skalaer indeholdt i SF36 spørgeskema		
PF	Physical function	Fysisk funktion
RP	Role physical	Begrænsninger – fysisk betinget
BP	Bodily pain	Fysisk smerte
GH	General health perceptions	Alment helbred
VT	Vitality	Energi
SF	Social function	Social funktion
RE	Role emotional	Begrænsninger – psykisk betinget
MH	Mental health	Psykisk velbefindende

►► BAG ARTIKLEN

Forfatterne

Jane Færch er klinisk afdelingssygeplejerske på Hjertecentret Rigshospitalet København.

Preben U. Pedersen er lektor på Institut for Folkesundhed, afdelingen for sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet.

Tak

En tak til sygeplejerskerne *Mette Groos* og *Mette Skriver* for deres hjælp til koordinering af inklusion og udlevering af spørgeskemaer.

- tionen, der er undersøgt køns- og aldersmæssigt, svarer til sammensætning af patienter, der årligt får foretaget undersøgelser i Hjertecentret (14). Det er således ikke undersøgt, om populationen er repræsentativ nationalt.

Undersøgelsens formål har udelukkende været at kortlægge ændringer i selvvurderet helbred og finde mulige sammenhæng med ydre faktorer. På baggrund af denne undersøgelse er det således relevant at gennemføre en mere systematisk litteraturgennemgang. Formål er at afdække, hvilke variabler der bør indgå i en undersøgelse for at kunne kortlægge de forhold, der har indflydelse på resultaterne og ville kunne prædikere, hvilke patienter der har en øget risiko for at opleve negativ ændring i deres helbred. I denne undersøgelse lader det til, at subakut indlæggelse tegner sig som en mulig faktor af betydning for patientens tilstand fem uger efter PTCA. Dette er måske kun tilfældet, fordi vi ikke har testet dette i forhold til andre variabler. Derfor er der ikke gennemført kontrol for confounding eller udregning af prædiktiv værdi. En undersøgelse med flere patienter og med flere variabler er nødvendig, før man kan udtale sig med sikkerhed om disse forhold.

Diskussion af resultater

I tidligere undersøgelser er det beskrevet, at patienterne henholdsvis tre, seks og 12 måneder og helt op til tre år efter PTCA (6-9) angiver positiv ændring af deres selvvurderede helbred – det samme som patienterne har angivet i denne undersøgelse. Resultaterne i denne undersøgelse er ligeledes i overensstemmelse med tidligere undersøgelser, når det drejer sig om forekomsten af store individuelle forskelle blandt patienternes vurdering af eget helbred. Denne undersøgelse viser, at der inden for samtlige otte skalaer var 10-42 pct. af patienterne, som vurderer deres helbred dårligere fem uger efter PTCA, og at 11-61 pct. vurderer, at deres helbred er uforandret efter fem uger (tabel 4). Dette er ikke tidligere rapporteret.

På landsplan gennemføres omkring 8.000 PTCA-procedurer pr. år (4). Hvis samme mønster gør sig gældende for alle patienter, er der således tale om mange patienter, der oplever en negativ ændring af deres helbred op til fem uger efter PTCA-behandling.

Denne undersøgelse er den første, der ser på risikoen for negativ ændring af helbred efter en PTCA. Indlæggelsesform, skolegang og forekomst af komplikationer er forbundet med øget risiko for at angive negative ændringer i helbredet. Især indlæggelsesformen – elektiv versus subakut – har stor betydning for helbredsopfattelsen fem uger efter PTCA. Patienter,

der indlægges subakut, har øget risiko for at opleve en negativ forandring inden for de tre skalaer, der relaterer sig til de psykiske og sociale aspekter af selvvurderet helbred.

Vi kan kun gisne om årsagen til, at patienter, der indlægges subakut, i større udstrækning angiver en negativ ændring i forhold til før PTCA. Det kan være en naturlig reaktion på, at patienterne pludselig er syge, bliver indlagt og behandlet. Det kan også skyldes, at PTCA efterhånden er blevet en rutinebehandling for personalet, således at personalet overser patienternes behov. Desuden er indlæggelserne nu kun af få dages varighed, hvor indsatsen er rettet mod ændringer af livsstil. Det er således områder, der bør undersøges nærmere.

Der er øget risiko for angivelse af fysiske smerter fem uger efter PTCA, hvis patienten angiver komplikationer i efterforløbet. I Hjertecentret registreres komplikationer systematisk i tilknytning til selve PTCA-proceduren. Registreringen foregår ud fra fastlagte definitioner. Registreringen omfatter bl.a. komplikationer som operativt indgreb, AMI, lungeemboli, nyresvigt og udvikling af hæmatom. Udvikling af hæmatom udgør den største enkeltstående komplikation med i alt 2,3 pct. (14). I denne undersøgelse angiver 42 pct. at have oplevet komplikationer i forbindelse med PTCA, hvoraf over 50 pct. af komplikationerne er angivet som andet end blødning og hæmatom. Hjertecentrets registrering omfatter en objektiv bedømmelse inden udskrivelsen, hvorimod patienternes angivelse er baseret på en subjektiv angivelse i op til fem uger efter udskrivelsen. De to forekomster kan således ikke umiddelbart sammenlignes. På spørgeskemaet kunne patienterne udelukkende angive, om de har oplevet blødning, hævelse i lysken eller andet. Hvad patienten mener med betegnelsen ”andet,” fremgår ikke af denne undersøgelse.

Fra patienternes perspektiv opleves en PTCA åbenbart ikke som komplikationsfri. Om de komplikationer, patienterne oplever i efterforløbet, reelt kan tilskrives behandlingen med PTCA, er ikke nødvendigvis tilfældet. En nærmere kortlægning af de konkrete komplikationer, patienterne oplever i relation til PTCA, og hvordan det påvirker patienterne, er således nødvendig. Først derefter er det muligt at afgøre, om sundhedspersonalet kan gøre noget for at afhjælpe eller forebygge de patientangivne fænomener. Resultaterne peger ligeledes på nødvendigheden af at kortlægge den påvirkning, en subakut indlæggelse har på patienterne. Det være sig både under og efter indlæggelsen til PTCA, således at der kan skabes grundlag for tiltag, der kan udvikle den fremtidige sygepleje til denne gruppe patienter.

Konklusion

Undersøgelsens resultater tyder således på, at nogle patientgrupper ikke umiddelbart oplever forbedring i deres selvvaluerede helbred inden for de første fem uger efter PTCA-behandling. Det kan derfor anbefales, at der gennemføres en undersøgelse med flere patienter og variable, der har til formål at identificere valide indikatorer, som kan prædikere, hvilke patienter der har størst risiko for at opleve en negativ udvikling i deres selvvaluerede helbred efter PTCA-behandling. Undersøgelsen skulle endvidere følge patienter over en længere periode end fem uger og for at sikre repræsentativiteten nationalt, gerne med patienter fra flere afdelinger.

Litteratur

1. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom i Danmark. Forebyggelse og sundhedsfremme 1994; 2: side 6.
2. <http://www.DIKE.dk> 15. marts 2004.
3. Dansk Hjerteregister www.hjerteregister.dk -> Data 10. Maj 2005.
4. Dansk Hjerteregister www.hjerteregister.dk . -> Data, Tallene refererer til anno 2003.
5. Westin L, Carlsson R, Israelsson B et al. Quality of life in patients with ischaemic heart disease: a prospective controlled study. *Journal of Internal Medicine* 1997; 242:239-247.
6. Mortensen OS, Madsen JK, Haghfelt T et al. Health related quality of life after conservative or invasive treatment of inducible post infarction ischaemia. *Heart*.2000; 84:535-540.
7. Krumholz HM, Mchorney CA, Clark L et al. Changes in Health after elective percutaneous coronary revascularization: A comparison of generic and specific measures. *Medical Care*.1996;34(8):754-759.
8. Pocock SJ, Henderson RA, Clayton T et al. Quality of life after coronary angioplasty or continued medical treatment for angina three-year follow-up in the RITA-2 trial. *Journal of American College of Cardiology*. 2000;35(4):907-914.
9. Kimble LP, King KB. Perceived side effects and benefits of coronary angioplasty in the early recovery period. *Heart and Lung* 1998;27:308-314.
10. Fridlund B. The role of the nurse in cardiac rehabilitation programmes. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2002;15-18.
11. Sullivan M, Karlsson J, Taft C. How to assess quality of life in medicine: rationale and methods. *Progress in obesity research* 1999; 8:749-755.
12. Broström A, Strömberg A, Dahlström U, Fridlund B. Sleep difficulties, Daytime sleepiness, and health-related quality of life in patients with chronic heart failure. *Journal of cardiovascular nursing* 2004; 19(4):234-242.
13. Bjørner JB, Damsgaard MT, Watt T et al. Dansk manual til SF-36, Et spørgeskema om helbredsstatus. Life lægemiddelindustriforeningen 1997.
14. PATS, Patients Analysis Tracking System. Intern registrering fra Kardiologisk Laboratorium.
15. Bjørner JB, Damsgaard MT, Watt T et al. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability of the Danish SF-36. *Journal Clin Epidemiol*. 1998;51(11):1001-1011.
16. Bjørner JB, Thunedborg K, Kristensen TS et al. The Danish SF-36 Health Survey: Translation and preliminary validity studies. *Journal Clin Epidemiol* 1998;51(11):991-999.

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Faerch J, Pedersen UP. Patients' perspective of health related quality of life five weeks after PTCA. *Sygeplejersken* 2007;(1):39-47.

Each year an increasing number of patients with ischaemic heart disease (IHD) undergo Percutaneous Transluminal Angioplasty (PTCA). Health related quality of life (HQoL) is generally reported poor for patients with IHD compared with the normal population. During hospitalisation patients must be prepared to cope with problems arising immediately after discharge and prior to enrolment in a cardiac rehabilitation program. No previous study has described the changes in HQoL in the first weeks after discharge.

Aim: To describe changes in health status within the first five weeks after PTCA, and to investigate whether any subgroup has achieved a positive effect of the treatment.

Method: The design was prospective and descriptive. A convenience sample of 42 days was chosen during a calendar year. On these days all patients admitted were invited to participate in the study. The patients assessed their health status at admission and five weeks after discharge. A total of 97 patients were enrolled and 85 (88 pct.) returned both questionnaires. Short-Form 36 (SF-36) was used. It is a generic instrument measuring health status on eight subscales. All data were processed in SPSS.

Results: In general the patients stated an improvement in their health status five weeks after undergoing PTCA, but significant variations in the individual patients perceptions of their health status were reported. In various areas of their health status up to 40 pct of patients reported deterioration. Especially patients admitted for sub-acute treatment experienced a deterioration in social function and role limitation due to emotional problems and mental health (MH).

Conclusion: Great variations in the individual patient's perceptions of their health status were identified and numerous patients experienced a deterioration in health status. The need for improvement does exist in the care for patients admitted acutely. Therefore further studies need to be carried out in order to identify factors that influence the risk for the impact on patients' health after PTCA.

Key words: PCI, health status, SF-36, nursing.

Stuegang – en fælles opgave

► Artiklen henvender sig til sygeplejersker med interesse for tværfagligt samarbejde eksemplificeret ved stuegang. Hovedbudskabet er, at træning i samarbejde om stuegang gør denne mere målrettet og øger den gensidige respekt mellem de involverede parter.

Der er en stigende interesse for udvikling af det tværfaglige samarbejde inden for de sundhedsfaglige uddannelser. Formålet er at kunne tilbyde patienterne et bedre behandlingsforløb. Tværfaglighed defineres her som "et ligeværdigt samarbejde mellem faggrupper eller discipliner, der repræsenterer forskellige perspektiver og besidder hver sin faglige kompetence med det formål, at et problem belyses, problematiseres og afhjælpes ud fra forskellige faglige indfaldsvinkler" (1).

Der har i Danmark ikke været tradition for, at læge- og sygeplejestuderende modtager formaliseret undervisning i tværfagligt samarbejde og kommunikation til trods for, at de som uddannede sygeplejersker og læger er hinandens vigtigste samarbejdspartnere.

Læger og sygeplejerskers samarbejdsevner læres primært gennem gode og dårlige rollemodeller. De barrierer, der fremhæves, når professionelle skal arbejde sammen, er manglende viden om hinandens faglighed samt urealistiske forventninger til hinandens professionelle roller. Det skaber spændinger og forsvarspositioner i samarbejdsrelationerne og er et dårligt udgangspunkt for fagligt samarbejde.

Flere internationale undersøgelser (2,3,4,5,6) peger på, at prægraduat fællesundervisning af studerende fra flere fagdiscipliner, deriblandt medicinstuderende og sygeplejestuderende, giver mulighed for at få viden, færdigheder og tilgange til hinandens faglighed, der ikke kan opnås på anden måde.

I læge- og sygeplejeuddannelsen er tværfagligheden prioriteret med 8 ECTS (European Credit Transfer System) point. Fra politisk side er tværfaglighed således sat på dagsordenen allerede i studietiden.

Projekt stuegang

I foråret 2005 gennemførte vi på Rigshospitalet et undervisningsprojekt for 6.-semester-sygeplejestuderende og 9.-semester-lægestuderende i tværfagligt samarbejde og kommunikation.

Stuegang blev valgt som emne for undervisningen, fordi stuegang for begge faggruppers vedkommende er et uddannelsesmæssigt krav på dette tidspunkt i uddannelsen.

Da stuegang er en kompleks opgave, valgte vi at afgrænse undervisningen til udskrivning af patient ved stuegang. Hensigten var at træne tværfagligt samarbejde med fokus på de samtaletekniske aspekter, dvs. samtalsprocessen mellem tre parter (patient, sygeplejerske og læge), mens samtalsens sygeplejefaglige og lægefaglige indhold trådte i baggrunden.

Øvelse gør mester

Formålet med fællesundervisningen var, at de studerende fik viden om hinandens faglighed gennem oplæg, fælles drøftelser og konkrete samarbejdsøvelser, så de kan indgå i fremtidige samarbejdsrelationer med en større grad af bevidsthed om egen og andres professionelle rolle.

Kurset indeholdt følgende elementer:

- oplæg om og drøftelse af begrebet tværfaglighed, det professionelle ansvar, videndeling og vigtigheden af god kommunikation med patienten
- præsentation af en grundmodel for en stuegangssamtale
- gruppesamtale mellem læge- og sygeplejestuderende for – ud fra en interviewguide – at få indsigt og forståelse for hinanden som fagpersoner og for hinandens kernefaglighed og værdier
- træning i tværfagligt samarbejde om en udskrivningssamtale ved stuegang i en klinisk opsætning i færdighedslaboratorium med simulerede patienter, som blev videofilmet
- observation af andre, som gennemfører en udskrivningssamtale ved stuegang
- fremvisning af videooptagelserne og fælles refleksion over egne og andres samtalemotodiske færdigheder og over samtalsens forskellige aspekter med vægt på det tværfaglige samarbejde de studerende imellem.

Deltagerne fik inden kurset udleveret et arbejdshæfte, hvori der indgik de sygehistorier, der blev benyttet i træningen, og en grundmodel for en udskrivningssamtale ved stuegang.

Positiv vurdering

Generelt vurderede de studerende undervisningstilbuddet meget positivt og gav udtryk for, at undervisningen dækkede et stort

Af Inger Kuch Poulsen, klinisk uddannelsesansvarlig sygeplejerske, og Birgitte Dahl Pedersen, psykolog

49



Træning i tværfagligt samarbejde i forbindelse med stuegang i et færdighedslaboratorium. Sygeplejestuderende Susi Frithjof (tv.) og lægestuderende Rikke Hedeland Larsen drøfter situationen med patienten, skuespiller Ole Hinsch.

behov i deres kliniske uddannelse. Fællesundervisningen havde givet de studerende en større viden om hinandens professionelle ansvar og roller.

På kurset fik de studerende lejlighed til at interviewe hinanden om uddannelsernes indhold, kernefaglighed og værdigrundlag. Det gav en større forståelse for faglige forskelle og ligheder.

I forhold til de konkrete, tværfaglige samarbejdsøvelser i en stuegangssituation med simulerede patienter oplevede de studerende, at en god forberedelse og et godt samarbejde gav overskud i stuegangssituationen. Strukturering af stuegangssamtalen blev fremhævet som særlig vigtig, fordi det gav et bedre overblik.

Videoptagelserne fungerede som spejl for den enkelte og for gruppen og gav anledning til refleksion og drøftelse af det tværfaglige samarbejde, både på det specifikke og på det generelle plan. Videoptagelserne skabte en øget bevidsthed om, at det, der bidrager med i træningssituationen, har betydning for det gode samarbejde.

Det gode resultat beror bl.a. på et godt match af 6.-semester-sygeplejestuderende og 9.-semester-lægestuderende og en undervisningstilrettelæggelse, hvor indhold og struktur har opfyldt et behov for formaliseret undervisning i tværfagligt samarbejde hos de studerende.

På baggrund af de positive erfaringer fra pilotprojektet blev undervisningen i efteråret 2005 udvidet til at omfatte 50 studerende. De foreløbige evalueringresultater er bedre end dem fra pilotprojektet. På sigt skal der tages stilling til, om undervisningen skal være obligatorisk på de to uddannelser. ▶

►► **PROJEKTETS TILRETTELÆGGELSE.** Projektgruppen bestod af en klinisk uddannelsesansvarlig sygeplejerske og en psykolog. Desuden deltog to kliniske vejledere, lederen af Laboratorium For Kliniske Færdigheder samt en lægestuderende på 9. semester.

Der deltog 12 sygeplejestuderende på 6. semester og 13 lægestuderende på 9. semester. Heraf var der to mandlige sygeplejestuderende og to mandlige lægestuderende, hvilket i nogen grad afspejler den skæve kønsfordeling på begge studier.

Udvælgelsen af deltagerne var selektiv, idet projektgruppen udvød undervisningen blandt en gruppe studerende på begge uddannelser.

Deltagerne var fordelt på tre hold, (lige mange fra hver faggruppe). Hver studerende modtog en dags undervisning svarende til 6½ time. Undervisningen blev forestået af en klinisk uddannelsesansvarlig sygeplejerske og en psykolog.

Kurset blev evalueret med et spørgeskema ved begyndelsen, omhandlende kendskab til hinandens faglighed, og ved kursets afslutning om hvorvidt kurset havde givet større kendskab til hinandens faglighed. To uger efter kurset deltog de tre hold i et semistruktureret fokusgruppeinterview. Der var ikke nogen signifikant forskel på spørgeskemabesvareelserne for læge- og sygeplejestuderende, og resultaterne er derfor opgjort samlet for de to grupper.

Fokusgruppeinterviewene blev bearbejdet og analyseret med udgangspunkt i formål og mål for projektet.

Inger Kuch Poulsen er klinisk uddannelsesansvarlig sygeplejerske på Rigshospitalet, og Birgitte Dahl Pedersen er psykolog på Københavns Universitet, Center for Klinisk Uddannelse, Rigshospitalet.
inger.kuch.poulsen@rh.hosp.dk

Litteratur

1. Psykologisk pædagogisk ordbog, København: Gyldendal; 1997.
2. Barr H. Undergraduate Interprofessional Education, Education Committee Discussion Document, No. 0.1, December 2003, General Medical Council.
3. Carpenter J. Interprofessional education for medical and nursing students: evaluation of a programme, Med Educ 1995; 29(4): 265-72.
4. Ponzer S, Hylén U, Kusoffsky A, Lauffs M, Lonka K, Matthiasson A-C, Nordström G. Interprofessional training in the context of clinical practice – Goals and students' perceptions on clinical education wards, Med Educ 2004; 38:727-37.
5. Reeves S, Freeth D, McCrorie P, Perry, D. "It teaches you what to expect in future": interprofessional learning on a training ward for medical, nursing, occupational therapy and physiotherapy students, Med Educ 2002; 36:337-44.
6. Roberts C, Howe A, Winterburn S, Fox, N. Not so easy as it sounds: a qualitative study of a shared learning project between medical and nursing undergraduate students, Med Teach 2000; Vol. 22, No. 4.

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Poulsen IK, Pedersen BD. Ward rounds – a joint task Sygeplejersken 2007;(1):48-50.

In the spring of 2005 we carried out an interprofessional communication and collaboration project at Copenhagen University Hospital, Rigshospitalet, for nurses in their 6th term of training and 9th term medical students. The educational framework was the ward rounds. Teaching was planned as a one-day course. The purpose of the course was to give the students knowledge and insight into each other's professions through presentations, joint discussions and specific exercises in collaboration. This would enable them to enter into future interprofessional collaboration with a greater awareness of their own and others' roles as professionals.

The project was evaluated by means of questionnaires and focus group interviews.

The students' evaluation of the course was generally positive. The course covered a major need for better knowledge of each other's professions as a basis for interprofessional collaboration. According to the students, the joint teaching had provided them with knowledge of each other's professional responsibilities and roles when it comes to preparing and structuring discussions relating to ward rounds.

Key words: Interprofessional collaboration, ward rounds.

INSTITUT FOR ANTROPOLOGI
KØBENHAVNS UNIVERSITET

Sundhedsantropologi – hvad er det?



Nu har du mulighed for at smage på faget på Institut for Antropologi, Københavns Universitet

- **Du bliver introduceret** via en forelæsningsrække af vores professor i sundhedsantropologi, Susan Whyte som forelæser 10 eftermiddage i foråret 2007.
- **Du får et kursusbevis** og kan så overveje om du en gang vil fortsætte og tage hele vores master i sundhedsantropologi - i givet fald kan du opbygge et forløb, der er kompetencegivende. Du kan også vælge at fortsætte med en forelæsningsrække i efteråret 2007 om udvalgte temaer inden for sundhedsantropologien.
- Forelæsningsrækken introducerer antropologiske tilgange til sundhed, sygdom og behandlingssystemer som sociale og kulturelle fænomener. Antropologiske teorier og begreber anvendes til at belyse aktuelle empiriske situationer i lokale livsverdener og globale sammenhænge. Gennem kritiske diskussioner af oplæg og tekster skærpes de studerendes evne til at analysere sammenhænge mellem sundhedsspørgsmål og sociale betingelser.

For mere information samt tilmelding se www.anthro.ku.dk eller kontakt lederen af Master i Sundhedsantropologi mette.meldgaard@anthro.ku.dk tlf.: 35 32 34 61 se også www.sundhedsantropologi.dk

Sted: Center for Sundhed og Samfund, Øster Farimagsgade 5, 1453 Kbh K. Tid: Torsdage kl. 16-18 den 8.2, 22.2, 1.3, 8.3, 22.3, 29.3, 12.4, 19.4, 26.4 og den 10.5. Pris: kr. 4000.

Uddannelsen til : sundhedsplejerske



Herved indkaldes ansøgninger til Uddannelsen til sundhedsplejerske undervisningsåret 2007/2008 med studiestart 1. september 2007.

Uddannelsen foregår ved JCVU og CVU Øresund. Forudsætning for optagelse på Uddannelsen til sundhedsplejerske er dansk autorisation som sygeplejerske, to års praksis som sygeplejerske svarende til fuld tid, heraf min. otte måneder på pædiatrisk specialafdeling eller en godkendt børneafdeling og min. fire måneder i en hjemmeplejeordning.

Alle obligatoriske adgangskrav skal være opfyldt senest ved studiestart. Hvis der melder sig flere ansøgere, end der kan optages på uddannelsen, vil der ved udvælgelsen blive anvendt et pointsystem.

Ansøgningsfrist den 1. maj 2007

Svar på ansøgningerne forventes udsendt primo juni 2007. Ansøgninger indsendes til JCVU uanset om uddannelsen ønskes ved CVU Øresund eller ved JCVU.

Informationsmøder

29. januar 2007 kl. 16.00, JCVU Høegh-Guldbergs Gade 6, 8000 Århus C

31. januar 2007 kl. 15.30, CVU Øresund, Haraldsgade 6, auditoriet, 2200 København N

JCVU

Uddannelses- og udviklingsafdeling
Vennelystparken
Høegh-Guldbergs Gade 6
8000 Århus C
Tlf. 86 20 47 52
www.jcvu.dk

CVU Øresund

Efter- og Videreuddannelse
Fælledvej 12
2200 København N
Tlf. 35 35 38 11
www.cvuoeresund.dk



Redaktion: Jette Bagh, fagredaktør

anmeldelser

51

Hormonernes dans

Mette-Marie Davidsen
Tiden med en teenager

København: Aschehoug – Egmont 2006
251 sider, 199 kr.
ISBN 87-1126-729-1

Bogen indeholder information og hjælp til forældre med teenagebørn, og den rammer målgruppen godt. Man bliver ganske forpustet over alle de forandringer, der sker med børnene i teenageårene. De utallige udfordringer, diskussioner og de sjove og skæve oplevelser, der følger i kølvandet. Uro og smerte for den unge og for forældrene, der både er inde i varmen og ude, alt efter hormonernes dans.

Bogen har rigtig mange gode, faktuelle oplysninger. Dog mangler bogen at nævne enkelte præventionsmidler, f.eks. p-stav, pessar og femidom. Det ville være formålstjenligt at nævne fordele, ulemper og sikkerhed for dem alle. Svarene har for-

eningen Sex og Samfund nedfældet i en pjece, som rigtig mange skolesundhedsplejersker formentlig benytter sig af i seksualundervisningen af de unge.

Da adskillige præventionsmidler formidles gennem lægen, kan han/hun vejlede den unge gennem denne jungle af tilbud.

De unge citeres for mange guldkorn. De giver i rigt mål udtryk for rådvildhed over, hvad de dog skal stille op med sig selv i en verden, hvor de mere eller mindre selv skal sætte dagsordenen for deres udvikling. Samtidig er de unge utroligt reflekterende og meget opmærksomme på sig selv og på andre.

Fra bogen er der bl.a. to citater, der går lige til hjertet:

En 14-årig pige siger: "Jeg ville egentlig gerne være fortrolig med min mor og min far, men jeg har ikke tillid til dem. Jeg ville også ønske, de sagde, at de elskede mig.



Det gør de aldrig."

En 17-årig dreng udtaler: "Jeg er allermost lykkelig, når mine forældre er glade, og det kører med vennerne. Når alt omkring mig bare spiller."

Måske mangler vi en bog, der hedder "Tiden med forældre?"

Af Susanne Jørgensen, sundhedsplejerske
i Sundby Syd – København S.

Forældre vil både le og græde

Anne-Merete Hallas-Møller

Styr dig lige

Urolige børn og unge i skole og hjem med og uden ADHD

København –
Frydenlund 2006
234 sider, 299 kr.
ISBN 87-7887-368-1

Afmagt, raseri og skyldfølelse går hånd i hånd, når man har et barn med attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), og denne bog er skrevet med hjerteblood af en mor til et barn, der lider af ADHD.

"Styr dig lige," er lige netop, hvad man tænker – eller måske hvisler, når man støder på et ustyrligt barn, som man mener burde vide bedre. At netop det med at styre sig er en umulighed, fremgår klart ud fra bogens mange sjove og gode illustrationer og cases. At børnene på trods af deres gode vilje og ditto bestræbelser på at få ro i deres indre alligevel igen og igen havner i en suppedas, hvor skældud og kritik hagler ned over dem, er næsten ubærligt og et svært lod at have trukket i livet.

Igennem de mange eksempler erfarer man, hvorledes de forskellige situationer kan håndteres, så man får, om end ikke en klar vinder/vindersituation, så dog et

mere tåleligt liv for barnet og dets omgivelser. Der er god hjælp at hente i bogen for forældre og andre, der har med ADHD-børn at gøre.

"Styr dig lige" kan med fordel bruges som opslagsbog. Bogen er efter min mening mest beregnet til forældre. De vil helt sikkert både le og græde, når de genkender deres barn i Peter Plys' kammerat, det lille omkring sig farende Tigerdyrs liv og færden, i de beskrevne cases.

Se desuden anmeldelsen "Når vanskelighederne tårner sig op" bragt i *Sygeplejersken* nr. 16/06. Her er viden at hente om ADHD for fagfolk.

Af Susanne Jørgensen, sundhedsplejerske,
distrikt Amager, København S.



Bliv Slankekonsulent

Uddan dig og hjælp andre med vægttab. Kortvarig og anerkendt uddannelse til kun 7.795 kroner.

Nyt hold starter i uge 6.
Dag- eller aftenhold

Blandt underviserne er psykologer, læger og ernæringseksperter.



Uddannelsen kan ligeledes læses på Internettet.

Bestil gratis brochure på telefon 44 48 61 00 og læs mere på www.atwork.dk

AT WORK
FREMME SUNDHED OG LIVSKVALITET

Sig Fra Sig Frem

Det, sygeplejersker gør – eller ikke gør – har altid konsekvenser. Også når de vælger at tie med kritik af forhold, der har negative konsekvenser for patienter eller klienter. Ikke kun i mediefrembragte skandalesager, men i lige så høj – faktisk højere – grad i dagligdagen, hvor uhensigtsmæssige rutiner og kulturer lever helt deres eget liv. Men som mange andre offentligt ansatte kan sygeplejersker være bange for at blive frosset ud af kolleger eller truet til at holde kæft, hvis de ytrer sig offentligt om kritisable forhold på deres arbejdsplads.

Jeg har selv været der. Til kammeratlig samtale. Første gang for mange år tilbage inden for psykiatrien, hvor nogle ”opfindsomme” plejere havde udtænkt en mere effektiv måde at bade de kroniske patienter på; nøgne op på række i baderummet og spulet med en vandslange. Jeg sagde fra på nærmeste ledelsesniveau, uden efterfølgende handling, og derefter hos øverste ledelse. Så faldt der brænde ned – fra kollegaer og afdelingsledelse. Jeg blev ikke længe det sted. Men badeseancerne ophørte.

Næste gang lå patienterne på en medicinsk afdeling stablet i lag på gange og undersøgelsesrum gennem flere uger, og næsten dagligt klagede vi vores nød til den øverste ledelse. Da en ung kræftsyg kvinde lå døende på gangen, omgivet af mand og to små børn, løb glasset over, og vi kontaktede pressen. Jeg og en kollega stod skoleret hos øverste ledelse dagen efter, men den sommerlukkede afdeling blev åbnet.

Ville en lovgivning om beskyttelse af den, der ytrer sig, hjælpe? Justitsministeriet mener nej. Mere end manglen på en lovfæstet ret til at ytre sig skyldes problemet ifølge ministeriet et dårligt arbejdsklima og en personlig frygt for karrieremæssige konsekvenser. Ministeriet nøjes derfor med at udsende en vejledende pjece til ansatte, der kunne ønske sig at ytre sig offentligt.

”I kampen mod selvcensuren gælder det den enkelte sygeplejerskes faglige identitet, de personlige grænser og modet til at stå frem.”

Frygten for at blive udstødt af kollegaer kan der ganske rigtigt ikke lovgives om. I kampen mod selvcensuren gælder det den enkelte sygeplejerskes faglige identitet, de personlige grænser og modet. Man må bestemme sig for, om ens solidaritet ligger hos ledelsen, kollegaerne eller hos de patienter eller klienter, der ofte er ude af stand til at tage vare på sig selv og derved er afhængige af systemets hjælp.

Men netop et betændt arbejdsklima, hvor kritik opfattes som illoyalitet med potentielle personlige og karrieremæssige konsekvenser, kan ikke afhjælpes med en pjece. Ligesom de forskellige og ofte urigtige opfattelser af regler og rettigheder for medarbejdernes ytringsfrihed rundt omkring heller ikke kan. En beskyttelseslovgivning på området ville efter min mening sende et stærkt signal om, at offentligt ansattes før-

stehåndsviden om systemets konsekvenser for brugerne efterspørges aktivt.

På *Sygeplejersken* har vi med ”Kirsten Stallknecht Prisen” siden 2001 forsøgt at støtte de sygeplejersker, der har noget på hjerte og har viljen og modet til at stå frem. Men sygeplejersker kunne også lade sig inspirere af andre faggrupper. F.eks. har fem medlemmer af Danmarks Jurist- og Økonomforbund stiftet foreningen ”FÅB” (Foreningen af Åbenmundede Bureaukrater), der præsenterer sig på internettet som en løs sammenslutning af dedikerede bureaukrater, der tør åbne munden og deltage i den offentlige debat. Og hos lægerne er stiftet Dansk Selskab til Sikring af Lægers Ytringsfrihed, der skal hjælpe læger til at turde stå frem med deres kritik af sundhedsvæsenet.

Måske sygeplejerskernes forening kunne hedde Sig Fra Sig Frem (SFSF). Eller har du et bedre bud?

er@dsr.dk

Klummen ”Fem faglige minutter” er en personlig tekst, som gør rede for standpunkter eller meninger ved hjælp af fortællinger, skrøner, citater m.m. En klummeskriver skal ikke følge almindelige journalistiske krav om saglig, objektiv gengivelse af kendsgerninger.

Redaktionen.

5 faglige minutter skrives på skift af fire sygeplejersker:



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



Jørn Ditlev Eriksen,
sygeplejerske, for-
stander på botilbud-
det Slotsvænget,
Hillerød.



Evy Ravn,
sygeplejerske,
cand.scient.soc.,
fagredaktør,
Sygeplejersken.



Birgitte Harild,
sygeplejerske.
Leder af visitations-
gruppen i Frederiks-
værk Kommune.