

For tung til MR-scanning • 4

Mammografi skaber frygt • 27

Til kamp mod fejl i almen praksis • 52

Videnskab & Sygepleje: Skoleelevers samtale med sundhedsplejersken • 57



PLEJERSKEN 3

Konsekvens af sygeplejerskemangel

Barns første sygedag inddrages

• 16-26

Sundhed i Grønland
• 30-43



Er klassens børnevenlige bil for billig?

Ny Yaris

Det vil nok være lidt af en tilsnigelse at tale om billige biler her til lands. På den anden side går vi heller ikke med til at kalde Yaris dyr. Du får nemlig ikke bedre sikkerhed, komfort, plads, køreglæde, driftsøkonomi og gensalgsværdi for de 160.184 kroner*, du betaler for en spritny Yaris.



TODAY TOMORROW **TOYOTA**



Chefredaktør

Ansvarlig efter medieansvarsløsen Sigurd Nissen-Petersen snp@dsr.dk Tlf.: 4695 4193



Redaktionssekretær

Henrik Boesen (DJ) hba@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

det fortravlede sundhedsvæsen

Manglen på personale betyder, at afdelinger må kalde sygeplejersker ind på barns første sygedag.

- 16 Jaget vildt**
- 18 Sværere at holde barns sygedag**
- 20 Pas dit barn og tag en aftenvag**
- 20 Tvinges til pjæk for at passe syge børn**
- 22 Barns sygdom gav en måned i aftenvag**
- 22 Hvis fritid er mest værd?**
- 24 "Chef, jeg kommer ikke i dag"**
- 25 En blomst fra lederen gør dig mindre syg**

forebyggelse

- 27 Mammografi skaber frygt**
- 29 Screening redder kvindeliv**

tema: grønland

Høje tal for selvmord, psykiske lidelser, alkoholisme og aborter skaber et helt specielt patientmønster.



- 30 Grønland griber de gode idéer**
- 32 Karrieren rykker på kysten**
- 35 At være vikar er mere end bedre indtjening**
- 36 Fagforening under pres**
- 38 Sygeplejerskefabrik i fremgang**
- 40 Guldæg skal redde folkesundheden**
- 42 Praktikanter prøvet af i Grønland**

fremtidens DSR

- 44 Fem store kredse med lokalt rodnet**

fag

patientsikkerhed

- 52 Til kamp mod fejl i almen praksis**

videnskab & sygepleje

- 57 Skoleelevers refleksioner, diskussioner og handlinger**
- Har elevers alder, køn og baggrund betydning for udbyttet af sundhedssamtalen med sundhedsplejersken?

etik

- 66 Etisk støtte via lokale klinisk-etiske komiteer**



16



52

i hvert nummer

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 4 Aktuelt | 69 Dilemma |
| 46 Dansk Sygeplejeråd mener | 70 Fem faglige minutter |
| 46 Debat | 71 Stillingsannoncer |
| 48 Synspunkt | 83 Kurser/Møder/Meddelelser |
| 50 Faglig information | |

Forside: Modelfoto: Morten Nilsson

Tidsskrift for Sygeplejersker · Nr. 3 · 9. februar 2007 · 107. Årgang · Udgivet af Dansk Sygeplejeråd
Sygeplejerskens redaktion · Sankt Annæ Plads 30 · Postboks 1084 · 1008 København K · **Telefon** 3315 1555 · **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** 7022 4088 · **Fax** 7022 4077 · **e-mail** dsrjob@dmfnet.dk · **Forretningsannoncer sendes til** Dansk Mediaforsyning · Klamsagervej 27, 1. · 8230 Åbyhøj · **Telefon** 7022 4088 · **Fax** 7022 4077 · **e-mail** dsrtekt@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



For tung til MR-scanning

Af Katrine Birkedal Christensen, journalist

Fynsk overbelastning. Sygehus Fyns afdelingsledelse har forbudt lægerne at henvise overvægtige patienter til MR-scanning. Maskinerne går i stykker.

Vejer man mere end 130 kg, så er man for tung til at blive henvist til MR-scanning på Sygehus Fyn. Maskinerne kan simpelthen ikke klare presset. Derfor må lægerne finde alternative måder til at udrede patienten, lyder beskeden fra ledelsen på Billeddiagnostisk afdeling på Sygehus Fyn.

Men det er ikke nemt.

"I nogle tilfælde er der ikke andre undersøgelsesmodaliteter, man kan tilbyde patienterne. Så det kan være problematisk at være overvægtig," konstaterer radiograf og MR-koordinator ved Sygehus Fyns MR-scanner i Svendborg, Inge Barnekow.

Sidste vinter bad afdelingsledelsen på Billeddiagnostisk afdeling i et brev, som Sygeplejersken har fået aktindsigt i, alle læger om at undlade at henvise patienter med en vægt over 130 kg til MR-scanning på sygehuset i Svendborg. En patient med høj vægt havde nemlig

været årsag til, at scanneren brød sammen og var ude af drift i en uges tid.

40 patienter måtte have nye tider til scanning efter maskinens nedbrud, og den situation ønsker man at undgå sker igen på Sygehus Fyn. Derfor udsendte ledelsen et brev i januar 2006 til alle læger, hvori der bl.a. stod: "I bedes derfor undlade at henvise disse svært overvægtige patienter til MR-scanning i Svendborg."

ARKIVFOTO: NICOLAI HOWALT/SCANPIX



►► **FLERE OVERVÆGTIGE PATIENTER.** De seneste opgørelser baseret på målt vægt og højde stammer fra 1993 og viser, at på det tidspunkt var 40 pct. af mændene og 26 pct. af kvinderne i alderen 30-60 år moderat eller svært overvægtige (BMI \geq 25). Det svarer til, at mere end 1,3 mio. voksne danskere i aldersgruppen 30-60 år kunne klassificeres som overvægtige.

Næsten 100.000 blandt de 30-60-årige havde et BMI over 35, hvilket betyder, at de fleste i denne gruppe ville have behandlingskrævende komplikationer.

Nye beregninger på baggrund af korrigerede selvoplyste data fra forskellige undersøgelser angiver en tilsvarende stigning frem til i dag, hvilket svarer til, at mere end 400.000 danskere i dag er svært overvægtige.

Kilde: Sundhedsstyrelsens oplæg til national handleplan mod svær overvægt (2003).

Intet problem på "Riget"

Problemet er, at den "tunnel" i MR-scanneren, som patienten køres ind i, er 60 cm bred og 50 cm høj, og derfor udgør især patientens omkreds en fysisk begrænsning. Desuden er det leje, som køres ind i tunnelen med patienten liggende på, op-hængt lidt som en udspringsvippe, forklarer radiograf Inge Barnekow. Derfor er lejet følsomt over for belastning på mere end 130 kg.

Men på andre radiografiske afdelinger kan det godt lade sig gøre at tilbyde scanning til de overvægtige patienter.

"På Rigshospitalet har vi ingen fast vægtgrænse. MR-scanneren kan tage op til ca. 160 kg, og hvis patienten vejer 170 kg, så tager vi dem altid lige ind og tester, om det kan lade sig gøre alligevel," fortæller Bo Jørgensen, overradiograf på Rigshospitalet.

Nogle af de overvægtige patienter kan henvises til de såkaldt åbne MR-scannere, der ikke har helt samme begrænsning i omkredsen. De åbne MR-scannere fungerer som en sandwich, og typen er oftest lavfelt-scannere, som har et begrænset udvalg af

Omsorg skal ligestilles med effektivitet

Nye incitamenter. Sundhedsvæsenet skal i langt højere grad være i stand til at omstille sig efter brugernes behov. Det indebærer bl.a., at omsorg og bløde værdier skal ligestilles med effektivitet og produktion, når politikerne vil "præmiere" sundhedssektorens aktører.

Det er et af hovedbudskaberne

i et forslag til sundhedsreform fra bl.a. Danske Regioner, en række sygdomsbekæmpende foreninger og Innovationsrådet. "Brugernes Sundhedsvæsen – oplæg til en patientreform" blev præsenteret dagen før regeringens seneste temamøde om kvalitetsreformen. Tidspunktet var ingen tilfældighed: Det er

ved at være sidste udkald, hvis den solidariske model i sundhedsvæsenet skal bevares, mener interessenterne bag rapporten, som advarer om, at det i modsat fald kan blive et farvel til lige adgang til sundhedsydelse i et offentligt sundhedsvæsen.

Blandt en række konkrete initiativer peger rapporten på be-

hov for mere præcis viden om, hvad patienter oplever som kvalitet, udvikling og tilførsel af nye kompetencer hos sundhedsvæsenets personale samt opstilling af klare mål for inddragelse af de pårørende og patienterne i behandling og rehabilitering.

"Patienternes oplevelse af

undersøgelsestyper i modsætning til højfelt-scannere, som kan udføre alle slags MR-undersøgelser, forklarer radiograf Inge Barnekow.

Flere åbne MR-scannere

Nina Frahm, formand for Landsforeningen for Overvægtige, Adipositasforeningen, undrer sig over, at det kan komme bag på sundhedsvæsenet, at der i dag er ca. 1,3 mio. overvægtige danskere, og at de nu også skal behandles på de danske sygehuse.

"Nu må vi se at få købt det udstyr, der skal til. Jeg mener, at som minimum bør hver af de fem regioner have ét sted hver, hvor det er muligt at scanne overvægtige patienter," siger hun.

Men når Sygehus Fyn må afvise at MR-scanne patienter, der vejer mere end 130 kg, bryder sygehuset ingen regler. Danske Regioner forklarer, at i og med der er frit sygehusvalg, er det de overvægtige patienters ret at tage lægens henvisning til MR-scanning med til et andet sygehus, f.eks. til den nye og åbne MR-scanner i Kolding, og få foretaget undersøgelsen der.

Sundhedsstyrelsen har ingen retningslinjer for sygehuse om MR-scanning af overvægtige. Der findes heller intet nationalt overblik over kapaciteten eller antallet af MR-scannere – hverken af åbne eller lukkede – i Danmark.

kvalitet skal ikke være et modstykke, men et supplement til fagligheden i sundhedsvæsenet," som det udtrykkes af formanden for regionernes sundhedsudvalg, *Orla Hav*, Region Nordjylland (S).

(sp)

Skoler skal udklække flere sygeplejersker

Af Britta Søndergaard, journalist

Mangel. Undervisningsminister Bertel Haarder (V) er parat til at optage flere studerende på sygeplejerskolerne.

Der er udsigt til trængsel i klasseværelserne, når sygeplejerskolerne starter op efter sommerferien. Står det til undervisningsminister Bertel Haarder, skal der nemlig optages flere sygeplejestuderende.

Ifølge beregninger fra Dansk Sygeplejeråd mangler der i dag 1.100 sygeplejersker. På den baggrund har Dansk Sygeplejeråd (DSR) og Danske Regioner i et fælles brev opfordret Undervisningsministeriet til at øge optaget af studerende. En opfordring, som ministeren har taget til sig.

"Undervisningsministeriet arbejder på at ændre dimensioneringen af uddannelsen, så der kan optages flere, uden at dette reducerer optaget i udkantsområdet," forklarede Bertel Haarder i en forespørgselsdebat i Folketinget forleden. Regeringen vil også sætte ind mod det høje frafald under uddannelsen, ligesom der skal sættes på at få flere social- og sundhedsassistenter til at uddanne sig til sygeplejerske.

Ministeriet vil endnu ikke løfte sløret for konkrete planer, men ifølge *Sygeplejerskens* oplysninger er en udvidelse på omkring 200 pladser om året på tale. Der bliver dog ikke tale om frit optag på skolerne. Derimod arbejdes der på at bevare uddannelsespladser i yderområderne.

En trussel

Formanden for Dansk Sygeplejeråd, *Connie Kruckow*, mener, det er på høje tid, at der udklækkes flere sygeplejersker. Samtidig med at antallet af ældre og behandlingskrævende danskere vokser kraftigt, så går mellem en tredjedel og en fjerdedel af sygeplejerskerne på pension de kommende år.

"Kræftområdet er blot et eksempel på, at sygeplejerskemanglen går ud over patienterne. Hvis ikke vi gør noget ved rekrutteringen til sygeplejerskeuddannelsen, kan vi ikke opretholde et ordentligt sundhedsvæsen og velfærdssamfund," siger Connie Kruckow.

Hun foreslår, at staten sætter ind med særlige kampagner, så der bl.a. sættes på at få flere mænd og danskere med anden etnisk baggrund ind i sygeplejefaget.

"Det handler om at få fortalt nogle unge mennesker, hvad faget går ud på og om sygeplejens mange muligheder. Det er interessant, at der bruges mange penge på at rekruttere til hjemmenværnet og politiet. Hvornår stiller staten sig bag en stor kampagne for at få flere sygeplejersker?" spørger Connie Kruckow.

I dag er et af problemerne, at en tredjedel af de sygeplejestuderende falder fra under uddannelsen. Forskningsleder *Torben Pilegaard Jensen* fra Anvendt Kommunal Forskning (AKF) har undersøgt de sygeplejestuderendes høje frafald. Han vurderer, at der er en realistisk mulighed for at rekruttere flere studerende, som gennemfører uddannelsen.

"Undersøgelser viser, at sygeplejersker har et ganske pænt omdømme blandt de unge. Jeg tror, at der er potentiale for at få flere i gang med uddannelsen, men det er afgørende, at profileringen af sygeplejerskeuddannelsen er meget seriøs. Det er vigtigt ikke at forsøge at lokke nogen ind, hvis et højt frafald skal undgås," siger Torben Pilegaard Jensen.



ARKIVFOTO: HEINE PEDERSEN

►► FLERE VIL VÆRE SYGEPLEJERSKE.

Der er en stigende interesse for sygeplejerskeuddannelsen. Fra 2000 til 2006 steg ansøgerantallet af studerende, der havde sygeplejerskeuddannelsen som første prioritet, med 18 pct. I 2006 blev 215 sygeplejestuderende afvist på sygeplejestudiet.

”Hospitalerne er indrettet til effektivitet og behandling, og personalet er meget optaget af at spare tid. Det betyder, at der ikke er plads til at tage hensyn til den døendes ønsker og rytme.”

Karen Marie Dalgaard, sygeplejerske og cand.scient.soc., til Kristeligt Dagblad.

Reform skaber usikkerhed og frustration

Af Christina Sommer, journalist

Hvad og hvor? Langt fra alle nye kommuner har styr på deres organisationsplaner og løn- og ansættelsesvilkår. Det skaber usikkerhed og frustration blandt mange sygeplejersker.

Hvor skal jeg møde ind henne, og hvem skal jeg referere til? Blækket på det nye danmarkskort er for længst tørt, men det er langt fra tilfældet, når det kommer til bl.a. ansvarsfordeling, nye stillingsbeskrivelser, organisationsplaner og løn- og ansættelsesvilkår i mange af de nye kommuner. Det skaber usikkerhed hos mange sygeplejersker, hvilket igen kan mærkes på antallet af medlemshenvendelser til Dansk Sygeplejeråds amtskredskontorer.

Ifølge en rundspørge, Sygeplejersken har lavet til de 15 amtskredskontorer, har flertallet i løbet af efteråret registreret et boom i antallet af henvendelser fra medlemmer, der har både små og store spørgsmål og problemer som følge af kommunalreformen.

På Vestsjællands amtskredskontor er der således oprettet 56 personsager i løbet af september og frem til medio november 2006. Det svarer til det antal, kontoret normalt behandler i løbet af et helt kalenderår, fortæller amtskredsformand Helle Dirksen.

”Nogle af personsagerne drejer sig om medlemmer med stress, men flertallet om sygeplejersker, der er usikre på grund af kommunalreformen. Mange hjemmesygeplejersker ved f.eks. endnu ikke, hvor de skal møde ind henne i de nye kommuner. Flere kommunalt ansatte ledere har henvendt sig i forbindelse med de varslingsbreve og de ændringer, der skal ske. Mange ledere ved endnu ikke, hvor de skal arbejde, med hvilken kompetence etc., og det giver anledning til frustration og usikkerhed,” fortæller Helle Dirksen.

Flere sager på vej

Billedet af markant flere medlemshenvendelser er det samme på bl.a. Ringkjøbing, Roskilde, Århus, Frederiksborg og Storstrøms amtskredskontorer. I Storstrøms amtskreds har man gennem 2006 især modtaget mange henvendelser fra ledere, der er usikre på, hvor meget de skal tåle i forbindelse med omstruktureringerne. Og i Frederiksborg amtskreds mener faglig sekretær Kirsten Pihler også, at antallet af henvendelser vil stige de kommende måneder.

”Det er nu, dagligdagen i kommunerne for alvor skal struktureres på en ny måde.

Den officielle del er på plads, men nu står man over for at skulle bringe de forskellige arbejdskulturer sammen, og når de processer bliver sat i gang, tror jeg, vi får endnu flere henvendelser,” siger Kirsten Pihler.

Fusionerne giver også frustrerede sygeplejersker i Roskilde amtskreds:

”Når forskellige arbejdskulturer skal slås sammen, betyder det også ensretning af forskellige standarder, og her udtrykker flere af vores medlemmer frygt for, at laveste kvalitetsniveau bliver det gældende. Her kan vi kun opfordre til, at sygeplejerskerne forholder sig åbent og objektivt til processerne og lægger stor vægt på fagligheden,” siger amtskredsformand Karen Buur, som bakkes op af faglig sekretær i Århus amtskreds, Karen Kingo:

”Det tager tid at skabe gode resultater, og mange kommuner er ikke kommet så langt, som vi havde forventet. Så lige nu råder vi vores medlemmer til ikke at lade sig frustrere. ”Tag det roligt og gør, som I plejer,” siger vi. Når så mange forskellige arbejdskulturer og sygeplejersker skal bringes sammen, er det vigtigt, at vi fokuserer på det faglige. Løn- og ansættelsesvilkår skal naturligvis være på plads, men det skal nok komme.”

Med Florence Nightingale i felten



FOTO: DANSK SYGEPLEJEHISTORISK MUSEUM

En levendegjort Florence Nightingale ved siden af en model af Florence Nightingales kjole på sygeplejemuseet i Kolding.

Indlevelse. I vinterferien plejer Florence Nightingale sårede soldater på Dansk Sygeplejehistorisk Museum i Kolding.

Den moderne sygepleje blev født under Krim-krigen i midten af 1800-tallet, da den engelske adelsdatter Florence Nightingale revolutionerede plejen af de sårede engelske soldater. Tabene var inden hendes ankomst store, men soldaterne døde ikke på slagmarken, men derimod på felthospitalet på grund af dårlig pleje og utilstrækkelig hygiejne.

Museet indbyder besøgende til at komme forbi og møde Florence Nightingale, som vil vise, hvordan soldaterne blev plejet. Hjemmeværns Kompagni Kolding sminker ”rigtige sår” på de besøgende, som bliver kloget på, hvordan de heler bedst.

Sygeplejerske og konsulent Kate Dyrberg tester håndhygiejne og viser, hvad det betyder at vaske hænder. De historiske sygeplejersker oplærer de besøgende i arven efter Florence, så man kan lægge forbindelser, rulle vat-tamponer og rede en sygeseng.

Det bliver også muligt at ”rapportere hjem” fra ”krigszonen” med et mor-seapparat.

Tilbuddet gælder mandag-onsdag den 12.-14. februar, og yderligere oplysninger findes på museets hjemmeside www.sygeplejemuseum.dk (hbo)

Gardasil® - Vaccinen mod livmoderhalskræft - beskytter mod

- Kræft i livmoderhalsen
- Celleforandringer på livmoderhalsen og ydre kønsdele
- Kondylomer



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

BENEFITS FROM FOUR TYPES
-BEFORE AND BEYOND CERVICAL CANCER



sanofi pasteur MSD
vaccines for life

Radiografer frygter dårlig brystkræftscreening

Af Britta Søndergaard, journalist

Mammografi. I år indføres der screening for brystkræft over hele Danmark. Men radiograferne frygter for kvaliteten af det nye tilbud.

Fra og med i år skal alle danske kvinder mellem 50 og 69 år have tilbud om screening for brystkræft. Men mangel på radiografer betyder, at en del af kvinderne risikerer at få taget billeder, der enten ikke afslører brystkræft eller giver ubegrundet mistanke om sygdommen.

Sådan lyder advarslen fra Foreningen af Radiografer i Danmark, FRD. Foreningen anslår, at der vil mangle 40 radiografer på landsplan til at foretage de mange tusind ekstra screeninger.

For at afhjælpe radiografmanglen udsendte Sundhedsstyrelsen sidste år en vejledning, der giver sygehusene mulighed for at aflaste radiograferne. Sygehuspersonale med få års erfaring kan ved at gennemgå et 10-ugers kursus og tage 800 røntgenbilleder blive oplært som betjeningspersonale.

"De eneste krav er, at de ansatte har haft en forbindelse til sundhedssystemet i to år. Det kan f.eks. være en portør, der ikke har erfaring med patientbehandling. Vi frygter for kvaliteten af de undersøgelser, som bliver leveret. Vi risikerer f.eks., at dårlige billeder ikke afslører kræftkuder, og at kvaliteten af hele programmet forringes," siger den fungerende formand for Foreningen af Radiografer, Charlotte Graungaard Bech.

Hun henviser til, at de enkelte personalegrupper er tæt afhængige af hinanden. Dårligt uddannet mammografipersonale vil få betydning for radiologerne, der skal se mammografiene, og det vil også få virkning for patologerne, når de skal udføre vævsprøver.

Charlotte Graungaard Bech understreger, at radiograferne ikke er ude i en fagkamp.

"Vi siger ikke nej til, at andre faggrupper kommer ind og aflaster radiograferne. Kvaliteten i deres uddannelse skal bare sikres," siger hun og henviser til, at Sundhedssty-

relsen og radiograferne oprindeligt foreslog et halvt års uddannelse af de nye assistenter.

Kræftens Bekæmpelse betragter det som et stort fremskridt, at der nu indføres landsdækkende mammografi. Men overlæge Iben Holten fra Kræftens Bekæmpelse opfordrer myndighederne til løbende at holde øje med, om kvaliteten af det nye mammografi-program er god nok.

"Opgaveglidning kan vi ikke have noget imod. Det har vi set blandt andre grupper med stor succes. F.eks. laver sygeplejersker i Vejle kikkertundersøgelser i tarmen. Sundhedsstyrelsen bliver nødt til løbende at evaluere, om de nye assistenter leverer billeder, som har den fornødne kvalitet. Men som udgangspunkt må vi prøve det," siger Iben Holten.

Læs også artiklen "Mammografi skaber frygt" side 27.

Har du prøvet at få skyld for en alvorlig fejl?

Efterlysning. Hvad skete der, og hvad blev der gjort efterfølgende? Hvordan reagerede du eller I? Hvordan håndterede arbejdspladsen din og eventuelt dine kollegers reaktioner på hændelsen? Hvilke konsekvenser har det haft for dig?

Fagbladet *Sygeplejersken* ønsker at sætte fokus på patientsikkerhed og sygeplejerskers oplevelser med utilsigtede hændelser. Vi efterlyser derfor henvendelser, hvor sygeplejersker har været indblandet i utilsigtede hændelser, der har haft konsekvenser for patient eller sygeplejerske. Henvendelser behandles med fortrolighed.

Kontakt en af journalisterne: Susanne Bloch Kjeldsen på sbk@dsr.dk, tlf. 4695 4178, Christina Sommer på cso@dsr.dk, tlf. 4695 4264 eller Kirsten Bjørnsen på kbj@dsr.dk, tlf. 4695 4188.



Sygeplejerskedrømme. Torsdag den 1. februar kl. 12.44 i Forum, København. Uddannelsesstederne gør sig i øjeblikket til over for eleverne i skolernes afgangsklasser. Der holdes messer over hele landet, hvortil de unge strømmer. Det er nu, der er mulighed for at besvare elevernes spørgsmål om det kommende uddannelses- og arbejdsliv – og måske hverve en kommende studerende. Studievejleder Lene Herly fra sygeplejerskeuddannelsen på CVU Øresund fortæller 9.-klasseeleverne (fra venstre) Sonia Ahmed, Asia Fabassum og Baktawar Ghori fra skolen på Vigerslev Allé om mulighederne for engang at blive sygeplejersker. (hbo)



physiological footwear

Step into a better body



Erik Veje Rasmussen

- aktiverer forsømte muskler
- forbedrer holdning og gang
- toner og former kroppen
- kan afhjælpe ryg-, hofte-, ben- og fodproblemer
- kan afhjælpe led-, muskel- og ledbåndsskader
- aflaster knæ- og hofteled
- MBT aktiverer hele kroppen

Forhandler- og produktinformation: tlf. 86 25 27 99 · www.mbt-danmark.dk

Systematik og stopur skaffede højere

Af Brian Borg Andersen, journalist

Arbejdsforhold. Personalet på *Urinvejskirurgisk afdeling på Holstebro Sygehus* følte, at bemanningen ikke stod mål med plejetyngden og patientflowet. I stedet for blot at klage deres nød dokumenterede de deres behov, og normeringen af stillinger er nu øget.

Siden Ringkjøbing Amt adskilte Urinvejskirurgisk afdeling fra den almene kirurgi i 2003, har personalet på Holstebro Sygehus været under et voldsomt pres. Sengene på afdelingen var ofte overbelagt, og ifølge sygeplejerske og daværende tillidsrepræsentant *Dorthe Trabjerg* var travlheden ved at blive kronisk.

"Det skabte frustration hos personalet. Vi følte, at vi havde lynende travlt, men at vi alligevel ikke kunne nå helt ind på den stue, hvor vi kunne tage den tætte og nære hjælpende samtale med den patient, som virkelig havde brug for det," fortæller *Dorthe Trabjerg*.

Det var klart for alle i afdelin-

gen, at de var underbemandede, men det nyttede ikke blot at trampe i gulvet hos sygehusledelsen for at få øget personale-normeringen.

"Vi besluttede derfor, at vi ville forsøge at dokumentere og forklare plejetyngden i afdelingen, så vi bedre kunne stille krav om bedre forhold," siger *Dorthe Trabjerg*.

Optælling gav overblik

Plejepersonalet og ledelsen dannede en arbejdsgruppe, som lavede et system, der kunne sætte tal på afdelingens frustrationer.

"Vi troede, at vi havde mere travlt, dels fordi vi havde et større flow af patienter end forventet, dels fordi vi fik flere patienter, som levede længere og havde sværere symptomer," beretter *Dorthe Trabjerg*.

Med stopuret i hånden blev det derefter kortlagt, hvor mange minutter det tog at udføre de enkelte opgaver for forskellige kategorier af patienter. Alt inden for pleje og samtale, opgaver

ved stuegang og administration blev målt.

Forbruget af tid på op imod 90 patienter blev indsamlet, så der var et tilstrækkeligt stort gennemsnit at regne på, og i tiden derefter blev antallet af patienter i hver kategori optalt.

Det mest entydige resultat, der kom ud af det efterfølgende talknuseri, var, at der kunne dokumenteres et større flow af patienter, og at afdelingen var underbemandet, men der lå også en gedigen overraskelse i talmaterialet.

►► SÅDAN GJORDE DE

- En arbejdsgruppe, der bestod af tre sygeplejersker, afdelingssygeplejersken og en social- og sundhedsassistent blev oprettet til at undersøge afdelingens normeringer.
- Arbejdsgruppen fastlagde seks patientkategorier baseret på sværheden af patientens sygdom og plejebestand.
- Hver dag blev opgaverne omkring en patient fulgt, og tidsforbruget blev dokumenteret med stopur.
- Efter en længere periode, hvor gennemsnitligt 15 patienter i hver kategori var blevet undersøgt, blev den samlede mængde patienter optalt efter antal og kategori.
- Optællingen afslørede, at afdelingen manglede to fuldtidsstillinger, som siden er blevet bevilget.
- Rapporten og den fulde beskrivelse af metoden kan tilsendes ved henvendelse til *Dorthe Trabjerg* på adot@ringamt.dk

Ny forhandlingschef

Sundhedskartellet. Cand.jur. *Helle Varming*, 46 år, er den ny forhandlingschef for Sundhedskartellet og Dansk Sygeplejeråd med første arbejdsdag den 9. marts 2007. Forhandlingschefen er i spidsen for overenskomstforhandlingerne i tæt samspil med Sundhedskartellets politiske ledelse.

Helle Varming kommer fra en stilling som leder af Overenskomstsekretariatet i Nærings- og Nydelsesmiddelarbejderforbundet. Hun har i 2004-2005 været ansat i Sundhedskartellet, hvor hun bl.a. var en del af teamet bag OK 05. Forud for denne ansættelse kom *Helle Varming* fra en stilling som sektionsleder i Lønsektionen i BUPL og som konsulent i KTO.

(sp)

Robotten tager blodprøven

Af Katrine Birkedal Christensen, journalist

Robo-nurse. Robotterne står snart parat til at overtage flere opgaver i sundhedssektoren.

I slutningen af 1980'erne var den mest effektive og dygtige politibetjent i Hollywoods filmverden en robot ved navn *Robocop*. Om fremtidens *Robo-nurse* i den virkelige verden også kommer til at fremstå som den mest effektive, er endnu uvist. Men hvis det står til en række forskere, så vil der ikke gå lang tid, før patienterne kan møde en robot.

F.eks. eksperimenterer lektor *Anders S. Sørensen* fra Det Tekniske Fakultet på Syddansk Universitet med automatiseret blodprøvetagning.

"Lige nu er fakultetet i samarbejde med Vejle Sygehus i gang med at udvikle en robot, der kan tage blodprøver. Robotten aflæser, hvor på patientens arm det er bedst at tage blod fra, og udfører derefter selve blodprøvetagningen med større præcision, end det normalt er muligt. Dermed aflaster robotten laborantens arbejde og mindsker forekomsten af fejl," siger



LOVISENBERG
diakonale høgskole

Lovisenberg diakonale høgskole er en privat økumenisk høgskole med virksomhet knyttet til samfunn og kirke. Vi gir utdanning som fører fram til bachelorgrad i sykepleie, og har et bredt tilbud innen videreutdanning og etterutdanning for helsepersonell. Undervisningen ved LDH tar utgangspunkt i kristne verdier og vektlegger omsorg for hele mennesket.

NASJONAL VIDEREUTDANNING I NYFØDTSYKEPLEIE

Lovisenberg diakonale høgskole planlegger opptak av kull 3 for videreutdanning i nyfødtsykepleie høsten 2007.

Målgruppen er sykepleiere fra hele landet.

Videreutdanningen gir 60 studiepoeng og er organisert som heltidsstudium over 2 semestre.

Studiestart: 20.08.2007

Opptakskrav:

- Norsk godkjenning som sykepleier
- 2 års relevant praksis som sykepleier
- Alle interesserte oppfordres til å søke, men forutsetningen for opptak er at arbeidsgiver stiller med praksis plass på en nyfødtavdeling.

Utdanningen er godkjent i NOKUT (Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen) og Lånekassen.

Søknadsskjema fås ved henvendelse til:

Lovisenberg diakonale høgskole

Tlf. 22 35 82 00

Faks 22 37 49 34

E-post admin@ldh.no

Utfyllende informasjon om studiet:

www.ldh.no

Spørsmål vedrørende utdanningen ta kontakt med:

høgskolelærer Marianne Solberg tlf. 22 35 82 11

høgskolektor Randi Holmsen tlf: 22 35 83 76

Søknad sendes til:

Lovisenberg diakonale høgskole

Lovisenberggt. 15

0456 Oslo

Norge

Studieavgift: kr 90.000,-

Søknadsfrist: 28.02.07



normering



FOTO: CORBIS

fra den stemning, som oppstår under pres:

"Man legger jo merke til, at det er svært å nå å gjøre alle de ting, man føler, det er viktig å gjøre for de terminale pasienter. Derfor kommer det til å fylde meg i bevidstheden, og det føles som en belastning, hvis man kommer til kort," forklarer hun.

Skaffede aflastning

I desember 2006 gav arbeidet med å dokumentere plejetyngheden et godt resultat for avdelingen. Personalets normering er blevet øget med to stillinger til de 24 sengepladser, og til mars vil avdelingen gentage forsøget for å se, i hvilket omfang det har hjulpet.

"Dokumentasjonen av vores arbejde har helt sikkert gjort, at vi har haft langt mere slående argumenter over for ledelsen. De har været meget lydhøre over for vores behov," fortæller Dorthe Trabjerg.

"Det viste sig, at vores antagelser var helt forkerte. Det var ikke de dårligste af vores pasienter, som optog det meste af tiden. Faktisk var det de mest raske, som optog tre fjerdedele af tiden, og mere generelt brugte vi ca. halvdelen af vores tid med administrativt arbejde frem for på sygeplejen," opsummerer Dorthe Trabjerg.

En af grundene til, at personalet havde oplevet det, som om det var de hårdst ramte pasienter, der lagde det største pres på personalet, skal ifølge Dorthe Trabjerg forklares ud

lektoren i en pressemeddelelse.

Det er bl.a. den tiltagende mangel på hænder i sundhedssektoren, der har fået en gruppe forskere til at tænke i helt nye baner. De satser på, at den moderne robotteknologi kan tilbyde patienterne nye behandlingsformer inden for f.eks. genoptræning, operationer, undersøgelser, m.m. Formålet er, at personalet vil kunne aflastes og hermed mindske arbejds-

skader og frigive ressourcer til andre formål.

Tidligere i denne måned var aktører fra forsknings- og sundhedsverdenen samlet til et seminar om automation i sundhedssektoren. Bag initiativet stod kompetenceklyngen RoboCluster, Det Tekniske Fakultet på Syddansk Universitet, Vejle Sygehus og Teknologisk Institut.

Læs mere:

www.robocluster.dk/aktiviteter

Forkortet Produktresumé.

Gardasil Human Papillomavirusvaccine [type 6, 11, 16, 18] (rekombinant, adsorberet). Gardasil er en quadrivalent vaccine, der består af højtrensede viruslignende partikler (VLP'er) af kapsidprotein L1 fra HPV-typerne 6, 11, 16 og 18. VLP'erne indeholder ikke virus-DNA. De kan ikke inficere celler, reproducere sig eller forårsage sygdom. De fire typer indeholdt i vaccinen er 6 (20 mikrogram), 11 (40 mikrogram), 16 (40 mikrogram) og 18 (20 mikrogram).

Indikation: Gardasil er en vaccine til forebyggelse af high-grade cervikal dysplasi (CIN 2/3), cancer i livmoderhalsen, high-grade dysplastiske læsioner i vulva (VIN 2/3) og udvendige kønsvorter (condyloma acuminata), der er kausalt relateret til human papillomavirus af typerne 6, 11, 16 og 18. Indikationen er baseret på påvisningen af effekt hos voksne kvinder i alderen fra 16 til 26 år og på påvisningen af Gardasils immunogenicitet hos 9 til 15-årige børn og unge. Gardasil anbefales ikke til børn under 9 år.

Dosering og indgivelsesmåde: Den primære vaccinationsserie består af 3 separate 0,5 ml doser, der bliver indgivet i henhold til følgende plan: 0, 2, 6 måneder. Hvis det ikke er muligt at følge den givne tidsplan, skal den anden dosis indgives mindst en måned efter den først dosis, og den tredje dosis skal indgives mindst 3 måneder efter den anden dosis. Alle tre doser skal gives inden for en periode på 1 år. Vaccinen skal gives som intramuskulær injektion.

Kontraindikationer: Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller de anvendte hjælpestoffer. Indgivelse af Gardasil skal udsættes hos personer, der lider af akut sygdom med feber.

Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen: Som med alle injicerbare vacciner skal relevant medicinsk behandling være umiddelbart tilgængelig for det tilfælde, at der opstår anafylaktiske reaktioner efter indgivelse af vaccinen. Gardasil bør gives med forsigtighed til personer med thrombocytopenia eller koagulationsforstyrrelser, da der kan opstå blødning efter intramuskulær administration. Der findes ikke data vedrørende brug af Gardasil hos personer med svækket immunforsvar. Som med andre vacciner vil vaccination med Gardasil ikke nødvendigvis yde beskyttelse til alle vaccinemodtagere.

Graviditet og amning: Der er ikke tilstrækkeligt med data til at anbefale brug af Gardasil under graviditet. Vaccination bør derfor udsættes til graviditeten er afsluttet. Gardasil kan gives til ammende mødre.

Bivirkninger: Meget almindelige: pyreksi, og på injektionsstedet: erythem, smerte, hævelse. Almindelige: blødning og kløe på injektionsstedet. Meget sjældent er bronchospasme blevet rapporteret.

Pakning og pris (AUP) oktober 2006: 1 dosispakning indeholdende 0,5 ml suspension i en forfyldt sprøjte med kanyleafskærmningsanordning og to kanyler. Opbevares i køleskab (2°C - 8°C). (Vnr. 058397) kr. 1.155. Udløst af A.

Indehaver af markedsføringstilladelsen: Sanofi Pasteur MSD SNC, 8 rue Jonas Salk, F-69007 Lyon, France. Fuldstændigt produktresumé kan rekvireres hos den danske repræsentant: Sanofi Pasteur MSD, Lautruphøj 1-3, DK-2750 Ballerup eller på nedenstående internetadresse. Oktober 2006.

www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/gardasil/gardasil.htm

Patienten som europæisk sundhedsforbruger

Af Katrine Birkedal Christensen, journalist

EU-høring. *Agurker, biler og dåser har længe bevæget sig frit over Europas grænser, og nu begynder patienter også at gøre det. EU satser derfor på et nyt fælles regelsæt på sundhedsområdet.*

Danske borgere kan allerede i dag få behandling på lige præcis det sygehus, de ønsker. Om det ligger i Jylland, Skåne eller Portugal. Men hvilken sikkerhed og hvilke rettigheder har patienten, når han tager kuffert og sygdom med til et hospital uden for eget lands grænser? Det er det spørgsmål, der har motiveret EU-Kommissionen til at bede høringsparter fra hele Europa om at komme med ønsker til, hvad EUs lande i fællesskab skal gøre for at opnå ensartede regler for borgerne.

Idéen om fælles regler for sundhedsvæsenet er ikke ny. EF-Domstolens afgørelser har bl.a. været med til at fastslå, at det indre marked også gælder for sundhedsydelser. Ligesom varer og arbejdskraft skal kunne bevæge sig frit over de europæiske grænser, skal patienter også kunne handle sundhedsydelser, hvor det passer dem, mener EUs sundhedskommissær *Markos Kyprianou* ifølge euobserver.dk

Også EF-Domstolen har dømt til fordel for det fælles, indre marked i en række sager. Senest i maj 2006, hvor den 75-årige britiske statsborger *Yvonne Watts* fik domstolens ord for, at ét års ventetid på en hofteoperation i England var for lang tid. Derfor var det helt i orden, at hun i 2003 valgte at lade sig behandle på et hospital i Frankrig, der ingen ventetid havde og derefter sendte regningen til den engelske sygekasse.

Men selv om EU-lovgivningen giver patienterne ret til at søge behandling på tværs

af grænserne, så mener EU-Kommissionen, at der er behov for klare, praktiske rammer, der kan understøtte patienternes valg.

Frygt for sundhedsmarked

Derfor har EU-Kommissionen netop forhørt sig blandt organisationer i hele Europa om behov og ønsker til en fælles regulering.

EU-Kommissionen modtager dog ikke kun positive svar. Flere organisationer har svært ved at sluge ideen om "det frie sundhedsmarked" – herunder den europæiske sammenslutning af offentligt ansatte, EPSU, der advarer om, at den stigende patientturisme kan ses som et tegn på, at hjemlandets sundhedsvæsen fungerer for dårligt.

"Hvis man medtager de økonomiske og sociale omkostninger, der er knyttet til patientmobilitet, er patienter, der krydser grænser, ikke en effektiv, eller for den sags skyld social, måde at organisere behandling på et europæisk niveau," skriver EPSU til EU-Kommissionen.

Dansk Sygeplejeråd er heller ikke begejstret for markedstankgangen, men hilser initiativet til et fælles regelsæt velkomment. "Vi skal sørge for at holde tankerne om en kommerciel udnyttelse af sundhedsvæsenet ude. Sundhedsvæsenet er bygget op om menneskelige værdier, og derfor er målet at få rene linjer på europæisk niveau om fælles rammer for høj patientsikkerhed, kvalitet og gennemsækelighed," siger 1.-næstformand i DSR, *Grete Christensen*.

EU-Kommissionen har endnu ikke offentliggjort, hvornår et udkast til de fælles rammer kan ligge klar til høring.

Læs også "Dansk Sygeplejeråd mener" side 46.

Vidste du at ...

... sygesikringskortet har skiftet navn til "sundhedskort"? Kortet har fået nyt navn, fordi sygesikringen ikke eksisterer længere, skriver Region Hovedstaden i en pressemeddelelse. Kortene vil blive udskiftet løbende, når de gamle sygesikringskort bortkommer, borgere flytter mv.

Kilde: Region Hovedstaden.

Skolesundhedsplejen ved en skillevej?

**Konference på Danmarks Pædagogiske Universitet
Onsdag den 21. marts 2007 kl. 9.00 - 16.15**

Baggrund og tema

Forskningsprogram for Miljø- og Sundhedspædagogik inviterer til konference om skolesundhedspleje. I løbet af de senere år er der udviklet og afprøvet mange forskellige begreber, tilgange og metoder inden for sundhedsarbejdet i skolen. Som eksempler kan nævnes 'Du bestemmer', 'Aktive vurderinger', 'Empowerment', 'Sense of coherence' og 'Handlekompetence'.

Konferencen sigter mod at skabe klarhed over disse nyere tendenser samt at udveksle erfaringer om, hvilke potentialer og barrierer der ligger for nytænkning inden for skolesundhedsarbejdet. Der vil bl.a. blive sat fokus på forskelle, overlap og eventuelle modsætninger mellem sundhedsfremme og forebyggelse, og der sættes i den forbindelse spørgsmål ved traditionelle måder at opstille 'top down' over for 'bottom up'.

Et af de centrale spørgsmål, der sættes til diskussion på konferencen, omhandler det dilemma, mange sundhedsprofessionelle befinder sig i, når de på den ene side arbejder på et grundlag, hvor brugere (primært børn og unge men også forældre) og samarbejdspartnere (fx lærere) skal respekteres og involveres i diskussionen af, hvad sundhed er, mens de på den anden side er del af en tradition, hvor sund levevis opfattes som entydig og uden for diskussion.

På konferencen indgår to plenumpræsentationer, af henholdsvis professor Bjørn Holstein (fra Institut for Folkesundhedsvidenskab, KU) og professor Bjarne Bruun Jensen (fra Forskningsprogram for Miljø- og Sundhedspædagogik, DPU). Desuden lægges der op til en serie af parallelle workshops, hvor deltagerne selv får mulighed for at præsentere og diskutere egne erfaringer og projekter.

Deltagere

Konferencen henvender sig til både forskere og praktikere inden for skolesundhedsplejens område.

Praktiske oplysninger

Tid og sted

Onsdag den 21. marts 2007 kl. 9.00 - 16.15 på
Danmarks Pædagogiske Universitet, Tuborgvej 164, 2400 Kbh. NV.

Pris

650 kr. (inkl. frokost og kaffe/the)

Kontaktperson: Karen Wistoft, kawi@dpu.dk

Program og tilmelding

Tilmeldingsfrist: Den 8. marts 2007
Program og tilmelding på konferencens hjemmeside:

www.dpu.dk/skolesundhedspleje

Vidste du at ...

... hver tredje utilsigtede hændelse, der blev indrapporteret til Dansk Patient Sikkerheds Database i 2006, handlede om medicinering? Sundhedsstyrelsen fik i alt 12.370 rapporter om utilsigtede hændelser.

Kilde: Sundhedsstyrelsen.

◀◀ TILBAGEBLIK

Hospitalsplan til salg

Af Katrine Birkedal Christensen, journalist

Region Hovedstaden. Der bliver ikke lukket nogen hospitaler i Region Hovedstaden, men personalet undgår ikke sammenlægninger og flytninger.

Fleere hospitalsansatte i hovedstadsområdet kan godt begynde at finde flyttekasserne frem. Selv om skødet endnu ikke er skrevet under, er huset så godt som solgt. Eller rettere: Hospitalsplanen er så godt som solgt. Det har nemlig været småt med de politiske protester, efter Region Hovedstadens direktion under stor opmærksomhed fra medier og sygehusansatte præsenterede den længe ventede hospitalsplan for hovedstadsområdet i midten af januar. Heller ikke de ansattes faglige organisationer har afslået muligheden for en handel.

Regionens direktion har formået at lave et forslag, der ikke umiddelbart lukker nogen hospitaler helt ned. Til gengæld skal rigtig mange afdelinger lægges sammen i større, specialiserede enheder, og det betyder flytninger for rigtig mange ansatte i regionen.

Først og fremmest indeles regionen, ifølge forslaget til hospitalsplanen, i fire områder samt Bornholm, der hvert får ét områdehospital, som skal tage sig af den akutte behandling inden for kirurgi og medicin og have døgnåbne fælles akutmodtagelser.

Moderat modtagelse

Reaktionerne hos de ansatte har generelt været uden større rama-skrig.

Ét punkt i planen har dog fået ansatte, politikere og borgere op af stolen. Forslaget om at nøjes med fire døgnåbne akutmodtagelser i regionen og at reducere de resterende skadestuer til seks såkaldte "nærskadestuer," der kun skal holde åbent i dagtimerne, får en hård medfart i pressen. De Konservatives gruppeformand i Region Hovedstaden og Socialdemokraterne i Frederikssund vil have, at nærskadestuerne skal holde døgnåbent. Og Lægeforeningen anbefaler, at man dropper de dagåbne skadestuer, der, som lægerne siger, risikerer at levere andenrangsbehandling til patienterne.

Regionsrådsformand Vibeke Storm Rasmussen (S) kan altså indstille sig på måske at måtte tilbyde køberne et mindre afslag i prisen i form af et kompromis om nærskadestuerne. Ellers tyder den umiddelbare modtagelse af hospitalsplanen på, at hun som mægler kan hæve sit salær i maj, hvor aftalen endeligt skal vedtages.

Læs mere:

www.regionhovedstaden.dk og www.sygeplejersken.dk

Ingen parfume. Ingen farve. **Ingen smag.** Ingen konserveringsmidler.
Ingen tørre læber.



Færre tilfælde af håndeksem

Rene hænder. Hvis man følger enkle retningslinjer, kan man undgå håndeksem, viser nye resultater af et projekt på Storstrømmens Sygehus i Næstved.

Handsker, cremer, håndsprit og uddannede hudinstruktører. Det er, hvad der skal til, hvis man vil gennemføre nogle nye retningslinjer for at nedbringe personalets gener med rød og skællende hud.

Håndeksem kan være så invaliderende, at det fører til sygefravær, jobskifte eller arbejdsløshed.

Resultaterne af et projekt på Storstrømmens Sygehus i Næstved viser, at der er sket et fald i tilfældene af håndeksem. På de afdelinger, der deltog i projekt "Sund hud," havde 29 pct. af personalet håndeksem i 2002.

I 2004 og 2005 tog man de nye retningslinjer i brug. I 2005 viste et nyt spørgeskema, at halvdelen af personalet havde ændret procedurer eller fremgangsmåder for at nedbringe belastningen af huden. Hyppigheden af håndeksem var faldet til 25 pct. på de deltagende afdelinger.

Hent rapporten fra Arbejdsmiljøinstituttet på:

www.arbejdsmiljøforskning.dk
 Pjecen *Sund hud og god håndhygiejne* kan hentes på:
www.storstrommenssygehus.dk

(sbk)

Vidste du at ...

... ca. 50 pct. af alle sygeplejersker ansat i det offentlige arbejder i deltidsstillinger? I gennemsnit arbejder en deltidsansat sygeplejerske 30 timer om ugen.

Kilde: Løn- og Bevægelsesregistret.



www.dsr.dk
Information om sygeplejerskeportalen

51.000 sms'er om job og mails



Portalen har gjort status for 2006

Sygeplejerskeportalen har gjort status og kan konstatere, at den i 2006 udsendte 51.000 sms'er til de medlemmer, der har valgt at modtage dem. Sms'erne indeholdt enten meddelelser om

en ny mail i medlemmets DSR-mail eller et jobopslag, der matchede medlemmets CV. Portalen formidler bl.a. alle de job, der slås op i fagbladet *Sygeplejersken*.

Der er ved årsskiftet flere end 600 medlemmer, der har tilmeldt sig en af disse servicier. Har du interesse i at blive mindet om jobopslag ved nye mails i din mailboks, kan du tilmelde dig på Mit DSR > Mine indstillinger.

<http://www.dsr.dk/PortalPage.aspx?MenuItemID=493>

Nye brugere kan starte her

Vil du i gang med at bruge Sygeplejerskeportalens muligheder? Her kan du se, hvordan du logger ind, og hvad du kan på Sygeplejerskeportalen.

Sådan logger du ind på www.dsr.dk

1. Klik på Log ind i øverste venstre hjørne.
2. Skriv dit medlemsnummer. Det står bl.a. bag på sygeplejerskenålen.
3. Skriv dit password. Medmindre du har ændret det, er det din fødselsdag skrevet med bindestreger: dd-mm-åååå, f.eks.: 30-09-1976.

Når du er logget ind, kan du:

- bruge din gratis webmail
- tilmelde dig jobmatch på mail/sms
- tilmelde dig kurser og uddannelser online
- deltage i debatten
- bruge Mit DSR til bl.a. blanketter
- se og rette personlige oplysninger
- diskutere specifikke emner i "lukkede grupper"
- tilmelde dig og få sendt nyheder på mail
- og meget mere.



Pia Gede Nielsen,
webredaktør,
pgn@dsr.dk



Kristian Eskildsen
webjournalist,
kes@dsr.dk



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

JAGET



VILDT



FOTO: MORTEN NILSSON

Hvis telefonen ringer tidligt om morgenen på en sygeplejerskes fridag, bliver den sjældent besvaret. Risikoen for, at det er afdelingssygeplejersken, der ringer for at **pålægge sygeplejersken en vagt** er nemlig for stor.

Mange sygeplejersker føler sig som jaget vildt. Med stadig færre sygeplejerskehænder i det offentlige sundhedsvæsen kæmper afdelingssygeplejerskerne dagligt med at få vagtplanerne til at gå op, for alene sygeplejerskers sygefravær svarer til, at **1.800 sygeplejersker** på fuld tid **ligger i sengen** året rundt.

Men det er ikke kun egen sygdom, der tynger sygehusene. Det opskruede tempo og manglen på plejende hænder er nogle steder så udtalt, at afdelingerne må kalde sygeplejersker ind på barns første sygedag. Den ændrede praksis har som konsekvens, at **flere i afmagt** melder sig selv syge for at kunne passe deres barn.

Hvis arbejdspladserne i stedet for at presse personalet, fokuserede på at få et godt arbejdsmiljø, kunne de i teorien **halvere sygefraværet** og derved komme sygeplejerskemanglen til livs.

Sygeplejersken sætter i dette tema fokus på det fortravlede sundhedsvæsen og det sygefravær, der følger i kølvandet.

►► **DSR VIL UNDERSØGE OMFANGET.** Som baggrund for artiklerne om barns første sygedag har *Sygeplejersken* haft kontakt til ni fællestillidsrepræsentanter fra sygehuse fordelt over hele landet. Fire af dem oplever aldrig eller kun sjældent, at sygeplejersker bliver kaldt på arbejde på barns første sygedag. De resterende fem fortæller, at tendensen er stigende. Herudover har *Sygeplejersken* talt med personaleadministrationen på seks sygehuse om deres forskellige praksis på området.

Dansk Sygeplejeråd vil nu undersøge, i hvilket omfang sygeplejersker pålægges at tage en efterfølgende aften- eller nattevagt, hvis de om dagen har været nødt til at holde fri på grund af barns sygdom.

SVÆRERE AT HOLDE BARNES SYGEDAG

Pressede forældre. Mange sygeplejersker kan ikke holde barns første sygedag uden at blive indkaldt i en senere vagt. Og problemet er stigende, lyder det fra tillidsfolk over hele landet. Dansk Sygeplejeråd kalder udviklingen et brud på overenskomsten.

Skoldkopper, mellemørebetændelse eller feberhede kinder. Når sygdom melder sig hos sygeplejerskers børn, skal der ikke blot tages hensyn til det syge barn, men også til, om arbejdsstedet mandskabsmæssigt kan holde til, at sygeplejersken bliver hjemme hos barnet.

Mange sygehusafdelinger har tilsyneladende så pressede arbejdsforhold, at de ikke længere kan lade en sygeplejerske blive hos barnet på den første sygedag, uden at sygeplejersken skal "betale" for dagen i form af en vagt senere på døgnet.

Ifølge overenskomsten, kan der "gives hel eller delvis tjenestefrihed med løn til pasning af et sygt barn på dettes første sygedag, hvis [...] det er foreneligt med forholdene på tjenestestedet."

Formuleringerne "delvis" og "foreneligt" tages oftere og oftere i brug, når sygeplejersker ringer til afdelingen med beskeden, at deres barn er sygt.

Book en nanny

En række fællestillidsrepræsentanter fra sygehuse i hele landet, melder om stigende problemer med at holde barns første sygedag.

"Fremmødeplanerne er nu så skrabede, at sygeplejersker, der har barn syg, bliver presset til at komme i aften- eller nattevagt efter at have passet deres barn i dagtimerne," fortæller *Mette Sofie Haulrich*, en af de tre fællestillidsmænd for sygeplejerskerne på Nordsjællands Hospital.

Fra de andre fællestillidsmænd i Region Hovedstaden har hun erfaret, at tendensen er den samme i hele sygehusvæsenet i

"Arbejdsgiveren bør ikke udnytte, at sygeplejersker kan være hjemme hos deres syge børn i dagtimerne og bagefter gå i en aften- eller nattevagt. Det er at drive rovdrift på personalet."

regionen. Nogle afdelinger er dog hårdere ramt end andre.

"Det står selvfølgelig værst til på de afdelinger, der har svært ved at rekruttere personale, og som har mange yngre sygeplejersker ansat," siger *Mette Sofie Haulrich*.

Hun fortæller om en sygeplejerske, der af sin leder blev henvist til en hjemmeside, hvor man kan booke en nanny.

"Jeg tror ikke, at nogen leder synes, det er sjovt at sige nej til en sygeplejerske med et sygt barn, men arbejdsgiveren må jo regne med, at sygeplejersker i den føde-dygtige alder vil komme ud for at skulle blive hjemme og passe deres syge børn."

Hun peger på, at sygeplejersker er ringere stillet end andre faggrupper, når det gælder barns første sygedag, fordi de arbejder i treholdsskift og derfor kan indkaldes i en anden vagt end en dagvagt.

Hun henviser bl.a. til sin egen mand:

"Jeg er heldig, at min mand er pædagog, for han bliver mødt med stor forståelse, når et af vores børn er syge. Han har også haft halvklattede børn med på arbejde. Det ville jeg jo aldrig kunne."

Sender syge børn i skole

Anette Kjærsgaard, som er suppleant for fællestillidsrepræsentanten for sygeplejersker og radiografer på Odense Universitetshospital, nikker genkendende til problematikken.

"På mange afdelinger er det næsten et dagligt dilemma for vores kolleger, at de afvises, når de anmoder om at afholde barns første sygedag," beretter hun.

”Man kan ikke påstå, at den ansatte har ret til at få fri hele dagen. Og slet ikke hele døgnet.”

”Vi har ikke dokumentation for det, men vi har en klar fornemmelse af, at problemet er stigende i takt med, at der sker en stadig reduktion i personalet, og aktiviteterne samtidig ikke bliver mindre.”

Hun fortæller, at sygeplejersker med syge børn prøver alle andre muligheder: bytter vagter, får bedsteforældre kørt ind fra Jylland eller sender børnene i institution eller skole, selv om de ikke er helt raske.

”For vi ved godt, at der ikke er ressourcer til, at vi holder barns første sygedag. Hvis en af os er hjemme med barn syg, rammer det en kollega, som så skal kaldes ind fra frihed, weekend eller en aften med familien.”

Strammere tolkning

Ude på mindre sygehuse er der angiveligt også sket et skred, når det gælder barns første sygedag:

Fra *Pirkko Dinnesen*, fællestillidsrepræsentant på Regionshospitalerne Randers og Grenå, lyder det:

”Tolkningen har ændret sig fra, at man før i tiden fik tjenestefri, til at man nu kan blive ringet op om formiddagen og spurgt, om man kan tage en aftenvagt, hvis aftenvagten melder sig syg.

Før var det utænkeligt, at der blev ringet til én. Tendensen er helt klart en følge af, at arbejdsforholdene er blevet mere pressede de sidste år. Normeringerne på mange afdelinger er snævre, og produktiviteten er steget, så der er ikke mere den samme plads til omsorg for hinanden.”

Brud på overenskomst

Dorte Steenberg, 2.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd, finder den tendens, fællestillidsmændene fremhæver, uacceptabel.

Hun synes, det ligner et brud på overenskomsten.

”Intentionen med bestemmelsen om barns første sygedag var oprindeligt at beskytte sygeplejerskers familieliv, og den intention skal selvfølgelig følges.

Hvis arbejdsgiveren i praksis flytter sig fra den

ånd, der ligger til grund for bestemmelsen, er det en overtrædelse af overenskomsten,” siger Dorte Steenberg og fortsætter:

”Som organisation skal vi selvfølgelig reagere, hvis sygeplejersker ikke længere kan tage barns første sygedag uden at skulle kaldes ind på en vagt senere samme dag.

Dansk Sygeplejeråd vil nu undersøge problemets præcise omfang, og når vi har større viden, vil vi tage sagen op med Danske Regioner.”

Rovdrift på personalet

Dorte Steenberg synes, det er kritisabelt, at sygeplejersker skal være dårligere stillet end andre faggrupper, som ikke arbejder i treholdsskift.

”Arbejdsgiveren bør ikke udnytte, at sygeplejersker kan være hjemme hos deres syge børn i dagtimerne og bagefter gå i en aften- eller nattevagt. Det er at drive rovdraft på personalet. Hvis en sygeplejerske har passet sit syge barn hele dagen, er det heller ikke forsvarligt, at hun derefter skal i vagt og yde pleje til patienter,” mener hun.

Signe Friberg Nielsen, forhandlingsdirektør i Danske Regioner, afviser pure, at der skulle være tale om et brud på overenskomsten.

”Der er ingen tvivl om, at intentionerne i overenskomstbestemmelsen er, at den ansatte skal få tid til at finde nogen, der kan passe barnet.

Man kan ikke påstå, at den ansatte har ret til at få fri hele dagen. Og slet ikke hele døgnet,” siger Signe Friberg Nielsen.

Hun tilføjer: ”I princippet kan en arbejdsgiver bede en medarbejder med barn syg om at komme ind så hurtigt som muligt af hensyn til arbejdet.”



PAS DIT BARN OG TAG

Forskelsbehandling. På den ene afdeling er det fast praksis at få fri, første dag lille Katrine er syg. På den anden bliver sygeplejersker bedt om at komme på arbejde senere på dagen.

”Rigtig god bedring med dit barn.” Sådan lyder svaret, når afdelingssygeplejerske *Tine Lundbak* bliver ringet op af en kollega med et sygt barn.

”Har man barn syg, er det, fordi man brug for det. Vi kunne ikke drømme om at bede sygeplejersker komme ind om aftenen for at tage en ekstra vagt i forbindelse med barns første sygedag,” siger *Tine Lundbak*, afdelingssygeplejerske på Medicinsk afdeling, Glostrup Hospital.

Til gengæld kan sygeplejerskerne på Regionshospitalet i Randers ikke regne med, at barns sygdom udløser en hel fridag. For ifølge hospitalets personalechef *Anette Schmidt Laursen* er det ikke usædvanligt, at sygeplejersker opfordres til at møde op senere på dagen, hvis de holder fri om formiddagen for at passe lille *Katrine*.

”Vi forsøger langt hen ad vejen at sige: ”Du kan godt få fri til at passe barnet.” Men vi afpasser muligheden for at holde

fri til den arbejdsmæssige situation. Hvis der er mange patienter på en afdeling, kan vi f.eks. spørge: ”Hvad siger du til at tage en aftenvagt eller være på tilkaldevagt i eftermiddag,”” siger *Anette Schmidt Laursen*.

En rundringning, som *Sygeplejersken* har lavet til seks større sygehuse, viser, at praksis omkring barns første sygedag er forskellig fra hospital til hospital og fra afdeling til afdeling.

På Hvidovre Hospital fortæller personalechef *Mette Aabrink*, at sygeplejerskerne får fri ved barns første sygedag.

”Jeg er ikke bekendt med, at de bliver kaldt ind på en aftenvagt. Så skal det da være, fordi de selv tilbyder det,” siger *Mette Aabrink*. Samme melding kommer fra personaleafdelingen for de nordjyske sygehuse.

”Jeg har ikke fået forelagt, at der skulle være problemer omkring barns første sygedag. Mig bekendt får sygeplejersker fri,” siger *Helle Jørgensen* fra løn- og personaleafdelingen i Region Nordjylland.

►► **BARNES FØRSTE SYGEDAG.** Ordlyden i overenskomster om barns første sygedag lægger ikke op til, at dagen er en rettighed. I overenskomsten for en lang række offentligt ansatte som f.eks. sygeplejersker, lærere, pædagoger og læger, hedder det bl.a.:

”Der kan gives hel eller delvis tjenestefrihed med løn til pasning af et sygt barn på dettes første sygedag, hvis:

- 1) barnet er under 18 år
- 2) har ophold hos den ansatte, og
- 3) fravær er nødvendigt af hensyn til barnet, og
- 4) det er foreneligt med forholdene på tjenestestedet.

Hvis ordningen misbruges, kan adgang til fravær inddrages.”

TVINGES TIL PJÆK FOR

Dilemma. Tendensen med, at sygeplejersker ikke kan få lov til at blive hjemme hele døgnet ved deres syge børn, presser nogle til i stedet at tage egen sygedag.

Hvis en sygeplejerske har barn syg, risikerer hun at blive kaldt på arbejde. Men hvis en sygeplejerske har influenza, kan afdelingen ikke røre hende. I takt med at sygeplejersker bliver kaldt i vagt på barns første sygedag, føler nogle sig derfor presset til at melde sig selv syge, selv om det reelt er barnet, der er sygt.

Den type sygemeldinger er naturlig-

vis ikke tilladt, men det sker alligevel, fortæller fællestillidsrepræsentant på Nordsjællands Hospital *Mette Sofie Haulrich*:

”Jeg kan ikke dokumentere det sort på hvidt, men jeg ved, det sker, at sygeplejersker tager en egen sygedag, når deres børn er syge. For så slipper de for at blive kaldt ind i aftenvagt.”

Samme melding kommer fra *Jytte*

Greve, fællestillidsrepræsentant på Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder.

”Jeg har ikke blot hørt om det, jeg ved, at der er sygeplejersker, der melder sig selv syge i forbindelse med børns sygdom. Det tror jeg, alle ved på et eller andet plan.”

Dorte Steenberg, 2.-næstformand i DSR, mener, at de ureglementerede sygemeldin-

EN AFTENVAGT

►► **LÆRERE OG PÆDAGOGER FÅR FRI.** Pædagoger, lærere og læger er alle underlagt samme bestemmelser for barns første sygedag som sygeplejersker. Danmarks Lærerforening og Forbundet for pædagoger og klubfolk (BUPL) oplyser, at barns første sygedag udløser en fridag blandt deres medlemmer.

Berit Brylov, der er ansat i BUPL, forklarer:

"Jeg er ikke blevet orienteret om, at medlemmer f.eks. skal komme klokken 14, hvis de har barn syg. Det er mit indtryk, at pædagoger får fri. Det er rigtigt, at frihed ved barns første sygedag ikke er en ret ifølge overenskomsten, men det bliver formuleret og forvaltet som en ret til på arbejdspladserne."

Faglig konsulent *Troels Østergård* fra Danmarks Lærerforening kan heller ikke forestille sig, at lærere bliver opfordret til at møde op, når deres børn er syge.

"Barns første sygedag er en fridag med det besvær, der er ved at have et sygt barn. Det kan forekomme, at en lærer kommer til et forældremøde om aftenen, men det hænger som regel sammen med, at læreren selv er interesseret i at få afholdt mødet."

I Foreningen af Yngre Læger oplyser forhandlingschef *Lene Esbensen*, at barns første sygedag gennem årene har givet anledning til problemer.

Foreningen af Yngre Læger har dog ikke hørt, at læger opfordres til at møde op senere på dagen, når barnet er sygt.

"Overenskomstens ordlyd er uklar. Der er f.eks. ikke præciseret, hvor lang tid man kan holde fri ved barns sygdom i tilfælde af vagter. Bestemmelserne om barns første sygedag er lidt af en gummiparagraf, som det er vanskeligt at håndtere for sygehuspersonale med skiftende vagter," siger Lene Esbensen.

Ifølge personalechef *Michael Buhl* fra Glostrup Hospital er der blandt hospitalets afdelinger stor forskel på, hvordan barns første sygedag håndteres.

"Overenskomsten giver ikke den ansatte ret til en fridag, men sådan er praksis blevet mange steder. Har man mulighed for at komme i løbet af dagen, så har man faktisk pligt til at stille op," siger Michael Buhl. Han kan ikke se noget galt i, at sygehusene i en presset hverdag kan finde på

at kalde sygeplejersker ind, selv om de har syge børn.

"Vi mangler f.eks. 60 sygeplejersker på Glostrup Sygehus. Hvis man i en afdeling mangler sygeplejersker, så kan man som leder måske føle sig presset til at ændre praksis, så børns første sygedag ikke automatisk er ensbetydende med en hel fridag," siger Michael Buhl.

2.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd, *Dorte Steenberg*, finder det til gengæld helt

uacceptabelt, at der er så store forskelle på, hvordan barns første sygedag håndteres.

"Det er ikke acceptabelt, at bestemmelsen om barns første sygedag fortolkes forskelligt afhængigt af arbejdssted. Intentionen var at aflaste sygeplejersker med børn, og der bør ikke være forskellig praksis," lyder det fra Dorte Steenberg.

bso@dsr.dk, lha@dsr.dk

AT PASSE SYGE BØRN

ger bør få sygehusledelserne til at tænke sig om, inden de fortsætter med at lægge pres på sygeplejersker med syge børn. Hun siger:

"Ledelserne bør overveje deres praksis, når sygeplejersker ser sig nødsaget til selv at sygemelde sig, når deres børn er syge. Og reelt kan sygeplejerskerne jo selv blive syge, fordi de bliver bragt i en stress-situation,

når de skal tage hånd om deres familieliv og arbejdsliv på samme tid."

lha@dsr.dk

►► En undersøgelse fra Dansk Arbejdsgiverforening fra 2002 viste, at ca. 3 pct. af danske lønmodtagere melder sig syge uden selv at være syge, men fordi et familiemedlem er sygt.

Omsorgsdage. Da sygeplejerske Jean Ann Wade Jensens søn fik mononukleose og skulle holdes hjemme fra skole i en måned, var der ikke mulighed for at holde en eneste omsorgsdag. Jean Jensen fik i stedet omlagt alle sine dagvagter til aftenvagter i de fire uger, drengen var syg.

BARNES SYGDOM GAV EN MÅNED I AFTENVAGT

Seksårige *Anders* var lige begyndt i 1. klasse, da han blev sløj og tilsyneladende havde fået halsbetændelse. Mor til *Anders*, sygeplejerske *Jean Ann Wade Jensen*, fik – med hjælp fra sin mand og sin mor – passet sønnen i den uge, han skulle blive rask af en penicillin- og antibiotikakur. *Anders* fik det dog ikke bedre, og det viste sig, at han havde mononukleose.

Drengen var hårdt ramt af sygdommen, og lægen meddelte, at han skulle holdes hjemme i 3-4 uger.

Jean Ann Wade Jensen lagde problemet frem på sin afdeling, Akut hjerteafdeling på Hillerød Sygehus, hvor hun havde været ansat i 10 år. Hun havde en del omsorgs- og feriedage, som hun håbede, hun kunne

bruge i en kombination med at få lagt nogle af sine vagter om. Eller måske kunne hun tage forældreorlov? Hun var åben for alle muligheder.

”Jeg vidste godt, at afdelingen var presset. Men jeg blev alligevel skuffet over den løsning.”

Jean Ann Wade Jensen var godt klar over, at fristen var kort, og at hendes afdeling kørte på pumperne i forvejen. Men hun havde alligevel ikke ventet at få den besked, hun så fik:

Afdelingen kunne ikke klare, at hun var

fraværende bare én arbejdsdag den næste måned. Den eneste måde, hvorpå hun kunne passe sønnen i perioden, var ved, at hendes sædvanlige dagvagter blev omlagt til aftenvagter.

”Jeg vidste godt, at afdelingen var presset af flere langtidssygemeldinger, og at der ikke var penge til vikarer. Men jeg blev alligevel skuffet over den løsning. Jeg er aldrig, aldrig syg. Og i de tre år, jeg havde været tilbage efter min anden barsel, havde jeg haft 1-2 barns første sygedage. Jeg havde klaret det ved at bytte vagter. Så jeg havde regnet med, at de ville være imødekommende,” siger *Jean Ann Wade Jensen*.

Hun misunder ikke de mellemledere, der

HVIS FRITID ER MEST VÆRD?

Dilemma. Afdelingssygeplejersker sidder næsten dagligt og får mavepine over at skulle få vagtplanerne til at hænge sammen. Hvem kan man bedst bede om at komme på arbejde – én der har en fridag, eller én med barn syg?

En vakant stilling, en langtidssyg, to nye sygemeldinger og en, der melder barns første sygedag. Den situation er ikke usædvanlig på en helt almindelig dag på en gennemsnitlig sygehusafdeling. Ikke mindst dem med mange yngre sygeplejersker.

Afdelingssygeplejersken kan mærke, hvordan maven trækker sig sammen. Hun skal sørge for patienternes sikkerhed og for trivsel hos det øvrige personale. Hun skal i gang med at ringe rundt for at få en ekstra sygeplejerske til at komme på arbejde.

”Man kan næsten få mavesår af hver eneste morgen at skulle ringe folk op på deres fridag eller barns sygedag,” fortæller

Kirsten Simonsen, leder af Nefrologisk Klinik på Hillerød Sygehus og p.t. ansvarlig for personaleområdet.

Hun har været leder i sygehusvæsenet i næsten 20 år, bl.a. som afdelingssygeplejerske.

”Man kan bruge hele sin dag på at prøve at få fat i nogen, der kan komme ind på arbejde. Så skal man sidde der og vurdere, hvis fritid der mon er mest værd. Hvem kan man bedst være bekendt at ringe til? Hende der har en fridag, og som også fik inddraget sin fridag i sidste uge, eller hende med barn syg?” spørger *Kirsten Simonsen*.



Jean Ann Wade Jensen har to børn og et tredje på vej. Hun har klaret sig med meget få barns sygedage og næsten ingen egne sygedage. Derfor blev hun ekstra skuffet, da hun ikke fik lov til at bruge nogle af sine omsorgsdage under sin søns længerevarende sygdom.

skal få tingene til at gå op og tage hensyn til 30 medarbejdere. Hun blev dog ærgerlig over, at afdelingen ikke kunne planlægge så lang tid frem, at hun f.eks. kunne tage nogle af sine omsorgsdage i den 3. eller 4. uge af sønnens sygefravær.

På daværende tidspunkt (september 2006) var Jean Ann Wade Jensen i starten af sin tredje graviditet. Hun var plaget af kvalme, opkast og træthed, men blev ikke hjemme af den grund. Dagene gik med

først at passe Anders, som var så syg, at han tabte 20 pct. af sin kropsvægt, og bagefter gå i aftenvagte, hvor hun som regel var ansvarshavende.

"Mit arbejde krævede, at jeg skulle være på, og jeg mener bestemt også, at jeg passede mit arbejde godt. Jeg husker bare, at når klokken nærmede sig 21 på vagten, så var jeg træt. Hvis jeg skulle sætte mig ned og lave noget papirarbejde på det tidspunkt, så faldt jeg fuldstændig sammen."

"Men man overlever jo, og det var en begrænset periode."

Om få uger kommer Jean Ann Wade Jensens tredje barn til verden. Hvad gør hun, hvis dette barn også får en længerevarende sygdom?

"Jeg ved det helt ærligt ikke. Men jeg må indrømme, at jeg kunne blive fristet til selv at melde mig syg en anden gang."

lha@dsrc.dk

Kan manden hjælpe?

Rundt om i landet sidder afdelingssygeplejersker dagligt med det samme dilemma. Og nogle gange falder valget på sygeplejersken med det syge barn.

"Det er da et problem, at man ikke kan få lov til at passe sine syge unger. Men som mellemløber kan man godt komme derud, hvor man må spørge, om manden ikke kan hjælpe, så sygeplejersken kan møde ind i løbet af formiddagen. Og hvis det ikke kan lade sig gøre, kan man blive nødt til at bede dem komme ind i en aftenvagt," siger Kirsten Simonsen.

Hvis det drejer sig om et barn, der er sygt i længere tid, kan lederen også blive tvunget til f.eks. at lægge dagvagter om til aftenvagter frem for at lade den pågældende forælder tage ferie- eller omsorgsdage. Sygeplejerskemangel kan gøre det umuligt at få mandskabsplanerne til at gå op selv flere uger frem.

Flere penge for skæve vagter

Kirsten Simonsen peger på et middel, der kunne løse en del af problemet, nemlig en højere belønning til de sygeplejersker, der er villige til at tage ekstra vagter.

"Hvis man fik flere penge for at tage en vagt på sin fridag, så ville der være en større vilje til at yde noget ekstra, f.eks. når ens kollega har barn syg."

Hun foreslår desuden, at vagttillæg for aften-, natte- eller weekendvagter følger den, der reelt tager vagten, og ikke som i dag, hvor ulempen også gives til den, der alligevel ikke kan møde i vagten pga. sygdom, ferie eller barsel.

"Alle pengene skulle så tilfalde den, der faktisk arbejder i vagten, og ingen af pengene skulle gå til den, der ikke har ulempen, fordi hun er syg eller fraværende af anden grund."

Hun ved godt, at forslaget er kontroversielt. Men hun mener, det ville hjælpe. Både på tendensen med, at sygeplejersker kaldes ind på barns første sygedag, og på forståelsen fra de kolleger, som ofte bliver kaldt på arbejde, fordi andre har syge børn.

Hun siger: "Hvis det gav mere at tage en ulempe-vagt, ville det ikke være så surt, og så ville sygeplejersker uden små børn i højere grad tage de skæve vagter, som småbørnsmødrene så kunne slippe for."

lha@dsrc.dk

"CHEF, JEG KOMMER IKKE

Av, av, av. For hver gang en medarbejder i staten har to sygedage, har en gennemsnitlig sygeplejerske tre sygedage. Men det har sin forklaring, siger forskerne.

Oplever du dårlig stemning, ringe ledelse og fysisk belastning på din arbejdsplads, så er du blandt dem, der har høj risiko for at snuppe en sygedag, når vækkeuret ringer til vagt. Fuldtidsansatte sygeplejersker har med deres 12 årlige sygedage i snit et højere sygefravær end både læger og folkeskolelærere. Og det gennemsnitlige sygefravær blandt alle ansatte ligger på 7-8 sygedage om året, fortæller forsker ved Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA), *Merete Labriola*. Men generelt har kvinder i det offentlige, der arbejder med mennesker, et højere sygefravær end gennemsnittet af lønmodtagerne.

Sygefravær udløses, ifølge forsker Merete Labriola, af en række forskellige forhold. Men er du kvinde og kommunalt ansat med ingen eller mellemlang uddannelse og et job, der indebærer fysisk belastende arbejdsstillinger og dårlig ledelse, er du blandt

de ansatte, der har høj risiko for at få øget sygefravær sammenlignet med eksempelvis mænd, der er statsligt ansat med akademisk uddannelse og lederansvar.

Glade patienter gi'r raske plejere

Merete Labriolas ph.d.-afhandling fra 2006 viser, at mange af de faktorer, der samlet øger risikoen for øget sygefravær, er til stede i sundhedssektoren. Det drejer sig bl.a. om lav tilfredshed med ledelsen, graden af fysisk belastning i arbejdet og få udviklingsmuligheder i arbejdet.

"Man har et system, hvor der politisk er nogle krav om, at du skal være effektiv, og samtidig har du med mennesker at gøre. Man kan altså ikke effektivisere, når man har med mennesker at gøre, for der sker simpelthen ting, der er uforudsigelige," siger hun.

Følelsen af, at arbejdet giver mening, er

særlig vigtig, hvis man skal reducere sygefraværet, forklarer også arbejdsmiljøchef i Ledernes Hovedorganisation, *Lars Andersen*: "Hvis medarbejderne ikke trives, og hvis de ikke føler, at det giver mening og anerkendelse at gå på arbejde, så eksploderer sygefraværet."

For sygeplejerskerne er det dog ikke alene anerkendelse fra ledelsen, der skaber tilfredshed og mindre sygefravær.

"Der er en sammenhæng mellem patienternes tilfredshed og sygeplejerskernes trivsel. Hvis patienterne er tilfredse, så virker det også godt for sygeplejerskerne. Det er vigtigt, at arbejdet værdsættes og påskønnes af patienterne," forklarer læge *Marianne Borritz*, der i sin ph.d.-afhandling undersøgte udbrændthed hos personale, der arbejder med mennesker.

kbc@dsr.dk

►► HVOR SYGE ER SYGEPLEJERSKER?

Hver dag hele året rundt er omkring 140.000 personer i arbejdsstyrken syge. Det koster det offentlige og det private erhvervsliv samlet 35 mia. kr. om året. De fleste opgørelser peger på, at sygefraværet er øget hvert år siden slutningen af 1990'erne. Beskæftigelsesministeriet oplyser, at kommunalt ansatte har det højeste sygefravær med gennemsnitlig 15,8 sygedage årligt, mens de statslige har det laveste med 8,2 sygedage om året.

Fuldtidsansatte sygeplejersker var i snit sygemeldt 12 dage om året i 2005, viser research foretaget af Dansk Sygeplejeråds Analyseafdeling. Hvis antallet af sygedage halveres blandt sygeplejersker uden ledelsesansvar, vil det give arbejdstid svarende til ca. 900 fuldtidsstillinger.

Herunder er udvalgt en række faggruppers årlige sygefravær på det kommunale og amtslige område:

ÅRLIGT FRAVÆR MÅLT I DAGSVÆRK PR. FULDTIDSANSAT I 2005

Personalegruppe (opgjort som overenskomstgruppe)	Årligt fravær målt i dagsværk pr. fuldtids-
Folkeskolelærere	9,7 dage
Servicemedarbejdere/assistenter v. sygehuse	19,4 dage
Portører/sygehusportører	13,9 dage
Pædagoger v. daginstitution/klub mv.	13,8 dage
Social- og sundhedspersonale	16,0 dage
Underordnede læger (reservelæger)	5,8 dage
Sygeplejersker	12,0 dage

Kilde: Kørsler i Det fælleskommunale Løndatakontors sygefraværstatistik pr. 22.1.2007.

►► DE UDLØSENDE FAKTORER

Følgende faktorer i arbejdet øger risikoen for sygefravær, når der er taget højde for køn, alder, rygning, overvægt og helbred:

- lav tilfredshed med ledelsen
- lav støtte fra nærmeste leder
- arbejde foroverbøjet
- graden af fysisk belastning i arbejdet
- arbejdet med hænderne løftet over skulderhøjde/hænderne drejet
- arbejde med bøjet/vredet øvre ryg/nakke
- træk/skub af tunge byrder
- ensidigt gentaget arbejde
- få udviklingsmuligheder i arbejdet.

Kilde: Ph.d.-projekt om arbejdsmiljø og langtidssygefravær af *Merete Labriola* (2006) www.arbejdsmiljoforskning.dk

I DAG"

EN BLOMST FRA LEDEREN GØR DIG MINDRE SYG

Vend skuden. "Jeg tror, at det er realistisk at bringe sygefraværet i sundhedssektoren betydeligt ned," siger arbejdsmiljøchef i Ledernes Hovedorganisation, Lars Andersen.

Gladere personale, mere tilfredse patienter og en reduktion i sygefraværet på 13 pct. er resultatet af et målrettet fokus på forbedring af ledelse og kommunikation på Bispebjerg Hospital. Omregnet til lønkroner er det en årlig gevinst på knap 6 mio. kr.

Hvert år sender de fysiske og psykiske belastninger på arbejdspladserne, hvad der svarer til 1.800 fuldtidsansatte sygeplejersker, under dynerne i et år ad gangen, viser en opgørelse fra Dansk Sygeplejeråd. Hvis man kunne halvere sygefraværet på landsplan, ville man stort set bringe sygeplejerskemanglen i nul. En manøvre, der både kunne gavne de ansatte, arbejdspladserne og samfundsøkonomien – og så er den realistisk, vurderer forskerne.

"Jeg tror, at det kan lade sig gøre at bringe sy-

gefraværet ned. Og at man kan tiltrække og fastholde personalet ved at sikre, at der er et godt arbejdsmiljø uden rollekonflikter og med høj grad af indflydelse i arbejdet," siger læge *Marianne Borritz*.

Resultater af et forskningsprojekt på Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) viste for nylig, at arbejdspladser med dårligt arbejdsmiljø potentielt kunne reducere sygefraværet med op til 40 pct., hvis det psykiske arbejdsmiljø blev forbedret.

Ikke et individuelt problem

Også forsøg fra forskellige arbejdspladser rundt om i landet tyder på, at det godt kan betale sig, at gøre en indsats for at nedbringe sygefraværet. Eksempelvis reducerede fire kommuner ved Vejle sygefraværet med 34 pct. ved at kortlægge årsagerne til sygefravær og lade et team af specialister besøge den sygemeldte hurtigt i sygeforløbet og udarbejde en handleplan. Også i det tidligere Frederiksborg Amt har man med succes gennemført et forsøg på et psykiatrisk sygehus, hvor sygefraværet blev halveret ved at lade personalet lægge sine egne vagtplaner.

Men ledelsen skal være opmærksom på de faktorer, der skaber sygefraværet, og det er dem, som man skal forsøge at ►



►► LEDERNE HAR NØGLEN TIL ET MINDRE SYGEFRAVÆR

Beskæftigelsesminister *Claus Hjort Frederiksen (V)* har udsat lederne til at være nøglepersoner i kampen mod sygefravær.

Og det er nok ikke nogen helt tosset ide, for en undersøgelse fra ledernes egen hovedorganisation viser, at dårligt arbejdsmiljø medfører, at personalet i gennemsnit har fire sygefraværsdage mere end personalet på de arbejdspladser, hvor lederne beskriver arbejdsmiljøet som godt.

I Ledernes Hovedorganisation (LH) tager de konkret fat om ledernes rolle.

Der skal være vægt på forebyggelse, hvis man skal reducere sygefraværet, siger *Lars Andersen*, arbejdsmiljøchef i LH.

- Undersøg sygefraværets karakter. Er det et brækket ben? En depression? Influenza?
- Arbejd med den udløsende faktor. Hvis mange melder sig syg med ondt i ryggen, så skal man måske ændre på nogle arbejdsstillinger el.lign. Gør en indsats for at forebygge kommende sygdommeldinger.
- Nedskriv en sygefraværspolitik og brug sygefraværssamtaler i forebyggende øjemed for at blive klogere på, hvor problemerne ligger, og ikke for at kontrollere den sygemeldte.

- ændre på. Man kan eksempelvis forebygge dårligt arbejdsmiljø ved at undersøge, hvilke trivselstilbud medarbejderne ønsker. Lederen kan vurdere, om en frugtordning eller en kunstforening kunne øge trivslen på arbejdet, foreslår Beskæftigelsesministeriet i den seneste kampagne mod sygefravær.

”Det hjælper at afholde eksempelvis sygefraværssamtaler, men det, der hjælper allermost, er forebyggelse. De virksomheder, der arbejder målrettet med at forbedre de udløsende faktorer, får mest ud af det,” siger arbejdsmiljøchef *Lars Andersen* fra Ledernes Hovedorganisation.

Nul sygdom er usundt

Det skal dog ikke være et mål at bringe sygefraværet ned på nul. Faktisk mener *Merete Labriola*, der forsker i sygefravær ved NFA, at det er sundt for virksomheden, at der er et vist minimum af sygefravær.

”Man skal være opmærksom på, at sygedage kan have stor betydning for, at du kan overleve i dit job. Hvis det er et meget stresset job, og du aldrig får taget denne her dag, hvor du lige får trukket vejret, så kan det være, at du ender med langtidssygefravær med risiko for slet ikke at komme tilbage. Så det med ikke at komme på arbejde fire dage om året kan måske betyde, at du faktisk i sidste ende bliver der,” siger *Merete Labriola*.

Men er sygdommen først indtruffet, så er det vigtigt, at der etableres kontakt til den sygdomsramte.

”Vi ved fra svenske undersøgelser, at blomster faktisk er rigtig gode. Der ligger en signalværdi i, at du er vigtig nok til, at man vil ulejlige sig. Eller man rin-

ger og siger: ”Håber, at du har det godt, og vi glæder os til, du kommer tilbage.”

Det er vigtigt, at man har en kontakt.

Vi kan se, at dem der ikke har haft kontakt, de har meget langt sygefravær,” forklarer *Merete Labriola*.

kbc@dsr.dk



► **FORSKER I SCREENING.** *John Brodersen* er speciallæge i almen medicin og forsker ved Institut for Folkesundhedsvidenskab.

Han offentliggjorde i 2006 en ph.d.-afhandling om de psykosociale konsekvenser af mammografi. Godt 1.000 kvinder har deltaget i den undersøgelse, der ligger til grund for afhandlingen. Heraf fik de 61 konstateret kræft efter screeningen, mens 250 fik et falsk positivt svar. I forbindelse med afhandlingen har John Brodersen også gennemført seks fokusgruppinterview med i alt 34 kvinder. De viser at de psykosociale følger af et falsk positivt svar er mere omfattende end hidtil antaget.

Ph.d.-afhandlingen "Measuring psychosocial consequences of false-positive screening results – breast cancer as an example" kan rekvireres hos Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, *Helle Ravn*, hra@mpl.dk



"Screeningsprogrammer er med til at fastholde moderne mennesker i illusionen om, at vi kan gøre os selv usårelige, blot vi gør os umage nok," mener lægen John Brodersen. Hans ph.d.-afhandling om de psykosociale konsekvenser af mammografi viser, at det kan have alvorlige konsekvenser for kvinder at få et falsk positivt svar.

Screening. Fra 2007 får alle danske kvinder mellem 50 og 69 år tilbud om mammografi. Lægen John Brodersen har de sidste seks år forsket i screening. Hans nyeste undersøgelse viser, at falsk positive svar fra brystkræftscreeninger efterlader mange kvinder i en tilstand af chok.

Mammografi skaber frygt

"Der er en forkalkning i brystet. Vi kan ikke helt udelukke, at det er brystkræft, og derfor bliver vi nødt til at operere."

Sådan lød beskedene til den 50-årige kvinde, *Marianne*, et par uger efter at hun havde fået foretaget en mammografi. Heldigvis forløb operationen uden komplikationer, og det viste sig, at den lille forkalkning var ufarlig. Men for Marianne var tiden før og efter screeningen et chok. Hun blev nervøs og begyndte at stille spørgsmål som: "Hvad nu hvis jeg skal dø af kræft?"

Helt op til halvandet år efter screeningen har mange ting ændret sig for Mari-

anne. Hun er ikke nær så ubekymret som før og tænker ofte på, om hun fejler noget.

Marianne har hverken cpr-nummer eller adresse. Hendes eksempel er typisk for reaktionerne blandt de kvinder, som speciallæge i almen medicin og folkesundhedsforsker *John Brodersen* har interviewet i forbindelse med en ny ph.d.-afhandling, der kortlægger de psykiske og sociale konsekvenser af at deltage i brystkræftscreening.

John Brodersen fandt, at mange af de kvinder, der oplevede falsk alarm i forbin-

delse med mammografiscreening, gennemlevede nogle af de krisereaktioner, der ellers er typiske for patienter med en alvorlig sygdom.

"De begyndte at rydde op i livet. Nogle af kvinderne fandt testamentet frem eller gik ud for at finde begravelsesplads. En anden fjernede gamle kærestebreve på sit loft, for at hendes søn ikke skulle finde dem. Min undersøgelse viser, at konsekvenserne af at få et falsk positivt svar er mere vidtrækkende end hidtil antaget, og det er et spørgsmål, om der kommer ar på sjælen," siger John Brodersen. ►

“Nogle af kvinderne fandt testamente frem eller gik ud for at finde begravelsesplads. En anden fjernede gamle kærestebreve på sit loft, for at hendes søn ikke skulle finde dem. Min undersøgelse viser, at konsekvenserne af at få et falsk positivt svar er mere vidtrækkende end hidtil antaget.”

► Hans synspunkter er kontroversielle blandt etablerede kræftbehandlere. John Brodersen ligner da også en mand, som bestemt ikke har noget imod at revse det etablerede system, da han i nærmest hæsbælende tempo opregner statistikker og facts på det lille kontor i det tidligere kommunehospital i København.



FOTO: MORTEN HOLTUM

John Brodersen er speciallæge i almen medicin og har forsket i de psykosociale konsekvenser af screening i seks år. Han mener, at de nye regioner bør genoverveje beslutningen om at indføre mammografi.

blot vi gør os umage nok. Men mammografi øger på en måde forekomsten af brystkræft, fordi mammografi betyder overdiagnostik og dermed overbehandling. Det er veldokumenteret, at for hvert undgået dødsfald af brystkræft bliver 10 kvinder overdiagnosticeret med brystkræft. Selv den kvinde, som blev reddet ved screening, vil på et eller andet tidspunkt dø, ikke af brystkræft, men af andre årsager, og lever ikke nødvendigvis længere eller lykkeligere,” lyder det fra John Brodersen.

John Brodersen ved godt, at tiden ikke er med hans synspunkter. I lande som USA og Australien er der for længe opstået en hel industri af screeningstest, og herhjemme er der flere forsøg i gang med screening for tarmkræft og lungekræft.

Behandlere begejstrede

En af John Brodersens pointer er, at det i høj grad er de læger, der har deres daglige gang blandt meget syge patienter, som har banet vejen for indførelse af screening.

”Det er da forståeligt, at læger, som arbejder med alvorligt syge patienter, siger: ”Nu har vi endelig fundet en teknik, som kan mindske patienternes lidelser.” Men kræft er ikke bare kræft. I den ene ende af spekteret har man en svær kræft. I den anden ende en kræftknode, som udvikler sig meget langsomt. Der er en misforstået holdning om, at hvis man finder

jersker og kræftlæger er det problematisk. Brystkræft er en forfærdelig sygdom, og jeg forstår da godt, at den enkelte kvinde, som måske har oplevet et familiemedlem eller en kollega lide af kræft, vælger at blive screenet. Men samfundsmæssigt er der ikke noget, som tyder på, at mammografi er en god måde at kontrollere brystkræft på,” siger John Brodersen og henviser til en undersøgelse fra Det Internationale Cochrane Center.

Den viser, at når 2.000 kvinder deltager i mammografi og bliver screenet fem gange på 10 år, vil én kvinde få ændret sin prognose og undgå at dø af brystkræft. 40-50 kvinder vil få stillet diagnosen brystkræft. Af dem har 10 kvinder en så langsomt voksende form for kræft, at de aldrig ville have mærket sygdommen, hvis ikke den var blevet diagnosticeret. 200 af de 2.000 kvinder får et falsk positivt svar.

”Screeningsprogrammer er med til at fastholde moderne mennesker i illusionen om, at vi kan gøre os selv usårlige,

Dårlig investering

Mammografi har eksisteret i 20 år, og i løbet af 2007 skal tilbuddet om brystkræftscreening være indført i hele Danmark. John Brodersen har forsket i de psykosociale konsekvenser af screening i seks år, og han hører til den lille kreds af kritikere, som mener, at de nye regioner burde genoverveje beslutningen om at indføre mammografi.

Han påpeger, at hver femte danske kvinde, der medvirker i samtlige screeningsrunder for brystkræft, vil opleve at få et falsk positivt svar.

”Det ser ud til, at konsekvenserne af at opleve falsk alarm ved mammografiscreening for de fleste betyder, at de bliver mere sårbare og skrøbelige. Sundhedsøkonomiske beregninger viser, at kvinder, der har fået falsk alarm, opsøger deres praktiserende læge og får foretaget flere unødige undersøgelser,” siger John Brodersen og henviser til det, han betegner som en anden bivirkning ved screening: Nemlig at det først og fremmest er de raske og de veluddannede, som benytter sig af tilbuddet.

”Lige netop i forhold til brystkræft er det ikke så dumt, fordi sygdommen rammer hyppigere i de højere sociale lag, men inden for næsten alle andre sygdomme er det meget uhensigtsmæssigt,” siger John Brodersen.

De syge betaler

En anden bagside ved screening er ifølge John Brodersen, at sundhedsvæsenets sparsomme ressourcer flyttes fra de syge til de raske.

”I en tid med mangel på både sygeple-

►► **UDPLUK AF SCREENINGER I DANMARK.** Alle danske kvinder mellem 23 og 59 år tilbydes undersøgelse for livmoderhalskræft hvert tredje år.

Fra 2007 bliver regelmæssig brystkræftundersøgelse et tilbud i hele landet for kvinder mellem 50 og 69 år.

Screening for tarmkræft blandt de 50-74-årige er i 2005-2006 blevet gennemført i Vejle Amt og Københavns Amt.

Screening for knogleskørhed blandt kvinder over 60 år kører som forsøg i Roskilde Amt. Gentofte Amtssygehus har iværksat et forsøg, der skal kortlægge, om screening blandt store rygere kan fange lungekræft i et tidligt stadium.

Screening redder kvindeliv

en sygdom på et tidligt stadie, så gavner det alle,” siger John Brodersen.

Han foreslår, at screening i højere grad målrettes særlige risikogrupper i stedet for at favne bredt.

”I dag tilbydes alle danske kvinder mellem 23 og 59 år f.eks. screening for livmoderhalskræft, selv om vi ved, at det især er kvinder i en bestemt alder og med mange seksualpartnere, som er i risikogruppen. Derfor behøver vi måske ikke at screene den midaldrende kvinde, som har været gift med den samme mand i mange år,” mener John Brodersen.

På spørgsmålet, om der dog slet ikke eksisterer gode screeningsprogrammer, kommer svaret prompte:

”Jo, bestemt. Den såkaldte PKU-test, som med et prik i hælen undersøger 23 sjældne sygdomme hos nyfødte, er et eksempel på en fremragende screening, som på en simpel måde kan redde nogle børn fra mental retardering. Men generelt er et af problemerne, at effekten af kræftscreeninger ikke er ordentligt dokumenteret. Man ville jo aldrig lancere blodtrykssænkende medicin til behandling af syge mennesker, uden at bivirkningerne var kortlagt. I forbindelse med screening sender vi helt raske mennesker ud i et forsøg, uden at bivirkningerne er ordentligt belyst. Det er da den omvendte verden.”

bso@dsr.dk

Er det rimeligt at screene kvinder for mammografi, når en dansk undersøgelse viser, at falsk positive svar er en psykisk belastning for mange kvinder?

Sygeplejersken har spurgt overlæge, Iben Holten, fra Kræftens Bekæmpelse:

Hver femte kvinde, der følger samtlige screeningsrunder for brystkræft, risikerer at få et falsk positivt svar. Er det ikke en grund til at genoverveje beslutningen om at indføre landsdækkende mammografi?

”Nej, det mener jeg ikke. John Brodersens arbejde udgør jo ikke facitlisten på det spørgsmål. Der er andre forskere, som har fundet andre resultater.

Verdenssundhedsorganisationen WHO har på baggrund af en række undersøgelser konkluderet, at mammografi nedbringer dødeligheden af brystkræft med 25 pct. for kvinder i den aldersgruppe, der undersøges. Og at dødeligheden nedsættes med 35 pct. blandt de kvinder, der screenes. Det svarer meget godt til resultaterne af en undersøgelse fra København.

Det er kolossalt vigtigt at få nedbragt dødeligheden for brystkræft, og jeg vil da også mene, at de fleste kvinder sætter overlevelsen meget højt. Man skal ikke være blind for bivirkninger

Der er nogle, der kan leve med usikkerheden i de falsk positive svar. Andre kan ikke. Det er op til den enkelte kvinde at træffe valget om mammografi.

Men det er vigtigt, at tilbuddet er der. Tilslutningen til mammografi er jo over 80 pct. flere steder i landet.”

Er screening ikke et udtryk for, at sundhedsvæsenet flytter ressourcerne fra de syge til de raske?

”Det kan jeg ikke se. Strengt taget behøver pengene til screening jo ikke tages fra andre dele af sundhedsvæsenet. Og de, der får fundet kræft som følge af screening, er jo heller ikke raske.

Jeg har et problem med at forstå, at man først skal have sygdommen i et fremskredent stadie, før man kan komme i behandling. Det er en meget bedre løsning at finde sygdommen på et tidligere tidspunkt, hvor behandlingen ofte er mindre indgribende og chancen for overlevelse større. Det er jo også en gevinst rent samfundsmæssigt.”

Burde samfundet i højere grad målrette screeningen mod særlige risikogrupper?

”Jo, det skal vi hele tiden arbejde på. Samfundsmæssigt er der ingen grund til at tilbyde kvinder overflødige undersøgelser. I forhold til f.eks. livmoderhalskræft kan man sagtens forestille sig, at screeningsprogrammet ændres i takt med den nyeste viden om sygdommen.

Men screening for livmoderhalskræft er vigtig. Danmark har en af de allerhøjeste forekomster af livmoderhalskræft i Europa, og 150-200 kvinder dør af sygdommen hvert år. Det er ubærligt, når vi ved, at screening kan forhindre sygdommen i at opstå.”

bso@dsr.dk

►► **NY INFORMATION PÅ VEJ.** Sundhedsstyrelsen udsender i begyndelsen af 2007 et nyt informationsmateriale om screening. Det skal være fælles for de fem nye regioner, når de fra 2007 skal tilbyde mammografi til alle kvinder mellem 50 og 69 år.

En af bidragsyderne til det nye materiale er læge John Brodersen. Han har tidligere henvendt sig til Sundhedsstyrelsen sammen med formanden for Det Ethiske Råd, Ole Hartling. De to læger mente, at invitationerne til screening for ende- og tyktarmskræft i Københavns- og Vejle amter overspillede fordelene ved screening og underspillede ulemperne.

”En invitation til screening er ikke et rekrutteringsinstrument. Derfor er det vigtigt, at der bliver lavet et informationsmateriale, som fortæller uvildigt om fordele og ulemper ved mammografi,” siger John Brodersen.

Grønland griber de



Center for Sundhedsuddannelser i Nuuk oplevede et skidt år i 2006, da kun to sygeplejersker blev færdiguddannet fra skolen. Skolens ledelse mener dog, at resultatet er enkeltstående, og at der er fremgang at spore.

Presset sundhedsvæsen. Listen over problemer i det grønlandske sundhedsvæsen virker uendelig. Store afstande mellem små samfund gør, at den rigtige hjælp ofte kan være langt væk. Mangel på både sygeplejersker og læger tvinger Direktoratet for Sundhed og de enkelte sygehuse ud i dyre vikarløsninger, der samtidig gør det svært at sikre kontinuitet i pleje og behandling.

Massive sociale problemer er også med til at sætte behandlersystemet under pres. Høje rater for selvmord, alkoholisme, aborter som prævention og psykiske problemer skaber et helt unikt patientmønster.

I 2006 rejste *Sygeplejersken* til Grønland for at følge sygeplejersker på verdens største ø. Mød afdelingssygeplejersken, der er hospitalsleder, de udskældte "limousinesygeplejersker," den hårdt prøvede fagforeningsformand og dem, der prøver at udklække de guldæg, som skal redde den grønlandske folkesundhed.

gode ideer

►► SUNDHED I GRØNLAND

Areal: 2.166.086 km² (Danmark: 43.094 km²)

Befolkningstal: 57.100 (DK: 5.431.000)

Befolkningstæthed: 0,026 indbyggere pr. km² (DK: 126 pr. km²)

Bruttonationalprodukt pr. indbygger: \$ 20.000 (DK: \$ 47.984)

Forventet levealder:

Grønland:

Samlede befolkning: 68,07 år

Mænd: 64,52 år

Kvinder: 71,69 år (tal fra 2000)

Danmark:

Samlede befolkning: 77,79 år

Mænd: 75,49 år

Kvinder: 80,22 år (tal fra 2006)

Sundhedsvæsenets budget:

Direktoratet for Sundhed får i finansloven for 2007 971 mio. kr. at gøre godt med. Det svarer til ca. 17.000 kr. pr. indbygger i landet. Tilsvarende brugte Indenrigs- og Sundhedsministeriet i Danmark i 2005 71,5 mia. kr. på sundhed, hvilket svarer til ca. 13.000 kr. pr. indbygger.

Selvmord

Grønland har den højeste selvmordsrate i Norden. I 2006 døde 54 mennesker for egen hånd i landet – det svarer til mere end én om ugen. Tragedien rammer særligt hårdt, da en meget stor andel af selvmordene bliver begået af unge mennesker.



Andre roller. Færdiguddannet i år 2002 og allerede hospitalsleder. Margrethe Christensen er afdelingssygeplejerske på sygehuset i den grønlandske by Paamiut. En stilling, der bærer helt andre ledelsesmæssige udfordringer med sig, end hun ville kunne få i Danmark.

PRIVATFOTO



Karrieren rykker

I morgensolen slår den store røde helikopter det sidste sving ind over Paamiut. Med faretruende fart flyver den ned mod landingspladsen, før den nærmest sætter sig på halen i en opbremsning, hænger helt stille et øjeblik og blidt bumper ned på jorden.

Et mylder af mennesker møder helikopteren, mange af dem er der for at sige farvel til den gruppe af folkeskoleelever fra venskabsbyen Herlev, der har været på besøg i en uge. Afdelingssygeplejerske *Margrethe Christensen* er der for at sige goddag til en ny læge til byens sygehus.

Hun er vant til den store trafik af personale ind og ud af Paamiut. Læger og sygeplejersker, der bliver ansat i denne by, er her typisk i to til tre måneder ad gangen på vikarordninger, og Margrethe er den eneste fastansatte sygeplejerske på det lille sygehus, som ligger tre minutters kørsel i en meget ramponeret ambulance fra landingspladsen.

Paamiut ligger halvanden times flyvning med helikopter syd for Nuuk. Tre gange om ugen lander helikopteren fra Air Greenland i byen, der huser 1.765 indbyggere. Ugentligt ankommer der også et forsyningseskib med dagligvarer, men ellers er byen ret isoleret, da der ikke er nogen veje mellem byerne i Grønland. Uden for byen er arbejdet med at bygge en landingsbane til fastvingede fly dog godt i gang, og det kommer til at åbne for flere afgang til omverdenen, da det er en langt billigere transportform end helikopteren.

Afdelingssygeplejerske Margrethe Christensen er et godt eksempel på, hvor meget det grønlandske sundhedsvæsen er villig til at satse på de fastansatte medarbejdere. Hun har netop fået lov til at tage en MBA ved Henley Management College i London, England. Hun får brug for alle sine kompetencer, lige fra arbejdet med sygeplejerskerne til spørgsmålet om, ambulancerne skal have pigdæk på.



på kysten

Midt i byen ligger en gul træbygning, som huser Dronning Margrethes Sundhedscenter, der blev bygget i 1998. Foran holder de to varevogne, der udgør byens ambulancer. Den ene mangler en rude i skydedøren og er mildest talt ikke i den bedste stand.

”Vi prøver at holde den kørende så længe som muligt, for vi har kun fået bevilget penge til at holde en enkelt ambulance kørende, men siden vi fik en ny for nogen tid siden, har vi gjort vores bedste for at lappe på den gamle, så vi har den i nødstilfælde,” fortæller Margrethe Christensen.

Sygeplejersken er chef

Som afdelingssygeplejerske på et sygehus i et af Grønlands sundhedsdistrikter er der en helt anden vægt bag titlen, end man oplever i Danmark. I praksis er Margrethe Christensen sygeplejerske og skulle indgå i et ledelsesteam med en embedslæge, men da stillingen ikke er besat, er hun i realiteten sygehusleder.

”Det går så vidt, at det er mig, der bestemmer, hvornår der skal vinterdæk på ambulancerne,” fortæller Margrethe om den helt specielle udfordring.

Hun har kun været færdiguddannet som sygeplejerske siden 2002, og det er bl.a. de store ledelsesmæssige udfordringer, der har bragt hende til Grønland.

”I Danmark ville jeg ikke have haft mulighed for at arbejde med f.eks. den økonomiske ledelse uden at have været i faget i mindst 10 år, og de kompetencer, jeg får her, er et stort plus på CV’et, som jeg kan have med videre i arbejdslivet,” forklarer hun.

For at kompensere for den sparring, hun ikke får, fordi der ikke er et decideret ledelsesteam på sygehuset, mødes hun regelmæssigt med andre ledere fra kommunen og byens skole. Sammen vender de situationer og får skabt en dialog om den bedste måde at håndtere de svære forhold på, som ikke er unikke for sygehuset.

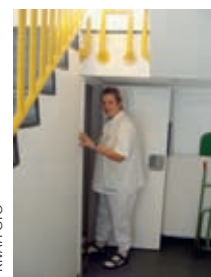
”Det er ikke optimalt, men det fungerer,

fordi vi kan fortælle hinanden om forskellige situationer, vi har været i, og give hinanden feedback på, hvordan vi håndterede situationerne rent ledelsesmæssigt,” uddyber Margrethe. Samtidig bruger hun også de andre ledere fra Kystledelsen til sparring.

Alle bøjer sig for forholdene

Der er en stor udskiftning af sygeplejersker og læger på stedet, og den gør, at det kan være svært at fastholde en kontinuitet i behandlingen af patienterne. Derfor må Margrethe benytte sig af kreative løsninger. Hun har sørget for, at en del af patientkontakten er lagt i hænderne på de fastansatte sundhedsassistenter.

”De sociale problemer, der er i byen, fører til, at der er mange funktioner, som bedst løses ved, at det er et kendt ansigt, som møder patienterne,” forklarer Margrethe om den måde, hun har organiseret patientmodtagelsen på sygehuset. Forskellige kerneområder er fordelt således, at en ►



Meget er anderledes i Grønland. Hospitalslederen har hænderne i blodprøver, lægerne bliver fløjet ind og ud i korte skift, og de danske sygeplejersker er de eneste, der tør gå i kælderen, fordi det er der visse dele af personalet er overbeviste om, at trolde bor.

► sundhedsassistent har jordemoderopgaver og tager sig af de gravide samt veneria. En anden assistent er ”sundhedsplejerske” og har ansvaret for børn fra fødslen til skolealderen, en anden assistent har ansvaret for hjemmeplejen, en sundheds-hjælper har ansvaret for de psykiatriske patienter, og en tidligere medicindepotforvalter har ansvaret for apoteket.

Det er strengt nødvendigt, at der er faste folk til at tage sig af netop de opgaver, fordi Paamiut ligesom så mange andre byer i Grønland er ramt af, at der er mange psykiatriske patienter i forhold til byens størrelse.

Samtidig er der brug for at lave en fast og vedholdende indsats i det forebyggende arbejde. Der bliver foretaget mange aborter i byen, fordi de unge på trods af gratis kondomer og grundig seksualvejledning nærmest anser abort som en legal form for prævention. Det er dog en udvikling, der er ved at vende. Dertil kommer, at syv ud af 10 af byens indbyggere ryger. Derfor er der en stor modtagelse af patienter med KOL. Livsstilssygdomme dominerer i det hele taget på sygehuset.

”Vi prøver at lave en visitation, hvor

sundhedsassistenterne møder patienterne i første omgang og så taler med enten en sygeplejerske eller en læge om, hvad der skal gøres. På den måde oplever patienten tryk- heds, mens der altid er backup klar til sundhedsassistenten,” forklarer Margrethe. I det hele taget er der mange funktioner, som ikke bliver betjent af ”den rette faggruppe.” Sygeplejerskerne må også bevæge sig en del ud over deres traditionelle fagområde. Da der ikke er ansat bioanalytikere på sygehuset, er det oftest Margrethe, som håndterer blodprøver og klargør dem, før de bliver sendt til analyse i Nuuk.

Præget af udskiftning

Ligesom på de fleste af de grønlandske sygehuse er der også i Paamiut et stort forbrug af korttidsvikarer.

Margrethe opfatter det ikke som optimalt, at det primært er korttidsvikarer, der bemander sygeplejerskestillingerne på hospitalet, men som administrator er det bare det, hun har at gøre med, og modsat mange andre i det grønlandske sundhedsvæsen er hun faktisk ret glad for de danske vikarbureauer.

”Vi skal jo have stillingerne besat, og

det kan være lidt af et gedemærked, men jeg synes, at bureauerne har været gode til at hjælpe os med at finde utroligt dygtige, modne og selvstændige folk, som kan være med til at løfte opgaven,” forklarer Margrethe Christensen.

Selvom det kan være svært at skabe kontinuitet i pleje og behandling, har den store udskiftning i personalet visse fordele. Arbejdskraft fra Danmark bringer nemlig ofte stærke kompetencer og stor specialistviden med sig. Og lidt af guldstøvet får lov til at drysse af på sygehuset.

”Jeg prøver at lære noget af de sygeplejersker, der kommer her. På den måde samler jeg nogle kompetencer op, der styrker sygehuset. Det handler om at holde hånden under hønen, når den lægger guldæg,” fortæller Margrethe Christensen.

At hun skal være hurtig med hænderne, bliver endnu en gang understreget, da Air Greenlands røde helikopter vender tilbage senere på dagen. Da den lander, venter den ramponerede ambulance igen ved flyvepladsen – klar til at hente og bringe endnu en læge til Paamiut Sygehus.

Negativ klang. På sygehuset i Paamiut mener sygeplejerskevikaren Lene Heintz, at hun gør et nødvendigt stykke arbejde. Selv om hun har valgt at blive ansat gennem et dansk vikarbureau, er det i højere grad den faglige udfordring og oplevelserne, der trækker, end lønnen.

At være vikar er mere end bedre indtjening

Den gruppe af sygeplejerskevikarer, der længe er blevet kaldt for limousinesygeplejersker, får en højere løn end dem, der er ansat på grønlandsk overenskomst, og brugen af den type arbejdskraft har derfor længe været en torn i øjet på bl.a. den grønlandske fagforening for sygeplejersker (PK).

Sygeplejerskevikaren *Lene Heintz* rynker lidt på næsen, da ordet limousinesygeplejerske bliver nævnt.

Hun er ikke begejstret for betegnelsen, som er blevet påklippet hendes faggruppe.

”Jeg er rejst herop med et bredt spekter af faglige kvalifikationer og er klar til at yde en indsats i et presset grønlandsk sundhedsvæsen, som gør en positiv forskel. Der er en naturlig og klar sammenhæng mellem høj arbejdsindsats og en højere løn.

Det er unfair, at vi påhæftes en betegnelse, der leder tankerne hen på noget pengegrisk,” forklarer hun.

Lene holder orlov fra sin stilling som afdelingssygeplejerske på Odense Universitetshospital, mens hun arbejder i Grønland.

Ideen med at drage til Grønland udsprang af en sparerunde i hendes afdeling, hvor man for at spare lønkroner tilbød orlov uden løn.

”Jeg har tidligere arbejdet tre år i Grønland som afdelingssygeplejerske i Godhavn på Diskøen og har længe næret et ønske om at vende tilbage og genopleve den grønlandske befolkning og deres enestående kultur.”

Faglig udfordring

I Grønland er der ifølge Lene Heintz hver dag faglige og organisatoriske udfordringer at tage fat på. Der er stor afveksling i arbejdet, og især er der virkelig mulighed for at præge udviklingen i forhold til sygeplejen.

”Da mit arbejde hjemme ofte er administrativt, havde jeg meget lyst til at opnå ny viden. Det er svært at følge med i, hvad der rører sig f.eks. inden for medicinske præparater, sårpleje m.v. Her har vi mulighed for at veksle mellem sengeafsnit med alle kategorier af patienter, ambulatorium, skadestue og laboratorium. Du har mulighed for selv at være med i hele patientforløbet, og det giver god mening både for patienten og for dig som fagperson og menneske,” fortæller Lene.

Dog er lønnen i den grønlandske overenskomst så meget lavere end den danske, at det har haft afgørende betydning for Lene Heintz's valg af ansættelsesform:

”Jeg har valgt ansættelse gennem et vikarbureau for at bevare samme grundløn som i min afdeling hjemme. Du ved ikke hjemmefra, hvor meget vagtarbejde du kommer til at udføre, og selv om min familie har bakket op omkring denne Grønlandstur, skulle de ikke belastes økonomisk,” forklarer hun.



Der er langt fra en administrationspræget stilling som afdelingssygeplejerske på Odense Universitetshospital til det langt mere afvekslende job som sygeplejerske i Paamiut. Lene Heintz nyder dog de faglige udfordringer under sin tilbagevenden til Grønland.

Overenskomst. Peqqissaasut Kattuffiat – den grønlandske fagforening for sygeplejersker – oplever en stor udskiftning i medlemsgrundlaget og et konstant pres på medlemmernes arbejdsforhold. Det skaber hårde arbejdsvilkår for den lille fagforening.

Fagforening under pres

”Det er helt vanvittigt.” Sådan betegner *Birtha Bianco*, formand for den grønlandske fagforening for sygeplejersker, Peqqissaasut Kattuffiat (PK), den bevægelse af sygeplejersker, der kommer ind og ud af det grønlandske sundhedsvæsen. ”Det kan være lidt svært at følge med, når der er 20, der forlader Grønland, og 20 nye, der kommer til hver måned,” fortæller hun. Den store aktivitet skal ses i lyset af, at der kun er to ansatte i PK. Formanden selv og en jurist.

Fordi der er så mange danske sygeplejersker, der vælger at arbejde i Grønland, er det afgørende for PK, hvilken overenskomst de vælger at arbejde under.

”På grund af den akutte mangel på sygeplejersker er der mange af sygehusene, som vælger at ansætte gennem de danske vikarbureauer. De vikarer, der kommer herop på de ordninger, har en helt anden overenskomst, som sætter vores medlemmers arbejdsvilkår og lønforhold under pres,” forklarer hun.

Birtha Bianco mener, at forbruget af vikarer er en praksis, der er kommet ud af kontrol. Oprindeligt lavede Direktoratet for Sundhed aftaler med vikarbureauerne for at sikre kritiske specialfunktioner på *Dronning Ingrid's Hospital* i Nuuk. Efterhånden har ordningen bredt sig, så almene stillinger på de små sygehuse og forskellige lederstillinger også bliver besat af korttidsvikarer.

”Man burde prøve at lave nogle begrænsninger, så vi igen kun brugte limousinesygeplejersker der, hvor det er allermost nødvendigt. Situationen, som den er nu, er simpelthen uholdbar,” siger *Birtha Bianco*.

Samarbejdspartnere i konkurrence

De danske vikarbureauer, som leverer arbejdskraft til Grønland, har indgået overenskomst med Dansk Sygeplejeråd, og deres arbejdskraft bliver brugt flittigt i det grønlandske sundhedsvæsen på trods af, at Økonomidirektoratet normalt kun vil for-



Birtha Bianco (t.h.) mener, at brugen af korttidsvikarer fra danske bureauer er ude af kontrol. Ifølge hende er det besværligt at sikre gode arbejdsvilkår for medlemmerne, når markedet er presset af vikarer.

handle overenskomst med hjemmehørende organisationer. Det er en overenskomst, som rent lønmæssigt er væsentligt bedre end den, PK har kunnet forhandle sig frem til.

”Vi kommer jo i konkurrence med Dansk Sygeplejeråd om mange af de potentielle medlemmer, og derfor føler vi jo, at det er usolidarisk, at DSR har valgt at indgå overenskomst med vikarbureauerne,” siger hun. Hun mener, at også DSR, ligesom Direkto-

ratet for Sundhed, burde skelne mellem de funktioner, som limousinesygeplejerskerne skal bestride.

Grete Christensen, der er 1.-næstformand i DSR, mener ikke, at fagforeningen opfører sig usolidarisk:

”Vi er grundlæggende enige i *Birthas* bekymring for udviklingen. Men eftersom det grønlandske sundhedsvæsen nu engang bruger så mange vikarer fra bureauerne, så er det jo vores opgave at sikre, at vores med-

►► **GRØNLAND MANGLER KONTINUITET.** Det grønlandske sundhedsvæsen burde prioritere anderledes og løse sine langsigtede problemer, mener *Grete Christensen*, 1.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd:

”Det største problem for det grønlandske sundhedsvæsen er, at de har en så stor udskiftning af personale. De korte vikariater på helt ned til en enkelt eller to måneder gør, at det er næsten umuligt at udvikle faget og sikre kvaliteten. Derfor burde Hjemmestyret kigge mere på, hvordan man kan gøre det mere attraktivt at blive fastansat som sygeplejerske i Grønland, så man på sigt kunne få mere kontinuitet ind i arbejdet og sikre en bedre behandling af patienterne. Hjemmestyret burde sætte sig ned og prøve at regne på, hvad det koster på sigt at forbedre forholdene for de fastansatte, i stedet for at vælge de kortsigtede løsninger.”

►► **LØN.** Grundlønningen for sygeplejersker i Grønland udgjorde pr. den 1. april 2005 18.416,69 kr. pr. måned (laveste trin). Tilsvarende er det laveste grundlønstrin for sygeplejersker ansat i de danske regioner 21.360,00 kr. – til 21.679,83 kr. pr. måned (trin 4). Grundlønningen for en månedslønnet vikar ved firmaet ActivCare A/S er ifølge DSRs hjemmeside 25.878,87 kr. pr. måned.

►► **GRØNLANDSK FAGFORENING.** Fagforeningen Peqqissaasut Kattuffiat (PK) blev dannet i 1992 og varetager interesserne for de sygeplejersker, som vælger at arbejde i Grønland under den gældende overenskomst. Det var et krav fra det grønlandske hjemmestyre og Økonomidirektoratet, at de kun ville forhandle overenskomst med hjemmehørende organisationer. Det førte til, at Grønland blev nedlagt som amtskreds under Dansk Sygeplejeråd og i stedet fik PK. Siden oprettelsen af den selvstændige fagforening har PK og Dansk Sygeplejeråd fastholdt en samarbejdsaftale. Danske sygeplejersker, der rejser til Grønland, veksler normalt automatisk deres medlemskab af DSR til et hos PK.

lemmer har ordentlige løn- og arbejdsforhold.”

Mangel på tillidsrepræsentanter

Et andet stort problem for PK er, at det er svært at få overblik over de vanskelige og hårde arbejdsforhold på de små sygehuse. Af de 16 sundhedsdistrikter under kystledelsen er det kun de fire, der har en tillidsrepræsentant.

PK har længe opereret med den tese, at korttidsvikarerne kommer til at presse de-

res fastansatte og overenskomstansatte kolleger ved at acceptere for lange arbejdstider, fordi de kun er udstationeret i ganske kort tid. Det er vanskeligt at holde overenskomsten i hævd, når der ikke er et system på plads til at gribe fat om disse problemer.

”Det gør det selvsagt utroligt svært for os at handle over for eventuelle problemer, hvis vi ikke får nogen meldinger om, hvordan det står til blandt vores medlemmer,” forklarer Birtha Bianco. Hun kan dog også godt se, hvorfor det ikke er så attraktivt at

være tillidsrepræsentant i det grønlandske sundhedsvæsen.

”Vi er hæmmet af, at der dels er meget stor udskiftning blandt sygeplejerskerne, så der er ikke så mange, der bliver længe nok til at blive fortrolige med en stilling som TR. Desuden kan vi ikke ignorere de geografiske hindringer, der trods alt er. Det er utroligt dyrt for os at sørge for kurser til vores TR'er,” fortæller Birtha Bianco.

bba@dsr.dk

matrifen[®] fentanyl



Til stærke
kroniske smerter

NYCOMED

Nyt smertepaster, der er nemt at bruge

- enkelt at åbne uden brug af saks
- hudvenlig silikoneklæber^{1,2}
- fås ned til 12 mikrog/t
- konstant afgivelse af fentanyl over 72 timer²

Referencer: 1) Tan HR et al. Pharm Sci Technol Today 1999; 2:60-69 2) Marier J.F et al, J Clin pharmacol 2006; 46 1-12. **Produktinformation:** Matrifen (fentanyl). Depotplaster. 12 mikrog/time, 25 mikrog/time, 50 mikrog/time, 75 mikrog/time og 100 mikrog/time. **Indikationer:** Stærke, kroniske smerter, der kun kan lindres ved behandling med opioide analgetika. **Dosering:** Dosering er individuel. Dosering bør evalueres efter hver administration. For nærmere information henvises til produktresuméet. Initialdosis bør ikke overstige 25 µg/time, når opioidresponsmønsteret ikke er kendt. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for fentanyl eller et eller flere af indholdsstofferne. Behandling af akutte eller postoperative smerter på grund af manglende mulighed for dosistitrering ved korttidsbehandling og risiko for udvikling af en livstruende respirationsdepression. Svær svækkelse af centralnervesystemet. Samtidig brug af MAO-hæmmere eller brug af Matrifen depotplaster inden 14 dage efter afsluttet behandling med MAO-hæmmere. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler:** Bør udelukkende anvendes som del af en integreret smertebehandling, hvor patienten er tilstrækkeligt udredt såvel medicinsk som socialt og psykisk. På grund af fentanyls halveringstid skal patienter, som har haft alvorlige bivirkninger, følges i mindst 24 timer efter fjernelse af Matrifen depotplaster. Forsigtighed bør udvises, og lav dosis anvendes ved behandling af patienter med respirationsdepression. Bør anvendes med forsigtighed til følgende patientgrupper: Patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom. Patienter med tegn på øget intrakranielt tryk, nedsat bevidsthedsniveau eller koma. Patienter med cerebrale tumorer. Patienter med bradyarytmi. Patienter med hypotoni og/eller hypovolæmi. Patienter med nedsat lever- og nyrefunktion. Patienter med myasthenia gravis. Dosisjustering kan være nødvendig til febrile patienter. Patienter skal advares mod at anvende eksterne varmekilde på plaster og applikationssted. Tolerance, fysisk og psykisk afhængighed kan udvikles ved gentagen administration af opioider. Brugte og ubrugte depotplaster skal opbevares utilgængeligt for børn. Brugte plaster foldes sammen med den klæbende side indad og opbevares utilgængeligt for børn. Der er ikke vist sikkerhed og effekt hos børn. **Interaktioner:** Barbitursyrederivater. Samtidig anvendelse af CNS-hæmmende lægemidler herunder opioider, anxiolytika, nervemedicin, hypnotika, generelle anæstetika, phenothiaziner, muskelrelaxantia, sederende antihistaminer og alkohol kan udløse en additiv CNS-hæmmende effekt. Behandling med MAO-hæmmere bør afbrydes senest 14 dage før behandling med fentanyl. Samtidig anvendelse af CYP3A4 hæmmere (ritinover, ketakonazol, itraconazol og makrolidantibiotika) øger plasmakonzentrationen af fentanyl med øget risiko for bivirkninger. **Graviditet og amning:** Graviditet: Må ikke anvendes. Amning: Må ikke anvendes. **Trafikfarlighed:** Mærkning. **Bivirkninger:** Meget almindelige: Somnolens. Døsighed. Hovedpine. Kvalme. Opkastning. Konstipation. Svedudbrud. Pruritus. **Almindelige:** Sedation. Konfusion. Depression. Angst. Nervøsitet. Hallucinationer. Nedsat appetit. Xerostomi. Dyspepsi. Hudreaktioner på applikationssted. **Ikke almindelige:** Eurofi. Amnesi. Sovnløshed. Agitation. Tremor. Parestesi. Taleforstyrrelser. Dyspnoe. Hypoventilation. Hududslæt. Erytem. Bradykardi. Takykardi. Hypotoni. Hypertoni. Diarré. Urinretention. **Sjældne:** Amblyopi. Arytmi. Vasodilatation. Hikke. Ødemer. Kuldefølelse. **Meget sjældne:** Respirationsdepression. Apnoe. Ileus. **Overdosering:** Symptomer: Lethargi. Koma. Respirationsdepression. Hypotermi. Nedsat muskeltonus. Bradykardi. Hypotoni. Dyb bevidsthed. Ataksi. Miosis. Konvulsioner. Respirationsdepression. Behandling: Plaster fjernes, og patienten stimuleres fysisk og verbalt. Der kan administreres opioid antagonist som naloxon. **Priser og pakninger pr. 1. januar 2007 (ekspeditionspriser):** 12 mikrog/time: 2 stk., kr. 103,15, 4 stk., kr. 183,65, 8 stk., kr. 341,35, 16 stk., kr. 650,15, 25 mikrog/time: 2 stk., kr. 148,25, 4 stk., kr. 272,10, 8 stk., kr. 514,70, 16 stk., kr. 989,80, 50 mikrog/time: 4 stk., kr. 486,70, 8 stk., kr. 935,40, 16 stk., kr. 1.814,10, 75 mikrog/time: 4 stk., kr. 671,90, 8 stk., kr. 1.298,30, 16 stk., kr. 2.525,10, 100 mikrog/time: 4 stk., kr. 837,30, 8 stk., kr. 1.652,50, 16 stk., kr. 3.160,20. **Udlevering:** A54. **Tilskud: Generelt tilskud.** Produktinformationen er omskrevet og forkortet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres fra Nycomed Danmark. Nycomed Danmark ApS, Langebjerg 1, 4000 Roskilde. Tlf.: 46 77 11 11. Fax: 46 75 48 42. www.nycomed.dk

Fastholdelse. I 2006 formåede Center for Sundhedsuddannelser i Nuuk kun at færdiguddanne to studerende. På trods af det umiddelbart ringe resultat og bekymrede miner hos sygeplejerskernes fagforening maner skolens ledelse til besindighed. For det går faktisk rigtig godt med uddannelsen.



Sygeplejerskefabrik i

I skyggen af det store fjeld, der lurser over Nuuk, ligger Center for Sundhedsuddannelser, som bl.a. huser sygeplejerskeuddannelsen i Grønland. Håbet er, at uddannelsen på lang sigt vil kunne afhjælpe en del af sygeplejerskemanglen i Grønland og skaffe flere grønlandske sygeplejersker.

Siden uddannelsens åbning i 1994 er 64 studerende blevet færdiguddannede – et acceptabelt antal, men i 2006 tog antallet af færdiguddannede et styrtdyk ud over fjeldsiden. Kun to studerende fik deres diplom dette år. Det har fået formanden for den grønlandske fagforening for sygeplejersker, Peqqissaasut Kattuffiat (PK), til at give udtryk for bekymring.

”Det går ikke den rigtige vej, hvis vi ikke er i stand til at uddanne flere her i landet. Det må kunne gøres bedre,” udtaler PKs formand, *Birtha Bianco*.

Skønt det ikke giver anledning til optimisme på det grønlandske sundhedsvæsens vegne, mener centerleder *Ann B. Kjeldsen* ikke, at der er grund til panik.

Hun minder om, at selvom 64 færdiguddannede ikke virker som et overvæl-

dende tempo, svarer det trods alt til over en femtedel af alle sygeplejerskestillinger i Grønland.

”Desuden har vi en del flere aktive studerende på skolen, end vi har haft tidligere,” siger *Ann B. Kjeldsen*.

11 blev til to

Hele balladen drejer sig om et enkelt hold, hvor 11 studerende mødte frem til studiestart. Ud af disse 11 blev kun to færdiguddannet i år 2006.



Centerleder *Ann B. Kjeldsen* ser optimistisk på skolens fremtid, og hun hæfter sig ved, at der er flere studerende på skolen end tidligere.

►► **FAKTA OM DEN GRØNLANDSKE SYGEPLEJERSKEUDDANNELSE.** I januar 1993 modtog Center for Sundhedsuddannelser sit første hold sygeplejerskestuderende. *Finansloven giver midler til, at 18 studerende kan optages hvert år.*

På grund af forholdene i landet varer den grønlandske sygeplejerskeuddannelse et halvt år længere end den danske. Den ekstra tid fyldes bl.a. ud med moduler i det, der på skolen og i systemet kaldes arktisk behandlingssygepleje. Disse moduler er direkte rettet mod de opgaver, en sygeplejerske må tage, hvis der ikke er en læge til stede. De færdiguddannede kan diagnosticere og behandle visse afgrænsede symptomer og lidelser, og de er forberedt på, hvordan man skal bistå den akutte patient i forbindelse med nødhjælp, visitering og klargøring til transport. Skolens lokaler rummer kliniske simulatormiljøer, hvor de studerende kan afprøve nogle af de redskaber og rutiner, de kommer ud for på deres fremtidige arbejdspladser.



I 2006 var der kun to, der forlod denne bygning (billedet til venstre) med diplom på, at de var færdiguddannede sygeplejersker. Blandt Namminninguaq Jakobsen og de andre nuværende elever lyder der dog positive ord om de tiltag, som skal holde dem i ilden.



fremgang

”Det, man dog skal lægge mærke til, er, at det ikke er dem alle, der har afbrudt deres uddannelse, og fem af de oprindelige 11 er fortsat på det hold, der bliver færdigt i år 2007,” forklarer Ann B. Kjeldsen. Hun mener, at uddannelsen er på rette vej.

”Vi har flere studerende på skolen end nogensinde før, og samlet set over de sidste seks år er frafaldsprocenten ret lav,” fortæller hun. Faktisk er det indtil videre kun 10 pct. af de 56 studerende, der er startet på uddannelsen siden 2003, som har valgt helt at forlade sygeplejestudiet.

Således forventer skolen at færdiguddanne 10 studerende i både 2007 og 2008.

Basale barrierer bremser

De resultater, som skolen opnår, skal ses på baggrund af forholdene i det grønlandske samfund.

Først og fremmest har Grønland små ungdomsårgange. Der bliver udklækket godt 180 fra gymnasieskolerne hvert år. Studiet er på finansloven blevet normeret til at kunne optage 18 elever om året,

men i realiteten er det svært at rekruttere så mange.

”Det ville være meget at forlange, at vi skulle kunne tiltrække op mod 10 pct. af en ungdomsårgang, og på den baggrund er vi da meget tilfredse med det optag, vi har,” udtaler Ann B. Kjeldsen. Skolen har de seneste seks år optaget mellem ni og 14 elever på hvert hold.

På orlov

En anden årsag til, at mange ikke kommer igennem på normeret tid eller falder fra uddannelsen, er, at alderen for førsteangsfødende gennemsnitligt er lavere i Grønland end i f.eks. Danmark. Derfor må mange af de studerende tage barselsorlov midt i studiet.

Lige nu er seks studerende på orlov, og når de vender tilbage, kan det være ret så uoverskueligt at få uddannelsen på ret køl igen.

På skolen gør de sig derfor store anstrengelser for at fastholde de studerende.

Skolen er altid åben for dem, der har lyst til at sidde og arbejde. Her er der ar-

bejdsredskaber, som computere og bibliotek, som mange ikke har derhjemme. Det giver studerende med mand og børn et fristed, hvor de kan hellige sig studierne, og der er efterhånden opstået et meget aktivt studiemiljø uden for undervisningstiden. Det har også været hensigten med den målrettede indsats, skolen har ydet for at knytte eleverne sammen i grupper og holde studiet projektorienteret.

Det er en indsats, som *Namminninguaq Jakobsen* har kunnet mærke. Hun er en af de studerende, som ved siden af uddannelsen har mand og børn derhjemme.

”Det er svært ikke at få et godt sammenhold, når man arbejder så meget i grupper, og det gør det nemmere at lave aftaler om at støtte hinanden med lektierne og mødes på skolen,” fortæller hun og fortsætter:

”Når man har et så godt sammenhold og et fælles ansvar, så er det også sværere at få sig selv til at droppe det hele og melde sig ud.”

bba@dssr.dk

Guldæg skal redde folkesundheden

Sparring. I byerne langs den grønlandske kyst hersker der helt specielle forhold for sygeplejen, som kalder på utraditionelle løsninger. På et ugelangt seminar i Nuuk drøftede afdelingssygeplejerskerne og forstanderne fra byerne på kysten, hvordan sygeplejeopgaverne skal løftes med de midler, der er til rådighed.

Det er på sin vis forståeligt, at grebene om kaffekopperne er blevet mere konstante, og at der oftere bliver rakt ud efter slikskålen. For 10 sygeplejefaglige ledere fra de grønlandske sundhedsdistrikter har det været en lang uge i et auditorium på Center for Sundhedsuddannelser i Nuuk. De mange udfordringer, som præger det grønlandske sundhedsvæsen, kan bedst aflæses i de ansigter, der har kigget på hinanden i fem dage – for det er menneskene bag disse ansigter, der skal løse og løfte opgaven.

For få hænder giver mange problemer

Den største hæmsko for det grønlandske sundhedsvæsen er personalemanglen. Ligesom i Danmark er der stillinger, der ikke kan besættes, og fordi Grønland ansætter en meget stor andel af deres sygeplejersker fra Danmark, har det haft en kraftigt afsmittende effekt.

”Det er jo efterhånden ved at være et problem, man kan kalde historisk. Manglen på personale er så indgroet, at det nærmest er en naturlov,” fortæller Lone Gøttler, chefsygeplejerske i Kystledelsen, og fortsætter:

”Vi må til at kigge på, hvordan vi kan annoncere bedre og overveje, om vi ikke også skal brede annonceringen ud til resten af Skandinavien.”



Hun fortæller også, at det ikke er praktisk muligt at begynde at importere personale i stor stil fra f.eks. Østeuropa på grund af sprogbarrieren. I forvejen er der på alle sygehuse én eller flere, som kan betjene funktionen som tolk mellem dansk og grønlandsk, men at skulle udvide det arbejde til også at omfatte engelsk til grønlandsk er for stort.

Kystledelsen og de enkelte sundhedsdistrikter fokuserer også på, hvordan man bedre kan ”sælge” jobbet som sygeplejerske i Grønland:

”Vi skal slå mere på de kompetencer, som det er muligt at tage med hjem – både kliniske og ledelsesmæssige. Desuden har vi med vores kursuspulje nogle rigtig gode muligheder for fagligt at belønne dem, der gerne vil fastansættes,” mener Lone Gøttler.

Alle skal inddrages

Afdelingssygeplejerskerne mener også, at der skal være mere fokus på opkvalificering af sundhedsassistenterne. De skal kunne håndtere ting som veneria, obstetrik, røntgen og kunne give i.v.-medicin. Et meget brugt ord i forsamlingen er guidelines. Altså de retningslinjer, der bør følges, for at en forsvarlig behandling kan finde sted. Ifølge lederne skal retningslinjerne kunne plejes og fastsættes bedre ud



Det var en lang og udmattende uge, som de ledende sygeplejersker og forstandere fra Kystledelsens sygehuse skulle igennem, men sparringen og de samlede visioner er uvurderlige resultater, mener Lone Gøttler (stående på det lille billede nederst).



fra gode erfaringer. Derfor sørger de for, at de gode erfaringer kan brede sig, ved at sundhedsassistenterne bl.a. kommer på udveksling til de sygehuse, hvor deres kolleger er blevet succesfuldt inddraget. Desuden skal deres kursusvirksomhed styrkes, så de som faggruppe kan blive en meget større støtte for resten af sundhedsvæsenet.

Et af de store håb for det grønlandske sundhedsvæsen er den teknologiske udvikling. Digitalisering, interaktive diagnoseværktøjer, videotelefoni og elektroniske patientjournaler kan blive vigtige støtter i fremtiden.

”Disse ting er dog ikke noget, der erstatter, at vi får en mere stabil tilgang af arbejdskraft, men de kan alle være med til at støtte dem, der trods alt er her,” forklarer Lone Gøttler.

Se på realiteterne

En af de vigtigste konklusioner fra afdelingssygeplejerskernes møde blev, at det er vigtigt at fastlægge, hvordan man får fordelt de forskellige arbejdsopgaver på de forskellige faggrupper. Mangel på arbejdskraft og dermed fleksibilitet inden for en given faggruppe betyder, at andre faggrupper må være i stand til at træde

til og støtte, når det kniber. Det gælder i høj grad for de sygeplejersker, der arbejder på kystens sygehuse. Mange af de opgaver, de påtager sig, ville være deciderede lægeopgaver i Danmark, og fra sted til sted er der stor forskel på, hvordan opgaverne glider fra den ene faggruppe til den anden.

”Det handler om, at vi ikke altid kan regne med, at vi kan fastholde en standard for, hvilke midler vi skal have på de forskellige sygehuse, men at vi i stedet skal fokusere på at fastlægge nogle guidelines for, hvordan vi så håndterer de opgaver, vi har,” uddyber Lone Gøttler.

Sparring letter livet

Ud over at mødet i Nuuk har været et vigtigt forum for ideer for fremtiden, har det dog også tjent en værdifuld social funktion. Der er ganske vist kontakt mellem de forskellige sygehuse i sundhedsdistrikterne, men på grund af den store udskiftning i arbejdsstyrken er der mange, der ser hinanden for første gang.

”Når man sidder så alene i sin stilling, er det rart at kunne sætte et ansigt på den person, man taler i telefon med, og få noget personlighed med ind i sparringen,” fortæller Lone Gøttler.

►► **TEKNOLOGIEN INDTAGER GRØNLAND.** Over flere faser forsøger man at indføre tekniske hjælpemidler, der kan gøre sundhedsvæsenet mere uafhængigt af afstande.

Telemedicin er begrebet, der rummer de mange tiltag. Bl.a. benytter man sig meget af videotelefoni.

Man er i gang med at implementere en digitalisering af bl.a. røntgen, så det bliver lettere at sende og modtage oplysninger mellem kystens sygehuse og f.eks. Nuuk eller Rigshospitalet i Danmark.

Håbet er, at man inden for de kommende år kan indføre de elektroniske patientjournaler fuldt ud.

For at komme problemet med lægemangelen i møde er der blevet indkøbt et interaktivt diagnoseværktøj. Det er ”Nordisk Elektronisk Håndbog,” som skal tages i brug, således at patienternes symptomer kan indtastes af en sygeplejerske, som så kan få et bud på en diagnose og en behandlingsmulighed.



PRIVATFOTO



PRIVATFOTO



PRIVATFOTO

Praktikanter prøvet af i Grønland

Kastet ud i det. I efteråret 2006 skulle de to danske sygeplejerskestuderende Mette Hyldgaard Olesen og Tania Pedersen i praktik. De ville ikke tage den i Danmark. De ville heller ikke tage de traditionelle pladser i udlandet. De ville til Grønland.

Få timer efter at *Mette Hyldgaard Olesen* og *Tania Pedersen* havde sat deres fødder på grønlandsk jord for første gang, stod de på indlandsisen.

”Jeg kunne bare kun tænke – hold da kæft, vi klarede det – nu er vi her,” fortæller Mette om det øjeblik, hvor det slog hende og Tania, at mere end et halvt års hårdt arbejde for at få lov til at tage deres praktik i Grønland endelig var lykkedes.

Både Mette og Tania var sygeplejerskestuderende på Hjørring Sygeplejerskole og skulle til at planlægge deres praktikophold på fjerde semester. Begge ville gerne til Grønland for at få de store oplevelser med: naturen, udfordringerne og menneskene. Desværre kunne skolen ikke hjælpe, da dens kontakter til udlandsophold begrænsede sig til andre dele af verden.

I stedet måtte de tage deres udlandspraktik som såkaldte ”free movers.” De skulle selv planlægge alt, skaffe kontakt til



PRIVATFOTO

Manitsoq ligger spredt ud over flere små øer. Derfor kalder grønlænderne byen for Grønlands Venedig.

Om end naturoplevelserne var storslåede, var det ikke det, der primært trak Mette Hyldgaard og Tania Pedersen til Grønland. Deres ønske med praktikopholdet var at erhverve sig kvalifikationer og samtidig se, hvordan et andet samfund og dets kultur fungerer.



et praktiksted og kunne ikke få støtte undervejs. Over en periode på et halvt år sendte de i omegnen af 40 e-mails og ringede til sygehuse, sundhedsdistrikter og sygeplejerskolen i Grønland. Der var en e-mail til kommunaldirektøren i Nuuk, som satte skred i tingene. Han valgte at bruge kræfter på at finde en praktikplads til de to studerende.

”Den 22. december fik vi besked om, at vi kunne få lov til at tage tre måneders praktik ved sygehuset og hjemmeplejen i Maniitsoq (Sukkertoppen). Det var simpelthen den bedste julegave, vi kunne få, og en kæmpe lettelse,” husker Tania.

På hovedet ud i opgaverne

Maniitsoq er den første større by nord for Nuuk på den grønlandske vestkyst, og med bygderne Napasoq, Atamik og Kangaamiut har den rundt regnet 4.000 indbyggere. Praktikopholdet i byen var inddelt sådan, at de på skift skulle være seks uger på skadestuen og seks uger i hjemmeplejen. På skadestuen, hvor Mette startede sin praktik, var opgaverne radikalt anderledes, end man ville komme ud for herhjemme.

”Det var lidt grænseoverskridende pludselig at skulle assistere ved en abort,” fortæller Mette om det noget usædvanlige indhold i praktikken, som også bød på udførelsen af otoskopier, og strep A-test i hal-

sen på patienter, gynækologiske undersøgelser, samt at skulle bistå ved fødsler, lægge gips på brækkede arme og ben og behandling af bylder og sår. Da Tania meget tidligt i sit forløb på skadestuen skulle assistere ved en operation, fordi operationssygeplejersken var syg, var hun dog forberedt.

”Jeg var ikke så chokeret over det, for jeg havde jo hørt en del fra Mette om, hvordan det var gået med hende, og så er der jo ikke andet at gøre end bare at gå til opgaven,” fortæller Tania.

Også i hjemmeplejen var opgaverne mangfoldige og udfordrende. Mette og Tania nåede bl.a. at have med diabeteskontrol, stomipleje, sårbehandling og ”psykisk pleje” at gøre. Den psykiske pleje var rettet mod dem, som havde ondt i livet og var en samtalefunktion til dem, som ikke havde en psykolog at tale med, men alligevel havde brug for omsorg.

Positivt kulturchok

Oplevelsen af den grønlandske kultur og natur var også overvældende for Mette og Tania. Lige fra da de mellemlandede og skulle overnatte i Kangerlussuaq (Søndre Strømfjord), hvor de straks kunne komme med på en tur ud på indlandsisen, og til mødet med en helt anden kultur, som på mange måder adskiller sig fra herhjemme.

”Folk var bare så søde og hjælpsomme.

Alle var klar til at vise vej eller komme med gode tips. Da vi havde været der i ganske kort tid, blev vi f.eks. inviteret hjem til middag hos en kvinde, som vi kun havde mødt en enkelt gang tidligere,” beretter Tania.

Pigerne beskriver også en ro, som kommer af, at der er mange ting, man bare ikke kan gøre noget ved på grund af de forhold, der er i landet.

”Vi kom ud for, at der var en mand, som ikke ville holde sin finger i ro, efter at han var kommet til at skære den næsten helt af. Han skulle på rendyrjagt dagen efter, og det kunne ikke diskuteres, da det jo blev et spørgsmål om, hvorvidt hans familie fik noget kød at spise eller ej,” husker Tania.

Både Tania og Mette mener, at de kan tage noget helt specielt med sig fra praktikopholdet i Grønland, og at de på mange områder har prøvet mere end deres medstuderende. De understreger dog, at der er meget stor forskel på det danske og det grønlandske sundhedsvæsen, og at de ikke vil blive for overmodige: ”Det er vigtigt, at vi ikke glemmer, at der stadig er meget at lære. Vi kan hurtigt komme til at tro, at vi bare kan det der, uanset hvad vi kommer ud for, og det er vigtigt for os at huske, hvad vores kompetenceområde strækker sig over,” påpeger Tania.

bba@dssr.dk

Balance. Hovedbestyrelsen fremlægger nu en ny model for fremtidens Dansk Sygeplejeråd. Kongressen tager stilling i dagene 21.-22. marts.

Fem store kredse med lokalt rodnet

Dansk Sygeplejeråd skal i fremtiden have en politisk struktur med langt færre kredse end de nuværende 15 amtskredse. Til gengæld sikres alle geografiske områder repræsentation i de fem kredsbestyrelser. Det sker via i alt 17 valgkredse.

Forslaget om ny politisk struktur i Dansk Sygeplejeråd kommer fra hovedbestyrelsen. Det bliver en ekstraordinær kongres i København i dagene 21.-22. marts 2007, der skal tage stilling til hovedbestyrelsens forslag.

To tidligere fremsatte forslag til, hvordan Dansk Sygeplejeråd geares til fremtiden, led skibbrud ved en ekstraordinær kongres i 2006. Det skete, da forslagene opnåede præcis lige mange stemmer, hvorved ingen af dem blev vedtaget. Efter det uventede udfald af den ekstraordinære kongres i 2006 måtte Dansk Sygeplejeråd fortsætte med den hidtidige struktur med 15 amtskredse, selv om det politiske danmarkskort er ændret markant fra nytår 2007. Ifølge hovedbestyrelsens nye forslag fortsætter de 15 amtsbestyrelser valgperioden ud. Det vil sige til november 2007.

Dansk Sygeplejeråds 1.-næstformand *Grete Christensen* har tidligere stået i spidsen for forberedelserne af en ny organisationsstruktur i Dansk Sygeplejeråd. Hun glæder sig over det resultat, som nu sendes til behandling i Kongressen:

”Der har været stor vilje i hovedbestyrelsen til at tænke anderledes, så vi kunne opnå et resultat, der kan opnå stor tilslut-

►► **HØVEDBESTYRELSEN OG KONGRESSEN.** Hovedbestyrelsen tæller i fremtiden 15 medlemmer (i dag 19). Den øverste politiske forsamling, Kongressen, vil bestå af de fem lokale kredsbestyrelser, seks repræsentanter for de sygeplejestuderende, seks repræsentanter for de sygeplejefaglige ledere, Dansk Sygeplejeråds formand og to næstformænd. Eller et samlet antal, der er af omtrent samme størrelse som nu (185).

ning. Jeg mener, vi har fundet frem til en model, som sikrer en fin balance mellem de tre hjørnesteene i organisationen, som er: *slagkraft, nærhed* og *sammenhængskraft*. Modellen sikrer slagkraften i forhold til arbejdsgiverne og de udfordringer, vi stilles over for i sundhedsvæsenet, både regionalt og kommunalt. Samtidig sikrer modellen såvel sammenhængskraft som en meget høj grad af nærhed i forhold til medlemmerne, som får mulighed for at vælge lokale repræsentanter og en lokal næstformand og kredsformand til at tale deres sag i de større forsamlinger.”

Geografien

De 17 valgkredse følger i store træk de nuværende amtskredses grænser. Dog således, at valgkredsene ikke går på tværs af de nye kommunegrænser. Ifølge hovedbe-

styrelsens forslag vil Nordjylland bestå af to valgkredse, den midtjyske kreds får fire valgkredse, den syddanske kreds ligeledes fire valgkredse, den sjællandske kreds tre valgkredse, og endelig får hovedstadskredsen fire valgkredse, hvoraf den ene er Bornholm.

Alle tillidsposter i Dansk Sygeplejeråd skal i fremtiden besættes ved direkte valg blandt medlemmerne.

Der er ikke med det foreliggende strukturforslag taget stilling til, hvordan Dansk Sygeplejeråds *administrative* organisation skal være i fremtiden og dermed heller ikke, hvor der opretholdes lokale kontorer.

Grete Christensen: ”Det bliver hovedbestyrelsen, der tager stilling til den administrative organisation, og det sker ikke med et fingerknips fra den ene dag til den anden. Udgangspunktet er, at den administrative organisation centralt og lokalt skal understøtte den politiske ledelse.”

sp@dsr.dk

►► **LÆS MERE.** Der er mulighed for at finde artikler om den langvarige proces hen imod en ændring af Dansk Sygeplejeråds struktur ved at søge på www.sygeplejersken.dk, arkiv, artikelarkiv, under søgeordene fremtidens dsr og årgangene 2005 og 2006.

Sådan foreslår hovedbestyrelsen, at Dansk Sygeplejeråds nye danmarkskort kommer til at se ud med fem kredse, som hver har mellem to og fire valgkredse.



►► **17 VALGKREDSE.** Med fem lokale kredse vil Dansk Sygeplejeråd få en struktur, der svarer til sygeplejerskernes hovedarbejdsgivere, de fem regioner. De i alt 17 valgkredse sikrer, at også tyndere befolkede områder får valgte repræsentanter i den lokale kredsbestyrelse. Forslaget indebærer, at der vælges et bestyrelsesmedlem pr. 400 medlemmer. Rettesnoren for antallet af bestyrelsesmedlemmer betyder, at den største kreds, Hovedstaden, får en bestyrelse på 50 medlemmer. Fra hver valgkreds vælges desuden én frikøbt næstformand. I hele kredsen vælges derudover en kredsformand.

Europæisk sundhed

Over grænser. Verden er blevet mindre. Afstande er ikke de samme som for bare 20-30 år siden. Vi kan se, at flere og flere danskere er villige til at rejse over grænserne for at få en hurtigere eller måske bedre behandling andetsteds.

Kræftområdet er et godt eksempel. Med en behandlingsgaranti fra regeringen har patienter ret til at kræve hurtig behandling i et andet land, hvis ikke de danske sygehuse kan levere varen. Dermed er princippet om frit valg for patienterne udvidet til også at gælde et frit valg på de europæiske sundhedshylder.

Men den situation er ikke enestående for de danske borgere. Resten af EUs borgere har også fået øjnene op for den mulighed, og EF-Domstolen har gennem en række afgørelser dømt til fordel for patienternes frie bevægelighed over de europæiske grænser. Netop derfor har EU-Kommissionen

”Regler på sundhedsområdet skal respektere de særlige forhold, der gælder for sundhedssystemerne i medlemslandene.”

nu besluttet at påbegynde arbejdet med at skabe et sæt fælles spilleregler for de patienter, der vælger at krydse grænserne for at få behandling.

EU-Kommissionen har derfor bedt høringsparter fra hele Europa om at komme med ønsker til, hvad

EUs lande i fællesskab skal gøre for at opnå ensartede regler for borgerne på sundhedsområdet. Dansk Sygeplejeråd arbejder naturligvis også på europæisk plan for at påvirke processerne så tidligt som muligt. Derfor har Dansk Sygeplejeråd og Danske Bioanalytikere sendt et høringssvar til kommissionen. Og vi har påvirket høringssvar i såvel EFN (Europæiske Sygeplejerskeorganisation) og EPSU (Offentligt ansatte i Europa).

I Dansk Sygeplejeråd har vi den holdning, at når patienterne udnytter de muligheder, der er i forbindelse med det frie sygehusvalg, så er det også tvingende nødvendigt, at vi får det bedst mulige fundament for samarbejdet mellem landene for at sikre patienternes retsstilling, så alle garanteres den rigtige sikkerhed og kvalitet i sygepleje og behandling.

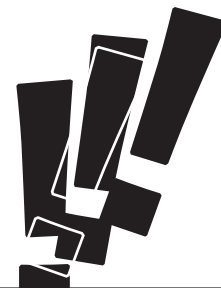
Men selvom der kommer flere fælles regler på området, skal vi også fastholde den årelange tradition, vi har i Danmark, for, at det offentlige sikrer fri og lige adgang til sundhedsvæsenet. Når alt kommer til alt, er sundhedsvæsenet et af de væsentligste nationale velværdsområder, og derfor skal der ikke herske tvivl om, at det er nationalstaternes ret at udbyde sundhedsydelse.

Regler på sundhedsområdet skal derfor respektere de særlige forhold, der gælder for sundhedssystemerne i medlemslandene. Det er derfor vigtigt at holde fast i både den organisatoriske og politiske kompetence til at bestemme over adgangen til sundhedsvæsenet.

Holder vi fast i det, kan vi få en god balance mellem vores nationale sundhedsvæsen og patienternes muligheder for at få pleje og behandling af høj kvalitet og sikkerhed, hvis de vælger at tage uden for landets grænser.



Grete Christensen
Grete Christensen, 1.-næstformand



Medlem til jeg dør

Af Eva Albrechtsen, sygeplejerske

Kommentar til debatindlægget "Hjemkald emblemet" i Sygeplejersken nr. 2/2007.

Det vil være en hård ting for mig at aflevere mit embleme. Den 27. april i år er det 60 år siden, jeg gik igennem porten til Præstø Amtssygehus (PAS) i Næstved. Jeg begyndte på tre dejlige år som elev, det var jo en uddannelse milevidt fra den, de unge får i dag, men vi havde et dejligt kammeratskab i kraft af, at vi elever var sammen hele tiden. Vi boede på sygehuset, vi spiste der, og vi sov der, det var dejligt.

Efter tre år fik vi vores eksamen, og den 3. august 1950 fik vi udleveret vores embleme, og det har betydet meget for mig – det var opfyldelse af en drøm, jeg havde haft, fra jeg var en lille pige. Den tidligere formand udtalte, at når man er færdig med sin uddannelse, så er man sygeplejerske for hele livet, der er ikke noget, der hedder forhenværende sygeplejerske.

Jeg vil være medlem, til jeg dør, og efter det ved mine efterkommere, at emblemet skal afleveres.

Eva Albrechtsen er pensioneret sygeplejerske.

Hvad mener du?

www.sygeplejersken.dk

Nyt spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:

Er du blevet kaldt på arbejde på dit barns første sygedag?
Læs artiklerne side 16-26.

Svar på spørgsmål stillet i Sygeplejersken nr. 1/2007:

Oplever du, at utidssvarende fysiske rammer er et problem på din arbejdsplads?

Svar	antal	pct.	
Ja	199	76,0	<div style="width: 76%;"></div>
Nej	50	19,1	<div style="width: 19%;"></div>
Ved ikke	13	5,0	<div style="width: 5%;"></div>
Total	262	100,1	

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

Træt af alle de dejlige sygeplejersker

Af Espen G. Viste, sygeplejestuderende

Kommentar til Sygeplejerskens layout.

Jeg har med undren set mig træt i alle de dejlige sygeplejersker, som efter fornyelsen af *Sygeplejersken* pryder mit fagblad. Nogle gange bæres der kækt en frisk hat. Andre gange klatres der lystigt på en stige i lårkort kittel. Møder jeg disse kønne og eksklusivt unge sygeplejersker på min fremtidige arbejdsplads? Er disse ”kølerfigurer” rigtige sygeplejersker?

Jeg troede, at besværligheden og ydmygelsen med at bruge ”sygeplejerske-skørt” var et overstået kapitel, og at professionaliseringen og effektiviseringen i det nye årtusinde af sygeplejesteanden havde lagt billedet af den ”wunderschöne” og attråværdige, søde sygeplejerske dér, hvor det hører hjemme: navnlig på drengeværelset eller på autoværkstedet eller i gamle film, hvor sygeplejersken blev tiltalt ”søde skat” eller ”lille pige.”

Jeg vil ikke tvivle på fotografens faglige dygtighed, og at denne får budskabet igennem. Det kommer dog ikke som et chok, at fotografen ansat af *Sygeplejersken* er en mand.

Dansk Sygeplejeråd gør en enorm indsats, når de prøver at bringe sygeplejefaget ind i den moderne tidsalder ved bl.a. at prøve at ændre på befolkningens billede af sygeplejersken, fra den lille frøken med lange øjenvipper, kort kittel, og som har en arbejdsfunktion, som primært ligger på trøste- og holde-i-hånden-niveau, til en veluddannet, professionel sygeplejerske, som udfører et livsnødvend-

igt stykke arbejde på det højeste praktiske og teoretiske plan.

Jeg ville ønske, at det faglige niveau, som sygeplejerskerne forventes at kunne dokumentere på arbejdspladsen, også ville kunne reflekteres i vort fagblads layout.

Espen G. Viste er 7.-semester-studerende på CVSU Svendborg.

Svar

Af Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør

Vi vil lade dine betragtninger indgå i vores videre arbejde. Jeg kan fortælle, at vi på redaktionen løbende drøfter, om vi er med til at give et retvisende billede af sygeplejerskerne og deres arbejdsliv. Det er *Sygeplejerskens* mål at gengive sygeplejerskernes verden så varieret og dækkende som muligt både i tekst og billede. F.eks. vil vi gerne have mange læsere i bladet med billede, navn og historie. I andre tilfælde bruger vi af gode og praktiske grunde modelbilleder for at kunne illustrere en historie. Det gælder især vores forsider, som jeg tror er dem, du henviser til. Hvis der er tale om et opstillet billede, vil det fremgå af bladet i vores indholdsfortegnelse, hvor vi bl.a. skriver modelfoto, hvis der er tale om et sådant på forsiden. Jeg synes ikke, det er sagligt at inddrage fotografens køn end-sige kritisere fotografen, idet han eller hun arbejder efter vores retningslinjer.



Sygeplejerskemangel er også et ledelsesproblem

Af Heidi Holtz-Nielsen, sygeplejestuderende

I Berlingske Tidende den 27. januar kan man læse, at der er stor mangel på sygeplejersker. Rent faktisk viser en analyse fra Dansk Sygeplejeråd, at der i dag mangler 1.100 sygeplejersker, og at det tal desværre kun bliver større. Der er derfor lavet en plan om at optage flere studerende på sygeplejerskolerne. Samtidig kan man dog også læse, at frafaldet på uddannelsen er stort, 32 pct. Og det er her, jeg mener, at der skal gribes ind, og det skal være NU! Det hjælper ikke meget at få flere ind på uddannelsen, hvis rigtig mange vælger at stoppe. Det vil også betyde, at endnu flere ressourcer går til spilde på de forventeligt flere studerende, som falder fra studiet, såfremt frafaldsprocenten ikke reduceres. Enhver med kendskab til LEAN vil også først fokusere på at fjerne spild, før man investerer i øget kapacitet og ressourceforbrug.

Jeg har gentagne gange været i kontakt med andre sygeplejestuderende, som er blevet dårligt behandlet på deres praktiksted, og det er jo ikke just fremmende for at færdiggøre uddannelsen. Det er helt klart et ledelsesansvar at sørge for, at

afdelingerne tager godt imod os studerende, således at vi får en god oplevelse og ønsker at færdiggøre vores uddannelse.

Jeg har personligt prøvet først et dårligt og derefter et godt praktikforløb. I løbet af det første praktikophold var jeg meget tæt på at holde op. Vi var tre studerende, som alle følte os uvelkomne på afdelingen og fornemmede, at vi mere var til besvær end kommende kollegaer.

Da jeg så kom ud i min anden praktik, kunne jeg slet ikke få armene ned og var ikke ét sekund i tvivl om, at jeg havde valgt rigtigt. Her blev jeg integreret i afdelingen, og der blev udvist stor interesse for mit studium. Efter denne positive oplevelse kan jeg slet ikke vente, til jeg bliver færdig med studiet og til at få et arbejde som sygeplejerske.

Så kære ledere på landets sygehuse, sørg for, at jeres afdelinger er et godt sted at være for os studerende, og I vil uden tvivl få nogle gode, fagligt dygtige og positive kolleger om nogle år!

Heidi Holtz-Nielsen er 3.-semester-studerende på Sygepleje- og Radiografskolen i Herlev.

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.

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*



Gitte Brandbyge

Autenticitet og engagement vigtigst i sygeplejen

Stifinder. En sygeplejerske må gerne bruge private og personlige sider af sig selv, når hun er på arbejde. Ideen om blot at agere professionelt støtter ikke patienten tilstrækkeligt, slet ikke i psykiatrien.

Min erfaring er, at autenticitet og engagement er det bedste redskab i relationsarbejde, hvilket er svært at få øje på i nutidens meget teoretiske uddannelse.

Autenticitet og engagement lærer vi bedst ved at være i praksis og udvikle os i samvær med de mennesker, vi ønsker at hjælpe. Det har jeg fået bekræftet gennem de sidste otte år, hvor jeg har været ansat i Botilbuddet Kragelund. Her er de gennemgående temaer brugerindflydelse og recovery. Det kræver vilje og evne at opnå en ligeværdig relation og hermed styrke den enkelte person i en proces fra en livsform som klient til en autonom livsform.

Efter min ferie fik jeg den sørgelige meddelelse, at min leder havde fået nyt job. Da jeg er opdraget til at være forandringsparat og optimistisk, gik jeg straks i gang med at skrive dette synspunkt. Jeg måtte erkende, at han og vores tidligere leder står for de værdier, vi har udviklet gennem årene i botilbuddet, og min panik gik på, om en ny leder kunne løfte opgaven lige så godt, og på, at jeg skulle tage afsked med et engageret og dejligt menneske.

Jeg vil beskrive værdierne nærmere:

En indsats med høj grad af ligeværd og respekt for de mennesker, vi vil hjælpe, stiller store krav til vores forandringsparathed. Vi er ikke længere rejseludere, men skal ydmygt agere stifindere. Vi støtter og vejleder den enkelte om stier og veje, som han kan gå ad mod sit mål, men vi bestemmer ikke målet, eller hvilken vej han skal vælge. Det kan kun lade sig gøre, hvis vi respekterer den enkeltes valg og bevarer troen på, at vi vokser ved at tage ansvar for vores eget liv. Det er ikke muligt, hvis der konstant står en bedrevidende person på sidelinjen med de rigtige løsninger. Men hvad skal sygeplejersker så lave?

Vi har i botilbuddet forsøgt at illustrere det med et billede af en solsikkens vækst fra frø til stor og flot solsikke. Selv en stor og stærk solsikke har brug for en husmur at støtte sig til i stormvejr. Vi kan være husmuren. I sygeplejen findes den holdning, at det er uprofessionelt at være privat-personlig. Men først når vi ved, hvem vi er, og hvad vi står for, kan vi være ægte til stede i relationen til andre mennesker. Tror man, at specielt sindslidende ikke kan klare forskellige holdninger og tilgange til, hvordan hjælpen ydes, er det at skyde ved siden af. Det fastholder netop situationer, hvor sindslidende risikerer at leve et liv isoleret fra omverdenen. Vi har pligt til at afspejle virkeligheden ved at møde det enkelte menneske med forskellige tilgange til, hvordan livet kan tackles.

Der er en anden praksis, der hindrer ligeværd og respekt i relationen. Det er den opfattelse, at vi skal vide bedst, inden vi kaster os ud i hjælperollen. Dvs. være forberedt (vi læser om folk i journaler o.l.), lægger en strategi for, hvordan hjælpen skal ydes (diskuterer i fagligt forum), og først derefter henvender os til det menneske, det drejer sig om. Den tilgang hindrer åbenhed over for problemstillingerne og fastholder forestillingen om, at vi ved bedst. Dem, vi skal hjælpe, kan dermed fralægge sig ansvaret for eget liv.

For at bryde den tendens har vi i botilbuddet ikke fokus på diagnoser, men på det enkelte menneskes ønsker og drømme. Vi sætter det sociale i højsædet ved at gøre så meget som muligt i samarbejde med beboerne. Ingen rum kun for medarbejdere eller rapporter bag lukkede døre. Vi henter informationer hos den enkelte frem for at læse os til tingene. Det kræver vilje til at arbejde med åben, ærlig og direkte dialog i forhold til beboere og kolleger. Det kræver mod at lade vejen blive til, mens man går frem for at vide alt på forhånd og læne sig op ad regler og retningslinjer.

Gitte Brandbyge er sygeplejerske på Botilbuddet Kragelund, Socialpsykiatri Syd, Århus, gittebrandbyge@hotmail.com

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



Patienter med lungelidelse tilfredse med hjemmebehandling

Af Tina Bak Pedersen, sygeplejerske

►► Artiklen henvender sig til sygeplejersker med interesse for patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom. Hovedbudskabet er, at patienterne er tilfredse med hjemmebehandling. Det viser en mindre spørgeskemaundersøgelse, der omfatter 22 patienter.

Behandling af kronisk lungesygdom er et prioriteret område i sundhedsvæsenet. Sygeplejeassisteret hjemmebehandling af akut eksacerbation til patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) har i et forskningsprojekt (1) på Sygehus Nord, Nykøbing-Thisted, tidligere Viborg Amt, givet stor tilfredshed hos både patienter, pårørende og personale.

Patienterne blev efter en kort diagnostisk fase og opstart af behandlingen randomiseret til hjemmebehandling (22 patienter) el-

ler behandling under fortsat indlæggelse (22 patienter). Alle i hjemmebehandlingen blev udskrevet inden for 48 timer.

Ved afslutning af projektet blev der udsendt spørgeskema til de patienter, som deltog i hjemmebehandlingen, med henblik på patienttilfredshed.

Sygeplejerskernes primære opgave var at vurdere og observere patienten fysisk og psykisk. Sikre sig, at der var stabil fremgang. Det blev kontrolleret, at inhalationsteknikken var i orden, at behandlingsplanen var forstået og blev fulgt, samt vurderet, om det var forsvarligt at fortsætte hjemmebehandlingen.

Den sekundære opgave var vejledning og undervisning med henblik på at gøre patienten aktiv i behandlingen.

Der blev udsendt 21 spørgeskemaer (en patient døde i opfølgingsperioden), hvoraf 17 blev besvaret. 16 patienter var meget tilfredse, følte sig trygge og ville vælge ordningen igen. 13 havde tidligere været indlagt under samme diagnose. En var ikke tilfreds, følte sig utryk og ville ikke vælge ordningen igen. 17 var tilfredse med den information, de fik om sygdom og behandling under besøgene samt varigheden af besøget.

Patienterne gav klart udtryk for, at de var glade for og trygge ved, at de kunne behandles og følges i hjemmet. De så det som en stor fordel at have deres pårørende omkring sig. Der var mere ro, de sov bedre og fik dermed hurtigere kræfter tilbage.

De kunne bedre koncentrere sig om vejledningen og havde lettere ved at snakke om angsten, når der ikke var andre til stede. Kontinuiteten med den samme sygeplejerske betød, at der var mulighed for opfølgning næste dag.

De pårørende var også glade for hjemmebehandlingen og følte sig bedre rustet til at hjælpe deres ægtefælle, fordi de fik bedre information om både sygdom og behandlingsmuligheder.

Åndenød og angst

Vi oplevede åndenød og angst som de to hyppigste problemer hos patienterne, og deres håndtering heraf har stor betydning for, hvordan de klarer hverdagen. Det er vigtigt, at vi hjælper dem til at forholde sig realistisk til egen sygdom, så de bliver i stand til at mestre denne.

Vi oplevede, at de er mere motiverede for vejledning i hjemmet, da der er mere ro. Ved at se patienten i vante omgivelser var det lettere at give dem de redskaber, som netop de havde brug for. Praktiske ændringer eller hjælpemidler i hjemmet er også lettere at vurdere, når man ser patienten i hjemmet.

Det er meget vigtigt at lytte til patienten, da det er meget forskelligt, hvad den enkelte har brug for. Nogle har brug for mange råd og megen vejledning, for at de kan ændre livsstil og dermed forebygge forværringer. Andre har skyldfølelse og er flove over egen situation på grund af mangeårig rygning, og nogle vil ikke ændre deres liv.

Vi skal derfor huske, at hvad der er rigtigt for os med de intentioner, vi har, forbedrer nødvendigvis ikke patientens livskvalitet.

Hurtig udskrivelse med opfølgning i hjemmet har i vores undersøgelse været en succes med stor patienttilfredshed. Der ses ingen forværring i sygdomsforløbet. Vi mener derfor, at sygeplejeassisteret hjemmebehandling er et sikkert alternativ til indlæggelse hos en gruppe af patienterne med kronisk obstruktiv lungesygdom.

*Tina Bak Pedersen er projekt-sygeplejerske på Afdeling M4, Sygehus Nord, Nykøbing-Thisted.
vind1@mail.dk*

Litteratur

1. Nissen I, Jensen MS. Sygeplejeassisteret hjemmebehandling af eksacerbation i kronisk obstruktiv lungesygdom. Ugeskrift for Læger. In press.



Synergi
DSR's nyhedsbrev

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

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

Doktordisputats

Kritisk sygdom hos nyfødte og helt små børn

Af Elisabeth O.C. Hall, cand.cur., ph.d.



PRIVATFOTO

Elisabeth Hall

Elisabeth O.C.Hall forsvarede fredag den 2. marts sin disputats med henblik på tildeling af doktorgraden i sygepleje.

Doktorafhandlingen bærer titlen "When a newborn or small

child is critically ill. Nurses', parents' and grandparents' experiences and dynamics in family-centred care."

Formålet med doktorafhandlingen er at få øget teoretisk viden om det samspil, der foregår i omsorgen for et nyfødt eller lille barn, der bliver akut indlagt på hospital og overflyttet til intensiv afdeling. Afhandlingen bygger på to teoretiske og ni empiriske arbejder, der omhandler forældres, bedsteforældres og sygeplejerskers oplevelser og samspil ved fødsel og kritisk sygdom hos barnet. Artiklerne er publiceret i perioden 1994-2005. Med henblik på en syntetisering og teoretisering af studierne bliver der foretaget en sekundær analyse af data.

Analysen viser, at samspillet i den familieorienterede neonatale og pædiatriske sygepleje er kompliceret, der er mange faktorer, der har betydning for, hvorvidt familien og de professionelle befinder sig godt. Dog, otte indbyrdes afhængige begreber bidrager til samspillet karakter og effekt. Et samspil, som bygger på omsorg, viden, gensidighed og venlig tone har mulighed for at skabe velvære, hvor parterne befinder sig godt. Omvendt kan disse be-

grebers modsætninger: manglende omsorg, uvidenhed, isolation og uvenlig tone bidrage til manglende velvære.

Resultaterne peger på, at samspillet foregår i et virkelighedsfelt, der befinder sig mellem disse to begrebsgrupper, dvs. mellem det ideale og det uacceptable. Såvel sygeplejersker som forældre og bedsteforældre i undersøgelsen havde både gode og mindre gode oplevelser af samspillet i denne situation.

Resultaterne bliver samlet i en teori, "Den familie-professionelle Samspilsteori." Teorien giver mulighed for at begrebsliggøre familiecentreret sygepleje og at udarbejde empiriske indikatorer på et lavere abstraktionsniveau. Derigennem fremmer teorien evidensbaseret, familiecentreret sygepleje, hvilket både samfundet og faget efterlyser.

Elisabeth Hall er lektor ved Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, eh@sygeplejevid.au.dk

Forsvaret finder sted fredag den 2. marts 2007 kl.14.00 i Auditorium 424, Anatomisk Institut, bygning 1230, Universitetsparken, Aarhus Universitet.

Opponent

Professor *Ingegerd Bergbom*, Göteborgs Universitet, docent *Inger Hallström*, Lunds Universitet, professor *Svend Sabroe*, Aarhus Universitet.

Doktorafhandlingen kan rekvireres ved henvendelse til: Medicinerladen, Nørre Allé 32, 8000 Århus C. Tlf. 8619 7111, e-mail: 8878@bogport.dk, www.medicinerladen.dk

Er du leder?
Læs
LederInfo!



Tilmeld dig
DSR's elektroniske
nyhedsbrev specielt
for ledere på
www.dsr.dk
under "LederNet"

Berøring som forløser



Fysisk afspænding som leder til følelsesmæssig indsigt og velvære.

Lær at arbejde med kroppens skjulte resurser via mild berøring.

Merituddannelse i Rosenmetoden

for uddannede inden for sundhedssektoren. Bliv Rosenterapeut over tre 9-måneders moduler.

Nyt hold starter d. 3.-4. marts.

Gratis workshop

Onsdag d. 21. feb. kl. 19-22 i Søborg

Tilmelding og brochurer:

Tlf. 39 66 15 85

www.rosenmetoden.dk

Til kamp mod fejl i almen praksis

►► Artiklen henvender sig til konsultationssygeplejersker og andre med interesse for rapportering af utilsigtede hændelser fra den primære sundhedssektor. Artiklen bygger på praktiske erfaringer med rapportering fra almen praksis. Hovedbudskabet er, at rapportering eliminerer fejl.

►► **BOKS 1. DEFINITION PÅ EN UTILSIGTET HÆNDELSE.** I lov om patientsikkerhed § 2 hedder det: "Ved en utilsigtet hændelse forstås en begivenhed, der er en følge af behandling eller ophold på sygehus, og som ikke skyldes patientens sygdom, og som samtidig enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget, eller på grund af at andre omstændigheder ikke indtraf. Utilsigtede hændelser omfatter både på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl" (1).

I mit arbejde som konsultationssygeplejerske i en sololægepraksis i Værløse har jeg gennem længere tid arbejdet med utilsigtede hændelser. Når vi i almen praksis beskæftiger os med emnet, er det for at øge opmærksomheden på patientsikkerheden og for at udvikle kvaliteten i arbejdet.

Følgende case er et eksempel på en hændelse fra vores praksis, hvor vi via registrering og analyse af den utilsigtede hændelse har ændret eller tilpasset vores procedurer og rutiner, så antallet af fejl minimeres, og patienterne dermed får en bedre behandling:

En patient får udstedt en elektronisk recept på en forkert styrke af præparatet Digitalis, fordi der indtastes forkert dosis i klinikens elektroniske medicinmodul (som selv vælger den mindste dosis, der i dette tilfælde er 0,25 mg i stedet for 62,5 mikrogram).

Fejlen opdages ikke ved kontrol af recepten, hvorfor bestillingen afsendes til apoteket. Men fejlen opdages af patienten, da hun ser, at tabletterne har en anden farve end dem, hun er vant til at få.

Denne hændelse har medført, at proceduren vedrørende medicinbestilling er ændret:

- Vi har begrænset antallet af telefonrecepter ved at lave et opslag, der fraråder receptfornyelser over telefonen.
- Vi tilstræber, at alle får fornyet recepter ved aftalte konsultationer, og vi undgår så vidt muligt afbrydelser i forbindelse med tastning af recepter ved at opretholde en diskretionslinje omkring sekretærens plads.
- Vi har udarbejdet en faxeseddel til medicinbestilling, som hjemmeplejen og plejehjemmene benytter, så vi kan udføre bestillingerne, når vi har tid.
- Vi tjekker præparat og dosering med patienterne både ved receptskrivning og ved udlevering af recepten. ►



►► BOKS 2. KATEGORISERING AF HÆNDELSER.

Fordelingen på kategorier af de i alt 138 indberettede hændelser:

- Medicineringsfejl, 30 pct. (Forkert udfyldt recept, forkert ordination af et præparat, fejdoseringer af medicin, misforståelser patient og læge/personale imellem m.m.)
- Fejl i forbindelse med sektorskift, 19 pct. F.eks. mellem almen praksis og sygehus eller plejehjem (i form af uoverensstemmelser mellem epikriser og medicinskemaer, misforståelser personalegrupper imellem, manglende opfølgning på allerede planlagte undersøgelser og behandlinger m.v.)
- Fejl begået i almen praksis, 49 pct. (Forkerte undersøgelser og behandlinger, fejl i udstyr, misforståelser patient og personale imellem, administrative fejl m.m.)
- Fejl i viden, 2 pct. (Hændelser opstået, fordi det involverede sundhedspersonale ikke vidste, hvilken procedure/behandling der var den rigtige.) Måske er der flere fejl i denne gruppe, for den type hændelser er svære at skelne fra de øvrige typer.

►► BOKS 3. SUCCESFULD RAPPORTERING.

Forudsætninger for succes med rapportering af utilsigtede hændelser kræver:

- enighed og engagement i personalegruppen
- en god sekretær, der kan registrere utilsigtede hændelser i et overskueligt skema, så man sikrer sig, at de ændringer, hændelserne medfører, bliver gennemført
- at alle i personalegruppen ønsker at deltage positivt og konstruktivt i ændringer i praksis
- åbenhed.

Listen bygger på erfaringer fra vores praksis.

- I den konkrete sag har lægen desuden gennem kontakt til Lægemiddelstyrelsen og producenten af Digitalis-præparatet fået ændret enheden af styrken for det ene Digitalis-præparat fra 0,25 mg til 250 mikrogram.

(Ved at have fået ændret doseringen vil vores medicinmodul nu altid vælge den laveste dosis, som er 62,5 mikrogram, som førstevalg).

I dette tilfælde er det lykkedes både at ændre vores procedurer og at få ændret styrken på et Digitalis-præparat, så den type fejl ikke sker igen.

Årsagen til, at vi overhovedet er kommet i gang med at arbejde med utilsigtede hændelser, er, at loven om patientsikkerhed trådte i kraft i januar 2004. Som en del af den samlede lovgivningsmæssige gennemførelse af kommunalreformen, blev loven om patientsikkerhed den 1. januar 2007 afløst af sundhedsloven. Herefter bliver det formentlig muligt at rapportere utilsigtede hændelser i primærsektoren (1,2). Desuden deltog vores praksis i efteråret 2004 i et kvalitetsudviklingsprojekt om indrapportering af utilsigtede hændelser i almen praksis. I projektet var 36 praksisser fra fem amter repræsenteret.

Evalueringen af projektet kan læses på www.tt-analyse.dk (3).

To måder at se fejl på

Rapportering af utilsigtede hændelser kan føre til, at fejl fremover ses ud fra et systemorienteret perspektiv: Hvad skete der? Hvor skete det? Hvordan undgår vi, det sker igen? Og ikke ud fra et indvidorienteret perspektiv: Hvem lavede fejlen? Hvis skyld er det? (3). Med perspektivændringer kan man nu rette fokus mod årsagerne til, at fejl opstår, frem for at se på de personer, der begår fejlene (4) (se boks 1 side 52).

En praktisk fortolkning af definitionen på en utilsigtet hændelse er, at man i det daglige skal rapportere, analysere og handle på det, der kunne være foregået anderledes til gavn for patienten (1,2).

Forudsætningerne for, at indrapportering af hændelserne medfører lokal læring, er, at der er fysisk og psykisk rum til at diskutere hændelserne, samt at rapporteringen medfører ændringer.

Vores erfaringer er, at læring bedst sker i eget miljø. Man opnår mere ved at drøfte og analysere egne fejl og lade resultaterne medføre små ændringer og justeringer hele tiden, i stedet for blot at implementere andres forslag. For den praksis, jeg arbejder i, har deltagelsen i kvalitetssikringsprojektet medført en kulturændring (3). Rapportering og analyse af utilsigtede hændelser er blevet en del af vores hverdag. Vi er også blevet langt mere opmærksomme på episoder, der kan medføre fejl eller gener for patienterne.

Jo større erfaring vi får med rapportering af hændelserne, jo bedre bliver vi til at justere de kategorier, vi rapporterer, og det medfører, at langt de fleste rapporteringer i dag kan anvendes direkte til forbedring af kvaliteten af vores arbejde (se boks 2 herover).

Under og efter deltagelsen i projektet er der ændret en hel del hos os. Vi har bl.a. udarbejdet bestillingslister til sygeplejeartikler, medicin og kontorvarer. Vi har som nævnt ændret proceduren vedrørende medicinbestillinger, og vi er så småt begyndt at udarbejde standarder for behandlingen af de mest almindelige sygdomme som diabetes, hypertensio arterialis og astma.

Standarderne skal være et arbejdsredskab til os, så vi sikrer os, at patienterne behandles efter de i forvejen eksisterende referenceprogrammer for sygdommene.

Efter at projektperioden sluttede, har vi koncentreret os om områderne fejl i forbindelse med medicinering, fejl begået i praksis og fejl i forbindelse med sektorskift. For at gøre rapporteringen så let

►► BOKS 4. PATIENTHISTORIE OM OVERDOSERING AF MEDICIN.

Hændelse: En patient får et dosisdispenseret syntetisk opioidpræparat. Dosis skal ændres fra 50 mg tre gange dagligt til 50 mg to gange dagligt. Da dosiskortet faxes tilbage fra apoteket, viser det sig, at der nu gives Mandolgin tre gange dagligt samt to gange dagligt. Ved kontakt til apoteket viser det sig, at apotekspersonalet har overset bemærkningen om ændring i dosis.

Konsekvens: Proceduren ved receptfornyelser, seponering eller dosisændringer af præparater, der gives som dosisdispenseret medicin, er, at vi laver en EDI-fact (en recept der sendes elektronisk til apoteket) og i feltet bemærkninger påfører, om der er tale om nyordination, seponering eller dosisændring. Apotekets personale oplyser, at det ikke er al tekst i bemærkningsfeltet, de kan læse. Som konsekvens af hændelsen er taget beslutning om, at alle lægepraksisser med tilknytning til det lokale apotek skal sende en testrecept, så der kommer en afklaring af, hvilke systemer der kan tale sammen.

Indtil der er kommet endelig afklaring på dette problem, har vi udarbejdet ny procedure for ændring og fornyelse af dosisdispenseret medicin. Ud over at lave en EDI-fact-recept ringer vi til apoteket, så man der bliver klar over, om ordinationen drejer sig om seponering eller dosisændring.

Eksemplet er gengivet fra hjemmesiden www.trypatient.dk

►► BOKS 5. PATIENTHISTORIE OM FORKERT BØRNEVACCINATION.

Hændelse: En niårig pige mangler 2. og 3. orale polio vaccination samt femårs vaccinationen. Hun kommer nu til vaccination i forbindelse med udenlandsrejse. Der gives Di-Te-Ki vaccination + HAVRIX vaccination.

Efter nærmere gennemgang af pigens vaccinationskort og kontrol på Statens Seruminstits hjemmeside finder man efterfølgende ud af, at hun skulle have haft Di-Te-Ki-Pol vaccination. Efter konference med Statens Seruminstitut gives der efterfølgende en polio vaccination. Pigen er nu opvaccineret svarende til det danske vaccinationsprogram. Der skete ingen alvorlig fejl, men pigen måtte vaccineres en ekstra gang, hvilket kunne være undgået.

Konsekvens: For at være opmærksom på konvertering mellem det gamle og det nye vaccinationsprogram har vi på køleskabsdøren sat et skema op med, hvilke børnevacciner der skal gives hvornår, og hvordan pakningerne ser ud, så vi bliver mindet om dette, når vi tager vaccinen. Desuden repeterer vi med forældrene, hvilken vaccine, der skal gives, vi slår altid op på vaccinationssiden i den elektroniske journal for at se, hvad der er givet tidligere, og vi opfordrer forældrene til at medbringe barnets vaccinationskort, hver gang barnet skal vaccineres.

Eksemplet er gengivet fra hjemmesiden www.trypatient.dk

som muligt har vi skemaet liggende på computerens skrivebord, så der er nem adgang til det i dagligdagen.

Det kræver meget af os at påbegynde rapportering af utilsigtede hændelser, men det er en god investering, for jeg er sikker på, at rapportering og analyse af hændelserne vil blive en del af dagligdagen i fremtidens almenpraksis, for rapportering har indflydelse på patientsikkerheden, arbejdsmiljøet og de resultater, der kan opnås med kvalitetsudviklingen i praksis (se boks 3 på forrige side).

Forudsætningerne for, at arbejdet med rapportering af utilsigtede hændelser lykkes, er ment som nogle punkter, det vil være godt at tale om personalegrupperne imellem.

Man skal turde registrere hændelserne. Det kræver fortrolighed og tryghed, og det kræver, at man er god til at give konstruktiv kritik (se boks 4 og 5 herover).

For hele tiden at kunne justere vores procedurer, rutiner og arbejdsgange og for jævnlige at diskutere de hændelser, der har været i månedens løb, holder vi personalemøde en gang om måneden.

Vores sekretær registrerer alle utilsigtede hændelser i et overskueligt skema. Ved personalemøderne gennemgår vi hændelserne og aftaler, hvilke ændringer de skal medføre, og hvem der sørger for, at ændringerne gennemføres. Sekretæren tager referat fra møderne, og ved næste månedsmøde gennemgår de indførte ændringer.

Betina Sodemann er konsultationssygeplejerske i en almen lægepraksis i Værløse, beso@mail.dk

Litteratur

1. Lov om patientsikkerhed vedtaget af Folketinget den 4. juni 2003.
2. www.patientsikkerhed.dk Dansk selskab for patientsikkerheds hjemmeside.

3. Projekt rapport "Utilsigtede hændelser – Evaluering af et kvalitetssikringsprojekt i almen praksis." Oktober 2004. (Konsulentrapport til Sundhedsministeriet), www.tt-analyse.dk > konsulentrapporter.

►► ENGLISH ABSTRACT. Sodemann B. Combatting adverse events in general practice. *Sygeplejersken* 2007;(3):52-5.

The Patient Safety Act came into force in January 2004 and was replaced in January 2007 by the Health Act. Subsequently it will presumably be possible to report adverse events which occur in the primary sector.

I believe that reporting and analysis of adverse events will in the future become part of the daily routine of general practices because reporting influences patient safety, the working environment and the results which can be achieved through quality development in practice.

We be able change or adapt our routines and procedures so as to minimise the number of errors and as a result, patients will get better treatment.

This requires confidence and peace of mind among the staff. They must not be afraid to record and discuss events, and to do this means they must be good at constructive criticism.

In our practice we hold a staff meeting once a month. At these meetings we discuss the events that have occurred during the past month. In this way we are able to adjust our procedures, routines and work patterns on an on-going basis.

Key words: Patient safety, adverse events, quality development in general practice.

NYHED



Desinfektion i tabletform

ACT 340 PLUS Medicinsk testation klasse IIA

Tabletterne indeholder en stabiliseret klorforbindelse, som muliggør rengøring og desinfektion i ét trin.

Tabletterne indeholder ikke overfladeaktive forbindelser og er derfor ikke skumdannende.

En eller to tabletter opløses i 1 ltr. almindeligt postevand.

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

Diplomkursus i GCP for projektsygeplejersker

- Kliniske lægemiddelforsøg i Danmark

Kurset er målrettet projektsygeplejersker med interesse for klinisk lægemiddelforskning ansat på hospital, i speciallægepraksis, i almen praksis eller anden patientbehandlende institution.

Kurset giver - foruden metodologiske og lov-mæssige aspekter - god indsigt i projektsygeplejerskens rolle og ansvarsområder i forbindelse med kliniske lægemiddelforsøg.

Kursets sidste dag er afsat til projektledelse - en funktion projektsygeplejersker ofte påtager sig - med fokus på planlægning, målsætning, styring, teamledelse og resultater.

Kurset er tilrettelagt som et ligeværdigt alternativ til diplomkursus i GCP-monitorering, hvor målgruppen er monitorer ansat i Lif's medlemsvirksomheder. Kurset efterfølges derfor også af en - frivillig - eksamen.

Kompetente og erfarne undervisere sikrer, at du får et optimalt udbytte af kurset.

Tid: 22.-24. marts 2007

Yderligere information og tilmeldingsblanket finder du på:
www.lif-uddannelse.dk

Du er også meget velkommen til at kontakte uddannelsesleder Helle Møller, hm@lif.dk, tlf. 39 27 60 60.



Uddannelse

- fordi viden
skaber udvikling

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, DrPH, MPH

TINE 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.

Har elevers alder, køn og baggrund betydning for udbyttet af sundhedssamtalen med sundhedsplejersken?

Skoleelevers refleksioner, diskussioner og handlinger

►► Sundhedssamtalen med sundhedsplejersken er et minimalt udforsket område. I denne artikel, der henvender sig til sundhedsplejersker og andre interesserede i sundhedsplejens udvikling, præsenteres forskningsresultater vedrørende skoleelevers selvvalgte refleksioner, diskussioner og handlinger efter sundhedssamtalen. Et centralt fund er, at størstedelen af de 5.205 elever, der deltog i undersøgelsen, har reflekteret over samtalen, uanset køn, alder, familiesocialgruppe og familiestruktur.

Resumé

Baggrund og formål: Elevers udbytte af sundhedssamtalen med sundhedsplejersken har kun i beskedent omfang været genstand for forskning. Formålet med denne artikel er at beskrive og analysere elevers refleksioner, diskussioner samt handlinger efter en sundhedssamtale i forhold til køn og alder, familiestruktur og socialgruppe.

Studiepopulation og metode: Dette er en tværsnitsundersøgelse, som indgår i den danske skolebørnsundersøgelse, der er en del af den internationale WHO-koordinerede Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey 1998. Undersøgelsen henvender sig til elever på 5., 7. og 9. klassetrin (11, 13 og 15 år) i et vilkårligt udvalg af skoler i hele landet. Blandt de elever, der var i skole den dag, undersøgelsen fandt sted, deltog 98 pct. Dette svarede til 88 pct. af indskrevne elever i skolen, $n = 5.205$. Udbyttet af sundhedssamtalen var målt med fem svar kategorier: Har du tænkt over samtalen; Har du drøftet indholdet med din mor, far, søskende, venner, lærer eller andre; Fulgte du sundhedsplejerskens råd; Gjorde du, hvad du selv syntes, var bedst; Henvendte du dig til sundhedsplejersken igen.

Resultater: Over halvdelen af eleverne havde tænkt over samtalen, drøftet den med deres mor eller en ven, fulgt sundhedsplejerskens råd og/eller deres egen beslutning. Godt en tiendedel vendte tilbage til sundhedsplejersken, fortrinsvis elever fra lav familiesocialgruppe og piger fra sammenbragte familier.

Konklusion: Undersøgelsen har demonstreret skoleelevers udbytte af sundhedssamtalen i form af elevernes selvvalgte refleksion, diskussion med andre og handling på baggrund af sundhedssamtalen. Sundhedsplejerskerne har en vigtig rolle i forhold til elever i sårbare situationer.

Nøgleord: Sundhedssamtale, skoleelever, sundhedsplejerske, udbytte, køn, alder, familiesocialgruppe, familiestruktur, skolebørnsundersøgelsen, HBSC.

Introduktion

Nationalt såvel som internationalt er sundhedsfremme og forebyggelse en hjørnesten i sundhedsplejerskers kontakt med skoleelever, uanset om denne kontakt foregår i klasserummet, i hjemmet eller på sundhedstjenestens kontor ved en sundhedssamtale (1,2). De senere år er der både i Norden (3,4) og specielt i England og USA (2,5,6) publiceret studier om skolesundhedspleje og elevers sundhed. De fleste studier har været af deskriptiv karakter og konkluderet, at forskning mangler, og at der var uklare forventninger til sundhedsplejerskernes rolle (2,5).

I Danmark er sundhedsplejerskernes sundhedssamtale med skoleelever ifølge Forebyggende sundhedsordninger for børn og unge (7), som erstattes af Sundhedsloven i 2007 (8), en kerneydelse. I Forebyggende sundhedsordninger for børn og unge (7) anbefales, at sundhedsplejersken regelmæssigt (årligt) inviterer alle elever til en sundhedssamtale individuelt eller gruppevis. Formålet med sundhedssamtalerne er at støtte og styrke eleven i at træffe sunde valg.

Sundhedssamtalen tilrettelægges efter elevernes alder og udvikling, så den danner grundlag for en systematiseret vurdering af elevens sundhedstilstand og for sundhedsvejledning, der er tilpasset elevens behov. Sundhedsstyrelsen foreslår temaer og emner for sundhedssamtalen (7) relateret til klassetrin:

1.-3. klassetrin, for eksempel trivsel, kostvaner, motion, hygiejne, søvn, fritidsbeskæftigelse, kropsbevidsthed, påklædning, drilleri og jalousi. På 4.-6. klassetrin foreslås også fysiske og psykiske forandringer i puberteten, gruppedannelse, rygning, alkohol og misbrug, og på 7.-9. klassetrin foreslås endvidere drøftelse af kønsroller, prævention, kønssygdomme, aids, fritidsbeskæftigelser, arbejdsstillinger og erhvervsvalg. Tidligere danske undersøgelser har handlet om processerne i sundhedssamtalen, såsom elevers erfaringer med indhold (9), læringsnytte (10), tilfredshed med samtalen (11) samt faktorer, der påvirkede sundhedssamtalen (12,13), foruden sundhedsplejerskens vurde-

ring af en vellykket samtale (14). Udbyttet efter sundhedssamtalen skal forstås som udbytte, der vil finde sted efter afsluttet sundhedssamtale i form af elevens refleksion og nyorientering, øget viden, aktiv eksperimentering, ændret sundhedsadfærd og forbedret sundhed (13).

Sundhedssamtalen og udbyttet af sundhedssamtalen er fortsat et minimalt udforsket område (3,15,16,17,18). *Williamson* (17) fremhæver, at sundhedssamtaler (health interviews) er vigtige som introduktion til den sundhedsperson, med hvem eleverne kan drøfte sundhedsemner, og hvor de kan få vejledning om andre sundhedsinstanser om nødvendigt. Hun fremhæver, at sundhedsplejerskens "drop-in" (åben dør) vil være lettere at benytte efter en sundhedssamtale. Tilgang til sundhedstjenesten kan også være med til at understøtte elevernes egen ansvarlighed for deres sundhed. *Borup og Holstein* (15) finder, at elever fra lavere socialgrupper har større udbytte af sundhedssamtalen, ligesom elever med lav skoletilfredshed (16) behøver mere støtte fra sundhedsplejersken, og at elever, der tit bliver mobbet, vender tilbage til sundhedsplejersken (19).

Formålet med denne artikel er at beskrive og analysere elevens refleksioner, diskussioner samt handlinger efter en sundhedssamtale i forhold til køn og alder, familiestruktur og familiesocialgruppe.

Materiale og metode

Dette studie er en tværsnitsundersøgelse og en selvstændig del af den danske skolebørnsundersøgelse fra 1998 (20).

Skolebørnsundersøgelsen er den danske del af Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), en WHO-koordineret international tværsnitsundersøgelse om skoleelevers helbred, livsstil og sundhedsadfærd. International koordinator er *Candace Currie*, University of Edinburgh (21), og den danske koordinator for skolebørnsundersøgelsen (20) er *Pernille Due*, Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab, afdeling for Social Medicin.

Formålet med HBSC (21) er at styrke forståelsen af og overvåge børn og unges helbred og sundhedsadfærd. At få indsigt i den indflydelse, skole, familie og andre sociale sammenhænge har på børns og unges livsstil. At få indflydelse på udvikling af programmer og politikker, der fremmer børns og unges sundhed og at fremme tværfaglig forskning i børns og unges sundhed og livsstil gennem internationalt netværk af sundhedsforskere.

Studiedesign og population

HBSC-undersøgelsen er en tværsnitsundersøgelse, der finder sted hvert 3.-4. år, og Danmark har del-

taget siden 1985. I HBSC-undersøgelsen i 1998 deltog 28 lande. Alle deltagende lande følger en standardiseret protokol for at sikre sammenlignelighed af data. Den danske skolebørnsundersøgelse omfatter elever fra et tilfældigt udvalg af skoler stratificeret efter urbaniseringsgrad for at få elever nok fra store byer. Landet blev inddelt i fem strata, 1) København og Frederiksberg, 2) Københavns Amt, 3) Odense, Aalborg og Århus, 4) byer over 5.000 indbyggere og 5) småbyer og landområder.

Undersøgelsen omfatter elever på 5., 7. og 9. klassetrin (11,8, 13,8 og 15,8 år). Skoler med to spor havde dobbelt så stor sandsynlighed for at blive udvalgt som skoler med et spor for at sikre nogenlunde samme sandsynlighed for udvælgelse af elever i store som små skoler. I hvert stratum udvalgte 12-13 skoler, i alt 64 skoler, hvoraf 55 accepterede at deltage. Undersøgelsen omfatter 5.205 elever fra 302 klasser svarende til 99 pct. af de elever, der var til stede ved dataindsamlingen, og 88 pct. af eleverne i de deltagende skoler.

Dataindsamling

Data blev indsamlet med et standardiseret spørgeskema. Det engelske standardspørgeskema er oversat til dansk og oversat tilbage til engelsk med efterfølgende sproglig revision. Spørgeskemaet er afprøvet ved en serie pilotundersøgelser i mange deltagerlande i Danmark ved seks pilotundersøgelser i 1997 (20). Spørgsmålene angående elevernes kontakt til sundhedsplejersken var spørgsmål udelukkende i den danske skolebørnsundersøgelse. Spørgsmålene blev testet to gange før den endelige dataindsamling med henblik på at sikre, at eleverne forstod indholdet korrekt.

I Danmark er data indsamlet i tiden fra marts til maj 1998, altså 8-10 måneder efter skolestart. Hvornår den sidste sundhedssamtale for den enkelte elev har fundet sted, vides ikke, da samtalerne foregår over hele skoleåret.

Data blev indsamlet anonymt, hvorfor det ikke var muligt at foretage en bortfaldsanalyse.

Målemetode

De uafhængige variable var køn, alder, socialgruppe, familiestruktur og geografisk placering. Socialgruppe blev målt med spørgsmål om forældres nuværende arbejde og kodet i forhold til Socialforskningsinstituttets inddeling i I-V (hvor I er højest og V lavest) (22) og i tillæg en sjette gruppe, som omhandlede familier, hvor forældre var på overførselsindkomst. Hver elev blev placeret efter den forælder, der i deres besvarelse havde højeste sociale placering. De fleste elever (88 pct.) gav troværdige oplysninger til at kunne klassificere forældres socialgruppe (23). Familiestruktur var ba- ►

- seret på, hvem eleven boede sammen med (mor, far, søskende, stedmor, stedfar, andre) og omkodet til biologisk familie (biologisk mor og far), enlig forælder (mor eller far) og sammenbragt familie (far og stedmor eller mor og stedfar). Geografisk område var kategoriseret i de fem områdetyper som nævnt tidligere.

De afhængige variabler var elevernes selvrappede udbytte af den seneste sundhedssamtale.

Udbyttet var operationaliseret ved fem spørgsmål:

1. *Refleksioner over kontakten:* Tænkte du over samtalen med sundhedsplejersken?
2. *Diskussion med andre om samtalen:* Snakkede du med din mor, far, søskende, venner, lærer, andre voksne?

3. *Handling efter samtalen:* Fulgte du sundhedsplejerskens råd?

4. Gjorde du, hvad du selv syntes, var bedst?

5. Snakkede du med sundhedsplejersken igen?

Svarmulighederne var: "Ja, med det samme;" "ja, senere;" "nej." I analysen blev svarkategorierne dikotomerede. Svarkategorierne: "ja, med det samme" og "ja, senere" blev lagt sammen til "ja." Svarkategorierne: "nej" og "manglende svar" blev lagt sammen til "nej."

Etik

Vi havde sendt brev til forældrebestyrelse, skoleinspektør og elevråd og fået deres accept af un-

►► **TABEL 1.** Elevernes refleksion, diskussion og handling efter seneste sundhedssamtale efter alder og køn, procent.

Elevers selvrappede svar på seneste sundhedssamtale med sundhedsplejersken	11-årige		13-årige		15-årige		Total n=5205 (pct.)	Alders-trend, drenge p-værdi §	Alders-trend, piger p-værdi §
	Piger n=896 (pct.)	Drenge n=872 (pct.)	Piger n=922 (pct.)	Drenge n=937 (pct.)	Piger n=806 (pct.)	Drenge n=772 (pct.)			
Tænkte over samtalen	588 (65,6)	503 (57,7) **	543 (58,9)	429 (46,3) ***	424 (52,6)	312 (40,4) ***	2.800 (53,8)	<0,0001	<0,0001
Snakkede om samtalen med:									
mor	688 (76,8)	586 (67,2) ***	641 (69,5)	521 (55,6) ***	454 (56,3)	312 (41,2) ***	3.201 (61,5)	<0,0001	<0,0001
far	302 (33,7)	417 (47,8) ***	272 (29,5)	375 (40,0) ***	177 (22,0)	224 (29,0) **	1.759 (33,8)	<0,0001	<0,0001
søskende	136 (15,2)	106 (12,2) ns	163 (17,7)	112 (12,0) ***	97 (12,0)	74 (9,6) ns	687 (13,2)	0,0884	0,1208
venner	539 (60,1)	314 (36,0) ***	677 (73,4)	427 (45,6) ***	519 (64,4)	326 (42,2) ***	2.800 (53,8)	0,0615	0,0115
lærer	73 (8,1)	59 (6,8) ns	41 (4,4)	38 (4,1) ns	28 (3,5)	36 (4,6) ns	281 (5,4)	0,0017	0,4580
andre voksne	94 (10,5)	73 (8,4) ns	97 (10,5)	64 (6,8) **	77 (9,5)	50 (6,5) *	453 (8,7)	0,4983	0,1527
Fulgte sundhedsplejerskens råd	656 (73,2)	631 (72,3) ns	585 (63,4)	565 (60,3) ns	414 (51,3)	388 (50,2) ns	3.227 (62,0)	<0,0001	<0,0001
Fulgte egen beslutning	651 (72,7)	665 (76,2) **	757 (81,8)	732 (78,1) ns	619 (76,8)	594 (76,9) ns	4.018 (77,2)	0,06430	0,7174
Besøgte sundhedsplejersken igen	134 (15,0)	140 (16,0) ns	77 (8,3)	87 (9,3) ns	57 (7,1)	70 (9,0) ns	552 (10,6)	<0,0001	0,0001

§ Cochran-Armitage's test for trend igennem de tre aldersgrupper 11-, 13- og 15-årige.

Forskellen mellem piger og drenge er testet med Chi-Square test * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001; ns: non-signifikant.

►► **TABEL 2.** Elevers selvrapporterede svar på seneste sundhedssamtale med sundhedsplejersken efter familiesocialgruppe, procent.

Elevers selvrapporterede svar på seneste sundhedssamtale med sundhedsplejersken	Familie socialgruppe I-II (høj)		Familie socialgruppe III-IV (middel)		Familie socialgruppe V-VI (lav)		p-værdi for socialgruppeforskelle §	
	Piger n= 678	Drenge n=682	Piger n=1193	Drenge n=1.195	Piger n=460	Drenge n=390	Piger	Drenge
Tænkte over samtalen, (pct.)	373 (55,1)	309 (46,7)**	668 (56,0)	523 (43,8)***	253 (55,0)	175 (44,9)**	0,8920	0,7956
Snakkede om samtalen med:								
mor, (pct.)	451 (66,5)	345 (52,1)***	755 (63,3)	609 (51,0)***	286 (62,2)	191 (49,0)***	0,2469	0,7916
far, (pct.)	213 (31,)	237 (35,8) ns	304 (25,5)	459 (38,4)***	123 (26,2)	118 (30,3) ns	0,0203	0,0108 §§
søskende, (pct.)	100 (14,8)	65 (9,8)**	147 (12,3)	122 (10,2) ns	74 (16,1)	40 (10,3)*	0,0938	0,8813
venner, (pct.)	468 (69,0)	270 (40,8)***	732 (61,4)	472 (39,5)***	251 (54,6)	133 (34,1)***	<0,0000	0,1342
lærer, (pct.)	30 (4,4)	29 (4,4) ns	59 (5,)	56 (4,7) ns	27 (5,9)	13 (3,3) ns	0,5448	0,5187
andre voksne, (pct.)	47 (6,9)	37 (5,6) ns	122 (10,2)	82 (6,9)**	55 (12,0)	27 (6,9)*	0,0109	0,4339
Fulgte sundhedsplejerskens råd, (pct.)	343 (50,6)	322 (48,6) ns	604 (50,6)	600 (50,2) ns	255 (55,4)	208 (53,3) ns	0,1795	0,1459
Fulgte egen beslutning, (pct.)	400 (59,0)	422 (48,6) ns	757 (63,5)	804 (67,3)*	295 (64,1)	246 (63,1) ns	0,1064	0,0433 §
Besøgte sundhedsplejersken igen, (pct.)	40 (5,9)	46 (7,0) ns	86 (7,2)	96 (8,0) ns	57 (12,4)	44 (11,3) ns	0,0002	0,0336 §

Stjerneerne viser, om der er signifikant forskel på piger og drenge bedømt med Chi-Square-test, * p< 0,05; ** p< 0,01; *** < 0,001; ns: non-signifikant.

§ p-værdier for forskellen mellem de tre sociale grupper bedømt med Chi-Square-test.

dersøgelsen, og sundhedsplejerskerne blev informeret.

Statistisk bearbejdelse af data

Data er analyseret i statistikprogrammet Statistical Analysis System (SAS). Cochran-Armitage test er anvendt til at teste for trend igennem de tre aldersgrupper 11, 13 og 15 år. Artiklen formidler analyser, som er testet for signifikante forskelle med Chi Square test med 5 pct. signifikansniveau.

Resultater

Tablet 1 side 60 om elevernes refleksion, diskussion og handlinger efter sundhedssamtalen efter køn og

alder viser, at halvdelen (53,8 pct.) af alle elever rapporterede, at de havde tænkt over sundhedssamtalen. To tredjedele (61,5 pct.) angav, at de havde snakket med mor om samtaleens indhold, en tredjedel (33,8 pct.) med far. Halvdelen (53,8 pct.) angav, at de havde snakket med venner, få elever, at de havde talt med søskende (13,2 pct.), lærer (5,4 pct.) og andre voksne (8,7 pct.) om samtaleens indhold.

To tredjedele (62,0 pct.) af eleverne angav, at de havde fulgt sundhedsplejerskens råd, tre fjerdedele (77,2 pct.), at de havde fulgt deres egen beslutning, og hver tiende (10,6 pct.), at de besøgte sundhedsplejersken igen. ►

► *Alder*

Resultaterne viser, at flere elever i femte klasse end i syvende og niende klasse angav, at de havde tænkt over samtalen ($p < 0,0001$), diskuteret samtalen med mor ($p < 0,0001$), far ($p < 0,0001$), og lærer (drengene $p < 0,0017$), havde fulgt sundhedsplejerskens råd ($p < 0,0001$), og vendt tilbage til sundhedsplejersken ($p < 0,0001$).

Køn

Tabel 1 viser forskellige mønstre for drenge og piger i forhold til udbyttet efter sundhedssamtalen, både når det gælder refleksion, diskussion af samtalen og handlinger efter samtalen. På alle tre klas-

setrin var der signifikant forskel blandt piger og drenge, som angav, at de havde tænkt over samtalen (5. kl. $p < 0,01$; 7. kl. $p < 0,001$; 9. kl. $p < 0,001$). Flere piger end drenge angav, at de havde diskuteret indholdet af samtalen med mor (5. kl. $p < 0,001$; 7. kl. $p < 0,001$; 9. kl. $p < 0,001$), de 13-årige piger med søskende (7. kl. $p < 0,001$), venner (5. kl. $p < 0,001$; 7. kl. $p < 0,001$; 9. kl. $p < 0,001$), og andre voksne (7. kl. $p < 0,01$; 9. kl. $p < 0,05$).

Flere drenge end piger angav, at de havde talt med far (5. kl. $p < 0,001$; 7. kl. $p < 0,001$; 9. kl. $p < 0,01$). I femte klasse sås, at signifikant flere drenge angav, at de fulgte egen beslutning ($p < 0,01$).

►► **TABEL 3.** Elevers refleksion, diskussion og handling på seneste sundhedssamtale efter familiestruktur, procent.

Elevers selvrapporterede svar på seneste sundhedssamtale med sundhedsplejersken	To biologiske forældre		Enlig forælder		Rekonstrueret familie		p-værdi for forskelle mellem de tre familietyper §	
	Piger n= 1.612	Drenge n=1.564	Piger n=433	Drenge n=416	Piger n=289	Drenge n=260	Piger §	Drenge §
Tænkte over samtalen, (pct.)	902 (56,0)	694 (44,4)***	247 (57,0)	189 (45,4)***	150 (51,9)	120 (46,2) ns	0,3596	0,8292
Snakkede om samtalen med:								
mor, (pct.)	1.064 (66,0)	842 (53,8)***	280 (64,7)	203 (48,8)***	149 (51,6)	125 (48,1) ns	< 0,0001	0,0679
far, (pct.)	500 (31,0)	638 (40,8)***	65 (15,0)	105 (25,2)***	53 (18,3)	74 (28,5)**	< 0,0001	<0,0001
søskende, (pct.)	245 (15,2)	178 (11,4)**	57 (13,2)9	34 (8,2)*	24 (8,3)	23 (8,9) ns	0,0068	0,1081
venner, (pct.)	1.016 (63,0)	596 (38,1)***	257 (59,4)	147 (39,3)***	161 (55,7)	119 45,8 *	0,0385	0,0217
lærer, (pct.)	90 (5,6)	75 (4,8) ns	22 (5,1)	20 (4,8) ns	13 (4,5)	15 (5,8) ns	0,7232	0,7928
andre voksne, (pct.)	132 (8,2)	98 (6,3)*	59 13,6	28 (6,7)***	36 (12,5)	28 (10,8) ns	0,0008	0,0290
Fulgte sundhedsplejerskens råd, (pct.)	825 (51,2)	806 51,5 ns	233 (53,8)	225 (54,1) ns	153 (52,9)	135 (51,9) ns	0,5786	0,6507
Fulgte egen beslutning, (pct.)	986 61,2	1.033 (66,1)**	280 (64,7)	271 (65,1) ns	184 (63,7)	171 (65,8) ns	0,3483	0,9416
Besøgte sundhedsplejersken igen, (pct.)	128 (7,9)	142 (9,1) ns	27 (6,2)	43 (10,3)*	33 (11,4)	31 (11,9) ns	0,0412	0,3086

Stjerneerne viser, om der er signifikant forskel mellem piger og drenge bedømt ved Chi-Square-test, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; ns: non-signifikant. § p-værdi for forskelle mellem de tre familietyper bedømt ved Chi-Square-test.

Der sås ingen forskel mellem drenge og piger inden for de tre klassetrin, der angav, at de besøgte sundhedsplejersken igen efter sundhedssamtalen.

Familiesocialgruppe

Tabel 2 side 61 om *elevernes refleksion, diskussion med andre samt handlinger efter sundhedssamtalen i forhold til familiesocialgruppe* viser forskelle mellem de tre familiesocialgrupper i forhold til at snakke med far om samtalen ($p < 0,01$), følge egen beslutning ($p < 0,05$) og besøge sundhedsplejersken igen ($p < 0,05$). Der var en lille andel elever, der angav, at de vendte tilbage til sundhedsplejersken efter en sundhedssamtale, flest blandt lav socialgruppe.

Inden for hver socialgruppe viste resultaterne forskelle mellem drenge og piger. Resultaterne viser, at flere piger end drenge i høj ($p < 0,01$), middel ($p < 0,001$), og lav ($p < 0,01$) socialgruppe angav, at de havde tænkt over samtalen.

I høj socialgruppe fandtes signifikante forskelle mellem piger og drenge, der havde angivet, at de havde talt med mor ($p < 0,001$); med søskende ($p < 0,01$); med venner ($p < 0,001$).

I middel socialgruppe fandtes signifikante forskelle mellem piger og drenge, der havde angivet, at de havde talt med mor ($p < 0,001$); med far ($p < 0,001$); med venner ($p < 0,001$); med andre voksne ($p < 0,01$); og som fulgte egen beslutning ($p < 0,05$).

I lav socialgruppe sås signifikante forskelle mellem piger og drenge, der havde angivet, at de havde talt med mor ($p < 0,001$); med søskende ($p < 0,05$); med venner ($p < 0,001$); med andre voksne ($p < 0,05$).

Familiestruktur

Tabel 3 side 62 om *elevernes refleksioner, diskussioner og handlinger i forhold til, om de bor med begge forældre, en forælder eller i en sammenbragt familie*, viser forskelle inden for hver familiestruktur mellem drenge og piger samt imellem de tre familietyper for drenge og henholdsvis for piger.

For piger sås en signifikant forskel mellem at være i en familie med to biologiske forældre, en forælder og en sammenbragt familie i forhold til at snakke med mor ($p < 0,0001$) og far ($p < 0,0001$) om samtalen. For drenge sås en signifikant forskel mellem familietyperne i forhold til at snakke med far ($p < 0,0001$).

Inden for den biologiske familie med to forældre var der en signifikant forskel på drenge og piger, som angav, at de havde reflekteret over samtalen ($p < 0,001$); snakket med mor om samtalen

($p < 0,001$); snakket med far ($p < 0,001$); med søskende ($p < 0,01$); med venner ($p < 0,001$); andre voksne ($p < 0,05$); og fulgte egen beslutning ($p < 0,01$).

Inden for familien med enlig forælder var der en signifikant forskel på drenge og piger, som angav, at de havde reflekteret over samtalen ($p < 0,001$); snakket med mor om samtalen ($p < 0,001$); snakket med far ($p < 0,001$); med søskende ($p < 0,05$); med venner ($p < 0,001$); andre voksne ($p < 0,001$); og besøgte sundhedsplejersken igen ($p < 0,01$).

Inden for den sammenbragte familie sås der en signifikant forskel på drenge og piger, som angav, at de havde snakket med far om samtalen ($p < 0,01$) og med venner ($p < 0,05$).

Diskussion

Resultaterne viste udbytte både i form af refleksion, diskussion med andre og aktiv handling. De centrale fund var, at størstedelen af eleverne havde reflekteret over sundhedssamtalen uanset køn, alder, familiesocialgruppe og familiestruktur.

At eleverne havde drøftet indholdet med en anden person. At drenge i femte klasse, drenge i middel socialgruppe og drenge i en familie med to biologiske forældre fulgte egen beslutning. At drenge af enlige forældre besøgte sundhedsplejersken igen.

I relation til mit tidligere studie (13) indebærer udbytte efter samtalen elevens refleksion og nyorientering, øget viden, aktiv eksperimentering, ændret sundhedsadfærd og forbedret sundhed. I dette studie sås udbytte i form af refleksion og aktiv eksperimentering, som udmøntedes i at følge egen beslutning og vende tilbage til sundhedsplejersken. Der var ikke spurgt om nyorientering og ny viden, men jeg tager udgangspunkt i, at diskussion med andre indebærer, at eleven tester den information, bekræftelse og eventuelle nye viden, hun eller han har fået i sundhedssamtalen, lægger den nye erfaring til tidligere erfaringer og således opnår en nyorientering og måske læring. Ændret sundhedsadfærd og forbedret sundhed nås ikke i dette studie.

At eleverne både fulgte sundhedsplejerskens råd og deres egen beslutning, kan være et udtryk for, at elevernes egne overvejelser understøttes af sundhedsplejersken, men kan også være det modsatte. Det var dog fortrinsvis de 11-årige, der fulgte sundhedsplejerskens råd, og de 13-årige, der fulgte egen beslutning. Dette underbygges af Williams' (17) studie, der påpeger, at sundhedssamtaler er motiverende og støtter eleverne til at tage ansvar for deres egen sundhed. ►

- Blandt den forholdsvis lille andel af eleverne, der vendte tilbage til sundhedsplejersken, var de fleste 11-årige piger og drenge, piger fra sammenbragte familier og lavere socialgrupper. I *Lightfoots* studie (2) om sundhedsplejerskers supplerende roller identificerer hun fire nøglefunktioner, hvoraf den ene er at være en tillidsfuld person for eleverne: en alternativ betroet person til forældre og lærer. Dette understøtter, at eleverne – specielt de yngste elever samt piger fra sammenbragte familier – anvender sundhedsplejersken som en sådan betroet person. Også *Downie* og kollegaers studie (24) om hverdagsrealiteter for sundhedsplejersken fremhæver rollen som betroet person som central.

Diskussion af metode

En stærk side i undersøgelsen var, at det er et stort og repræsentativt studie med en høj svarprocent. Spørgsmålene om kontakten med sundhedsplejersken blev testet ved to tilfælde med henblik på at sikre, at eleverne forstod dem, hvilket gav en høj intern validitet. Det var eleverne, som var brugere af og partnere i sundhedssamtalen, og derfor var det et vigtigt fundament at få deres vurdering af denne kontakt.

En svag side i undersøgelsen var, at en tværsnitsundersøgelse giver associationer, men ikke årsagsforklaringer. Der ses desuden to begrænsninger i studiet, nemlig den forholdsvis utydelige forbindelse mellem det, eleverne svarer på, og kontakten til sundhedsplejersken: Det kunne for eksempel være længe siden, eleverne havde været til sundhedssamtale, og vi ved ikke, hvad eleverne har snakket om i sundhedssamtalen. Studiet afdækker heller ikke effekten i forhold til ændret sundhedsadfærd og forbedret sundhed.

Konklusion

Dette studie peger på, at drenge og piger reflekterer over og taler med andre om sundhedssamtalen, nogle følger sundhedsplejerskens råd og vender tilbage. Om end sundhedsplejerskens rolle synes uklar i andre studier, synes den måske mere tydelig

►► **TAK.** Tak til Rosalia Petersens Fond samt Direktør E. Danielsen og Hustrus fond for økonomisk støtte til min forskning om skoleelevers udbytte af sundhedssamtalen. Tak til professor *Bjørn Holstein* på Københavns Universitet for værdifulde kommentarer og til *Pernille Due* for adgang til at anvende data.

i dette studie. Sundhedsplejersker har en vigtig rolle som betroet person over for elever i sårbare situationer.

Denne undersøgelse har været med til at vise, at der er et kortsigtet udbytte af sundhedssamtalen på et kognitivt niveau hos eleverne. Om det udmøntes i en vedvarende forståelse af egen sundhed og sunde handlinger, skal der andre studier til at vise.

Relevans for sundhedspleje til skoleelever

Sundhedssamtalen er et etableret tilbud inden for det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i grundskolen. Det er en kerneydelse, der fortsat kan udvikles og perfektioneres i forhold til drenge og piger, elever fra lavere socialgrupper samt elever fra sammenbragte familier. At være en betroet person er en central position, der bør værnes om, og den enkelte udøvende sundhedsplejerske må være ydmyg over for. Sundhedssamtalen bør fortsat prioriteres højt i overvejelser om udviklingsmuligheder i de forebyggende sundhedsordninger.

Ina Borup er universitetslektor på Nordiska Högskolan for Folkhälsovetenskap i Göteborg, ina@nhv.se

Litteratur

1. Borup IK. Learning about health: the pupils' and the school health nurses' assessment of the health dialogue (doktorafhandling). Göteborg: The Nordic School of Public Health, 1999.
2. Lightfoot J. & Bines W. Working to keep school children healthy: the complementary roles of school staff and school nurses. *Journal of Public Health Medicine* 2000; 22,1:74-80.
3. Lindholm L. Från hälsokontroll till hälsoinseende – integrering av vårdvetenskapliga forskningsresultat inom skolhälsovården. *Vård i Norden* 2001;62,21:26-31.
4. Hjälmhult E. Skolehelsetjenesten og helsefremmende arbeid: samarbeid mellom helsesøstre og lærere ved de norske skolene i "Europeisk nettverk av Helsefremmende skoler." *Vård i Norden* 2002;63,22:42-46.
5. Wainwright P, Thomas J, Jones M. Health promotion and the role of the school nurse: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 2000;32,5:1083-1091.
6. Robinson JA. The Health Behavior Selection Process of Young Adolescents. *The Journal of School Nursing* 2001;17,3:148-156.
7. Forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. København: Komiteen for Sundhedsoplysning. 1995.

8. Sundhedsloven. Lov nr. 546 af 24. juni 2005. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
9. Borup IK. Pupils' Experience of the Annual Health Dialogue with the School Health Nurse. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 1998;3:160-69.
10. Borup IK. Adolescents Learning Health Promotion: Pupils' Evaluation of the Contact with the School Health Nurse. *Vård i Norden* 1998;3:26-31.
11. Borup IK. Psychosocial and health factors associated with the students' perceived benefit from the health dialogue. *Health Education Journal* 1998;4:339-350.
12. Borup IK. Danish pupils' perceived satisfaction with the health dialogue: Associations with the office and work procedure of the school health nurse. *Health Promotion International* 2000;15,4:313-320.
13. Borup IK. Sundhedssamtalen: Kvaliteten afhænger af køn og tilrettelæggelse. *Sygeplejersken* 2000;41:22-33.
14. Borup IK. The school health nurses' assessment of a very good health dialogue. A qualitative study. *Health & Social Care in the Community* 2002;10,1:10-19.
15. Borup I, Holstein BE. Social class variations in schoolchildren's self-reported outcome of the health dialogue with the school health nurse. *Scand J Caring Sci.* 2004; 18:1-8.
16. Borup I, Holstein BE. Does poor school satisfaction inhibit positive outcome of health promotion at school? Cross-sectional study of schoolchildren's participation in dialogues with school health nurses. *J Adolesc Health.* 2006;38,6:758-761.
17. Williamson T. Health care interviews by school nurses. *Health Visitor.* 1992;65,11:402-404.
18. Jørgensen PS, Holstein BE, Due P. (red). *Sundhed på vippen.* København. Hans Reitzels Forlag 2004.
19. Borup I, Holstein BE. Schoolchildren who are victims of bullying benefit more from dialogue with the school health nurse. *Health Education Journal.* 2007;66,1:58-67.
20. Rasmussen M, Due P, Holstein BE. *Skolebørnsundersøgelsen 1998.* København: Komiteen for Sundhedsoplysning, 2000.
21. Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R, Todd J, eds. *Health and health behaviour among young people.* Copenhagen: WHO, 2000.
22. Hansen EJ. *Levekårene i Danmark bind 1.* København: Socialforskningsinstituttet, 1979.
23. Lien N, Friestad C. and Klepp K.-I. (2001) Adolescents' proxy reports of parents' socioeconomic status: how valid are they? *Journal of Epidemiology and Community Health,* 55,731-7.
24. Downie J, Chapman R, Orb A, Juliff D. The everyday realities of the multi-dimensional role of the high school community nurse. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2002;19,3:15-24.

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Borup IK. School students' reflections, discussions and actions after a health dialogue with the school nurse. *Sygeplejersken* 2007;(3):57-65.

Introduction and objective: Thus far, the effect of a health dialogue with school children has only been the subject of study on a minor scale. The objective of this paper is to describe and analyze students' reflections, discussions and action after a health dialogue regardless of sex and age, family social group (SES) and family structure.

Study population and method: The study is part of the Danish study of the health and health behaviour of school children, which is part of the international WHO-coordinated Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey. The survey addresses 5th-, 7th- and 9th- class students (11, 13 and 15 year-olds) from a random selection of schools all over Denmark. Of the students who attended school on the day the survey took place, 98 pct. participated. This corresponded with 88 pct. of all enrolled students in the school, n=5.205. The effect of the health dialogue was measured by means of five categories of response: have you thought about the health dialogue; have you discussed the content with your mother, father, siblings, friends, teacher, or others; did you follow the advice of the school nurse; did you follow your own decision; did you visit the school nurse again.

Results: More than half the students had reflected on the health dialogue, discussed it with their mother or a friend, followed the advice of the school nurse, and/or pursued their own decision. More than ten percent returned to the school nurse, mostly students from families belonging to lower social groups and girls from reconstructed families.

Conclusion: The study has demonstrated the effect of the health dialogue in terms of the students' self-perceived reflections, discussions and actions in light of the health dialogue. School nurses play an important role for students in susceptible situations.

Key words: Health dialogue, school students, school nurse, effect, sex, age, SES, family structure, HBSC.

Etisk støtte via lokale klinisk-etiske komiteer

►► Artiklen henvender sig til sygeplejersker med interesse for etik. Hovedbudskabet er, at klinisk-etiske komiteer kan vurdere og udrede etiske dilemmaer for klinikere, hvis komiteerne er forankret og har opbakning lokalt. Artiklen er baseret på en literatursøgning og analyse i forbindelse med forfatterens masterafhandling.

Lokale klinisk-etiske komiteer bliver med stor sandsynlighed en del af fremtiden i det danske sundhedsvæsen.

Mit speciale omhandlede institutionsbegrebet "Lokale klinisk-etiske komiteer" set med internationale briller, og en af konklusionerne på specialet var, at det inden en eventuel implementering i det danske sundhedsvæsen er væsentligt, at det kliniske personale enten selv præsenterer ideen eller som minimum bliver medstiftere af de lokale komiteer (1).

Umiddelbart efter specialets godkendelse foreslog Den Danske Lægeforening og Dansk Sygeplejeråd, at der som pilotprojekt oprettes lokale klinisk-etiske komiteer ved fem sygehusenheder i Danmark. I pilotprojektet skal intentionerne bag de lokalt forankrede komiteer afprøves og vurderes med henblik på, om klinisk praksis har det forventede udbytte af komiteerne. Enhederne er Storstrømmens Sygehus (Næstved), Herlev Sygehus, Skejby Sygehus, Aalborg Sygehus og Odense Universitetshospital.

På nuværende tidspunkt bliver der lokalt udarbejdet forslag til, hvordan man i sygehusenhederne kan forestille sig, at komiteerne skal sammensættes, og hvilken funktion de bør have. Forankringen i det lokale miljø vurderes som væsentlig, hvilket også er en af konklusionerne i den internationale diskussion på området (2,3).

Set med internationale briller virker det danske sundhedsvæsen isoleret fra den generelle tendens, hvor lokale klinisk-etiske komiteer længe har været en almindelig institution ved større sygehusenheder. I lande som Norge, Belgien og Israel er lokale klinisk-etiske komiteer implementeret ved lov, men en lige så almindelig implementeringsfaktor er en fagligt inspireret tilgang, hvor det er de lokale klinikere, der initierer oprettelsen på baggrund af positive erfaringer eller kollegial anbefaling. En tredje årsag til implementering af komiteerne på lokalt niveau er det såkaldte paradigmatisk skred, hvor man ved det hollandske sygehusvæsen tilbage i 70'erne opretter en sådan institution som hjælp i forhold til en voksende diskussion af, hvad der er korrekt klinisk praksis. Populært sagt er lægens ord ikke længere pr. automatik lov, hvilket giver anledning til diskussioner og dilemmaer. Så man kan sige, at der er mange årsager til at oprette komiteerne. Men det er væsentligt at hæfte sig ved, at der synes at være et større fagligt engagement i de lande, hvor det kliniske personale har fået ideen til oprettelsen eller har været medstiftere af komiteerne. F.eks. synes engagementet fra gruppen af klinikere i et land som England at være markant, hvilket har medført oprettelse af en etikerruddannelse for sundhedspersonale (www.ethox.org.uk), og der er i Storbritannien i 2001 oprettet et





fagligt selskab for medlemmer af lokale klinisk-etiske komiteer (UK Clinical Ethics Network) (2,3,4).

Hjælp til de rette overvejelser

Hvad har man så haft af forventninger til disse lokale komiteer? Man har ikke ønsket at fratage klinikerne beslutningskompetencen, og man har ikke troet, at man kunne gøre beslutningerne lettere, men man har haft en formodning om, at klinikerne ville opnå en større grad af etisk sikkerhed i de beslutninger, der træffes. Etik beskrives af nogen som det at have været de rette overvejelser igennem, inden en beslutning træffes, eller en handling udføres. Hvis denne definition tages for gode varer, kan man konkludere, at de lokale klinisk-etiske komiteer er blevet etableret med en intention om at hjælpe klinikerne med at komme de rette overvejelser igennem, inden en kompliceret, etisk beslutning bliver truffet.

Enkelte steder har man haft forventninger om, at denne form for hjælp til at træffe beslutninger om dilemmaer ville bevirke hurtigere og mere effektive patientforløb og dermed betyde en reduktion på udgiftssiden i sundhedsvæsenet. Konkret gives der eksempler på, at klinikerne skulle blive bedre i stand til at afslutte såkaldt hypotetisk behandling, hvilket dog problematiseres af andre (5-7).

Der er voksende diskussion af, hvad korrekt klinisk praksis er. Lokale klinisk-etiske komiteer kan hjælpe klinikerne med at komme de rette overvejelser igennem, inden en beslutning træffes, f.eks. om at stoppe livsforlængende behandling.

Erfaringerne har – som implementeringsfaktorerne – mange facetter. Den overvejende tendens er positiv, hvilket synliggøres ved, at der er tale om en institution, der i internationalt perspektiv er i ekspansion. Flere klinikere udtaler konkret, at de føler sig hjulpet i dilemmafyldte situationer, og at det har bibragt dem den ønskede sikkerhed.

I et svensk pilotprojekt beskrives, at plejepersonalet i et ”vård-område” især har følt sig hjulpet i forhold til det tiltagende antal situationer, hvor der opleves et skisma mellem nødvendig behandling og pleje, kontra hvad der aktuelt er ressourcer til. Det beskrives i det lægefaglige materiale, at fundamentet for de trufne valg er styrket væsentligt. Det norske sundhedsvæsen har som led i implementering af deres værtdiudredningsprogram indført lokale klinisk-etiske komiteer, og en af begrundelserne er forventningen om, at antallet af dilemmafyldte situationer i klinisk praksis vil øges. Den udløsende årsag forventes hovedsageligt at være ressourcemangel i forhold til at kunne opfylde værtdiudredningsprogrammets intentioner. Man ønsker at hjælpe det kliniske personale, men man kan samtidig frygte, at de etiske komiteer kan komme til at retfærdiggøre umenneskelige beslutninger og levevilkår (7,8).

En komité med filosoffer og præster

Tendensen går i retning af flere lokale etiske komiteer, men hvilken kompetence skal udvalgsmedlemmerne besidde, hvis der skal være basis for succes, og hvilke faggrupper er generelt repræsenteret? Variationen er stor i antal og sammensætning, men repræsentation af det kliniske personale ved læge og sygeplejerske er gennemgående. Derudover ses filosoffer eller sygehuspræster, repræsentation fra det administrative personale samt fra ledelsessiden. Antal varierer fra ganske få til udvalg med op til 12 personer, som indgår i en vagtturnus, så der er mulighed for tilkald døgnet rundt. Væsentlige kompetencer er, foruden kendskab til sygehuskultur og dermed måden at formulere og udtrykke sig på lokalt, viden om værdianalyse og ikke mindst erfaring i håndtering af konflikter. Det sidste er væsentligt, da det ofte er i dilemmafyldte situationer, den etiske udfordring viser sig, og dermed kan situationen give anledning til synliggørelse af lokal uenighed (3).

På nuværende tidspunkt (september 2006) afventes den sundhedsministerielle godkendelse af pilotprojektets begyndelse. Der arbejdes med sammensætning af komiteerne lokalt, så de får den bredde og den repræsentation, som vil matche den lokale kultur, og som samlet har den kompetenceflade, der sikrer indfrielse af formålet med de lokale komiteer. Det er – ud over at styrke det kliniske personales etiske beslutningsgrundlag – at sikre overensstemmelse mellem de givne behandlings- og plejetilbud og de faktiske brugerønsker og behov.

Når det er sagt, fordres en diskussion om repræsentation fra bruger- eller patientside, hvilket ikke just er enkelt. En artikel beskriver forholdene ved ”State Mental Hospital” i USA, hvor patienter og pårørende har adgang til udvalgmøderne, men hvor ►

► ingen fra de pågældende grupper møder op. Hvis patienter og pårørende rent faktisk mødte op eller var repræsenteret i udvalget, ville det så ikke betyde en reduktion af, hvad udvalget kunne behandle? Og hvis komiteerne ikke har brugerrepræsentation, er der så ikke fare for udelukkende at få repræsenteret eksperttilgangen med de farer, dette indebærer?

En afklaring er ikke enkel, men bør vurderes nøje. Ligeledes bør komiteernes udstrækning diskuteres, forstået sådan, at vel er der tale om en lokalt forankret komité, men hvad med de ændrede patientforløb, der følger af strukturreformen? Skal den primære sektor repræsenteres i det lokale udvalg ved den enkelte sygehusenhed, da dette område i højere grad bliver en del af det samlede patientforløb i fremtiden, og vil udvalget i så fald ikke blive for stort og uoverskueligt?

Hvis den primære sektor bør repræsenteres ved det somatiske sygehusvæsen, hvad så med repræsentation i den lokale komité ved den psykiatriske sygehusenhed? En enkel beslutning ville være, at hvert enkelt område opretter sit lokale, etiske udvalg, men dermed afskrives muligheden for at opnå større indsigt og dermed forståelse for de dilemmaer, andre sektorer møder (9,10).

Der bliver muligheder nok at overveje, diskutere og afprøve. At evalueringen vil falde ud til komiteernes fordel, er der stor sandsynlighed for, men at det bliver væsentligt at sikre, at komitémedlemmerne lokalt er kompetente til opgaven. Det bliver afgørende for klinikernes oplevelse af komiteerne.



Ring efter vor nye brochure!

Ny Silentia Silver Line

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



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



3-delt mobil gavlskærm

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



Dorte Elise Møller Holdgaard er oversygeplejerske på Neurokirurgisk afdeling på Aalborg Sygehus.

Har du/I en mening om lokale klinisk-etiske komiteer, så skriv en kommentar på www.sygeplejersken.dk

Litteratur

1. Holdgaard D. Lokale Klinisk Etiske Komiteer ved det danske sundhedsvæsen. Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen 2006; årg. 82, nr. 4:138-141.
2. Slowther A, Johnston C, Goodall J, Hope T. Development of clinical ethics committees. BMJ. 2004; 328:950-2.
3. Kloot Meijburg HH, Meulen RHJ. Developing standards for institutional ethics committees: Lessons from the Netherlands. JME 2001; 27 suppl.: i36-i40.
4. Andersen C. Nye komiteer til etikken. Ugeskrift for Læger. 2005;167(19):2096.
5. Andersen C. Succes for lokale klinisk etiske komiteer. Ugeskrift for læger. 2001 nr. 30,23. juli.
6. Holm S, Lutzen K (ed): Hvad er etik? En kort introduktion. Ekspert og medmenneske – om etik i sundhedsvæsenet. København: Akademisk Forlag A/S; 1997.
7. Bengt B. Moralfilosofi i vården: någonting att satsa på? Rapport fra Landstings Forbundet. Stockholm. GET AB.hhttp:skl.se
8. Andersen C. Norge indfører klinisk etiske komiteer. Ugeskrift for Læger. 2001 nr. 30, 23. juli.
9. Kemp ML, Kemp P. Et liv der ikke dør. København: Spektrum; 1998.
10. Backlar P, McFarland BH. Ethics committees in state mental hospitals: A national survey. Hosp Community Psychiatry. 1994 Jun;46(6):623-4.

► **ENGLISH ABSTRACT.** Holdgaard DEM. Ethical support via local clinical-ethical committees. Sygeplejersken 2007;(3):66-8.

The author expects that local clinical-ethical committees will be an institution of the future in the Danish health service. This expectation is based on a literature search and analysis undertaken as part of preparation for writing an MPA dissertation at Aalborg University, January 2006. The committees are well known in other countries and the Danish health service is in the process of implementing their introduction, on the basis of a recommendation by the Danish Medical Association and the Danish Nurses' Organization that similar institutions be set up at local hospital units.

International experiences with local clinical-ethical committees are many and preponderantly positive. Positive evaluation depends in particular on the competence of committee members and anchorage in the local community, as it is important for representatives to be familiar with local hospital culture and for them to have a command of language viable for use in clinical practice.

The attitude of the clinicians' to the committees and their commitment to them are decisive to the success and thus their potential to provide support, the author believes. It is pointed out at the same time that the committees have been given ideal start-up conditions in the light of the professional organisations' response.

Key words: Local clinical-ethical committees, ethics.

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.



Af *Jette Bagh*, sygeplejerske, cand.cur. • Illustration: *Bodil Molich*

dilemma

Din mening. Det vrimler med etiske dilemmaer i sygeplejen. *Sygeplejersken* vil gerne høre, hvad du ville gøre, hvis ... Læs historien nedenfor og send dine overvejelser til: redaktionen@dsr.dk senest tirsdag den 13. februar 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*.

Trylleplaster uden tryl

Der hænger en gul uro i loftet, og fra væggen kigger *Pippi Langstrømpe* ned på *Asger*, mens hun løfter sin hest. Han kan billedet af *Pippi* og *Lilla Gubben* udenad. *Asger* er fire år og indlagt på en børneafdeling sammen med sin far, og *Emilie* er deres kontaktsygeplejerske.

I dag skal *Asger* have en indsprøjtning i låret. *Emilie* har forberedt ham på, at han skal stikkes, han har haft trylleplaster på, og nu kommer hun med sprøjten i en kapsel.

"Nå *Asger*, nu skal det være," siger *Emilie*. "Du kommer til at mærke et hurtigt niv, og så er det overstået. *Bamse-Bent* kan få et stik bagefter, så kan du trøste ham, mens far trøster dig."

Asger stikker i et vræl. Han vil ikke stikkes og sætter sig op i sengen, mens han græder og hiver sin far i ærmet.

Emilie forsøger at berolige, informere og holde kontakten med *Asger*, men uden held.

"Jeg tror, vi bliver nødt til at holde dig et lille øjeblik," siger hun til *Asger*. Hun kalder på en kollega. *Asgers* far holder fast i *Asgers* ene arm og ben, kollegaen i den anden arm og det andet ben. *Emilie* lægger mærke til, at *Asgers* far har blanke øjne. Hun synes ikke, situationen er rar. "Barnets selvbestemmelse og integritet," farer det gennem hendes hoved.



Hvad mener du, hvordan kan sygeplejersker undgå eller håndtere fysisk fastholdelse af et lille barn på en børneafdeling?

Dilemma fra Sygeplejersken nr. 2

Marie, der er sygeplejerske på en lunge-medicinsk afdeling, fortæller til en af de faste patienter, *Ernst*, og hans kone *Bente*, at hun snart skal giftes. Det taknemmelige ægtepar forærer hende derefter en dyr bryllupsgave.

Følg retningslinjerne

Marie står i ægte forlegenhed. Jeg forestiller mig, at *Ernst* og *Bente* har givet gaven af taknemmelighed og i håbet om at glæde *Marie*. Det føles derfor bagvendt og pinligt for alle parter at aflevere gaven tilbage.

På den anden side set er *Marie* nødt til at finde ud af, om arbejdsstedet har retningslinjer mht. modtagelse af gaver – og i tilfælde af det skal hun i samråd med sin leder følge disse retningslinjer. Hun må overveje, hvorvidt gaven vil skabe et problematisk afhængighedsforhold mellem *Ernst* og *Bente* og *Marie* fremover. *Marie* møder sandsynligvis *Ernst* igen som patient. Situationen giver anledning til at gennemtænke, hvad der er private anliggender, som *Marie* ikke skal drøfte med sine patienter.

Desuden kan vi drøfte i sundhedsvæsenet, om nogle patienter efterhånden mener, at de skal afbetale eller bestikke sundhedspersonalet for at få en personlig omsorg.

Edith Mark, formand for Sygeplejeetisk Råd.

Selvforskyldt

Nu har *Marie* jo taget gaven med hjem i privaten og pakket den ud. Så er hun vel nødt til at beholde den mod at sende et takkekort til *Ernst* og hans hustru.

Hvis *Marie* aldrig havde fortalt patienterne om sit privatliv, så havde hun ikke været i den knibe.

"I min tid" talte man aldrig om det, der foregik i ens privatliv. Man måtte ikke være gift, man måtte ikke modtage gaver.

Lith Stenderup, pensioneret sygeplejerske.

Lær af situationen

Dilemmaet er opstået allerede på det tidspunkt, hvor *Marie* fortæller patienten, at hun skal giftes. Selvfølgelig må

man gerne løfte en flig af sin private side for patienterne, men man bør hele tiden holde en vis faglig distance. Juristen er dog svær at definere. Rent juridisk tror jeg ikke, at hun må tage imod gaven, men den vil være svær at returnere. Hun vil jo møde patienten igen flere gange. Jeg synes, at hun skal beholde gaven og lære af situationen.

Annette Opstrup, sygeplejerske, Odense Universitetshospital.

Stor betænkksomhed

Hvorfor skulle hun da ikke modtage den? Vi sygeplejersker har jo altid "fået tudet ørerne fulde af," at man ikke må modtage noget fra patienter og klienter, at det kan være fyringsgrund.

Men nu er der jo ikke tale om tusindvis af kroner eller penge i det hele taget. Det er en gave givet af stor betænkksomhed og taknemmelighed over for et dejligt medmenneske.

Birthe Lis Sølvsten Grøn, Psykiatrisk afdeling, Kolding Sygehus.

Sårbare sygeplejersker

Mangler sygeplejersker professionel sikkerhed? Ønsker sygeplejekulturen passive patienter? Nej og nej igen. Selvfølgelig ikke. Enhver lærebog, artikel, opgave eller afhandling skrevet af en sygeplejerske vil som noget af det første gøre rede for intentionerne om at tage udgangspunkt i patientens behov, hans opfattelse af situationen, hans mål, hans opfattelse af livskvalitet – fortsat selv. En del steder vil følgende Søren Kierkegaard-citat optræde for at understrege, at man har en stor tænk i ryggen og ofte læser ham, inden man falder i søvn:

”At man, når det i sandhed skal lykkes én at føre et menneske hen til et bestemt sted, først og fremmest må passe på at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Det er hemmeligheden i al hjælpekunst.”

Hvorfor så indlede en klumme med to retoriske spørgsmål, som ikke giver mening for sygeplejersker og ikke harmonerer med deres selvopfattelse?

Fordi et resumé af international forskning bragt på side 32 i *Sygeplejersken* nr. 2/2007 stiller spørgsmålet: ”Kan sygeplejersker håndtere, at patienter bliver eksperter?” og besvarer det med en række tankevækkende – for ikke at sige nedslående – resultater fra en undersøgelse foretaget i England.

Formålet var at undersøge, hvordan patienter og sundhedspersonale ser på, fortolker, definerer og oplever patientekspertise. Der deltog 100 sygeplejersker, læger og fysioterapeuter i undersøgelsen og 100 patienter med en kronisk lidelse.

Undersøgelsen viste, at sygeplejersker var den gruppe i sundhedssektoren, der havde flest reservationer over for patientekspertise. Reservationen var koblet til manglende professionel sikkerhed og hang formentlig sammen med, at sygeplejerskernes viden var baseret på erfaringer. Derfor følte de sig sårbare i mødet med ekspertpatienter. Reservationen over for ekspertpatienterne var ikke gældende for sygeplejespecialister.

Resumeet rejser spørgsmålet: Hvordan ændrer man kurs?

Heldigvis besvarer resumisten det med en opfordring til at uddanne sygeplejersker på et højt niveau og hjælpe sygeplejersker i klinisk praksis med at definere deres selvstændige rolle i plejen af patienter med kroniske lidelser.

Som jeg ser det, må det medføre, at sygeplejersker skrotter koordinatrorollen og i stedet udvikler den sygepleje, de ved noget om. Med et mundret dansk ord kan de som det første italesætte sygeplejen.

Der er mange projekter i gang, som befordrer italesættelsen. Accelererede forløb, anvendelsen af ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) i den primære sundhedssektor og de mange lokale forløb, der har til hensigt at øge kompetence og arbejdsglæde hos de ansatte.

I november mødte jeg en gruppe sygeplejersker, der åbent vedkendte, at mødet med ekspertpatienter havde været en slidsom affære. Trættende og stressende.

Det er krævende at ville ændre patienten og hans vaner hele tiden.

Men på den afdeling, jeg besøgte, var sygeplejerskerne blevet opmærksomme på, at deres holdning til patienterne var uheldig. De tog fat om problemerne og uddannede mønsterbrydere i kommunikation. Det betød, at deres tilgang til patienterne blev en helt anden. En nyttig sidegevinst var, at de blev mindre stressede, når patienterne blev betraget som medmennesker med viden og meninger, for det tager på kræfterne at være skolemester og politimand på en gang.

Ren *Kierkegaard*.

Det lyder nemt nok, men det er ikke så ligetil i et system, der kun langsomt ændrer sig. Måske kommer ekspertpatienterne først. De citerer *Kierkegaard* for at nå ind til sygeplejerskerne. Hemmeligheden i al hjælpekunst. Læs *Sygeplejersken* nr. 25/26 2006, side 59.

jb@dssr.dk

”De blev mindre stressede, når patienterne blev betragtet som medmennesker med viden og meninger, for det tager på kræfterne at være skolemester og politimand på en gang.”

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 på
Sygeplejersken.



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



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



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