

# SYGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR. 5 » 8. MARTS 2008 » 108. ÅRGANG

**KORT NYT**

**Hygiejnesygeplejersker  
bliver en mangelvare**

**Redderne blæser til kamp  
mod sygeplejerskerne**

## Usunde unge har brug for hjælp

Ingen motion men masser af chips og cola på de tekniske skoler

**VIDENSKAB & SYGEPLEJE**

**Om kvinder med brystkræft i  
randomiserede psykosociale  
forskningsprojekter**

# KONFLIKTVARSEL

**DANSK SYGEPLEJERÅD HAR VARSLET KONFLIKT**

læs mere på side 14-19

Konflikt ABC indhæftet i dette nummer – hiv ud og gem



## ARTIKLER

**33 Når velstand dræber**

Vestens sygdomme rammer nu Indiens befolkning. Den hurtige industrialisering har skabt en ny levevis, der gør inderne særligt sårbare for type 2-diabetes. 40 millioner indere lider af diabetes, en sygdom, deres gener slet ikke er rustet til at klare.

**35 Rasmus Modsat**

## OK 08 SIDE 14-19

I DETTE NUMMER ER KONFLIKT ABC INDHÆFTET  
– RIV UD OG GEM**14 "12,8 procent er ikke nok"**

Arbejdsgiverne ville kun give sygeplejerskerne lønforbedringer på 12,8 pct. over de næste tre år. Det er ikke nok til at mindske uligelønnen. Sygeplejerskerne skal have 15 procent. Derfor har Dansk Sygeplejeråd og resten af Sundhedskartellet varslet konflikt fra 1. april.

**15 De sidste delforig****16 Nu skal vi i Forligsinstitutionen****17 Norsk ligelønskommission foreslår ekstra penge til kvindefag**

En norsk ligelønskommission har overrasket med et forslag om, at staten skal bevilge 3 mia. kr. ekstra til et lønloft til kvindefagene i det offentlige.

**18 Til kamp for ligeløn**

Godt 100 år efter Kvindernes Internationale Kampdag så dagens lys, er der stadig masser af gode grunde til at fejre den her i Danmark.

**19 Seks gode argumenter for konflikt**

## TEMA – USUNDE UNGE SIDE 22-31

En tredjedel er storrygere, og op mod halvdelen spiser ikke frokost. Sundheden skranner blandt fremtidens unge. I modsætning til andre lande, som f.eks. Norge, har Danmark ingen tilbud om sundhedsfremme for de omkring 200.000 unge på gymnasier og tekniske skoler. Læs temaet på side 22 til 31.

**22 De forsømte unge****24 Usunde unge dropper uddannelsen**

Sundheden og selvværdet er i bund. En gruppe sårbare unge på de tekniske skoler slås med så alvorlige sundhedsmæssige og sociale problemer, at det truer deres uddannelse.

**26 "På mandag begynder jeg til fitness"****26 "Jeg spiser først klokken tre"****27 Skoler må investere i de unges sundhed**

Det kræver nye fag i skolen, hvis frafaldet skal ned. Der skal fokus på udviklingen af den menneskelige krop, psyke og ånd, mener fitness- og sundhedsguruen Chris MacDonald.

**28 Lærlinge lægger planer for sundhed**

Der er ingen løftede pegefingre, når elever deltager i et "Du bestemmer"-forløb på Københavns Tekniske Skole. Her finder de unge selv ud af, hvad der er sundt, og hvordan de vil ændre vaner.

**29 "Jeg fik mere ro"****29 "Jeg følte mig presset"****30 Helsesøstre holder snor i norske unge**

Mens sundhedsplejen i Danmark slipper de unge, når de er 16, så hjælper norske helsesøstre også de ældste teenagere.



22

## VIDENSKAB & SYGEPLEJE

### 55 Hvorfor accepterer eller afslår kvinder med brystkræft at deltage i et randomiseret psykosocialt forskningsprojekt?

En undersøgelse af patienternes accept af eller afslag på deltagelse i en specifik randomiseret, psykosocial undersøgelse, CAMMA, viser, at patienter, som vælger at deltage i CAMMA, gør det pga. af altruisme og behandlingsbehov, mens afslag på deltagelse er begrundet i praktiske omstændigheder, tidsforbrug og modstand imod gruppesamtaler. Dermed sætter artiklen fokus på, at det er væsentligt, at patienterne får god information om gruppesamtalernes form og indhold, før de accepterer eller afslår deltagelse i en randomiseret psykosocial undersøgelse.

## FAG

### 44 Bliv parat til åndelig omsorg

Artiklen henvender sig til sygeplejersker, der ønsker at yde åndelig omsorg. Den er baseret på forfatternes praktiske erfaringer med området, og hovedbudskabet er, at sygeplejersker meget tydeligt skal give grønt lys, dvs. signalere åbenhed over for at tale om åndelige behov.

### 50 Barrierer for anvendelse af forskning blandt kliniske sygeplejersker

Kliniske sygeplejersker opfatter forskningslitteratur som utilgængelig og svær at forstå, ligesom tiden til at indføre evidensbaserende aktiviteter er vanskelig at finde. Artiklen er baseret på et dansk pilotstudie og en gennemgang af 33 udenlandske studier.

## I HVERT NUMMER

- 6 Eftertanker
- 7 Kort nyt
- 36 Dansk Sygeplejeråd mener
- 37 Debat
- 42 Fagtanker
- 42 Faglig information
- 43 Resuméer
- 43 Testen
- 49 Agenda
- 64 Anmeldelser
- 70 5 faglige minutter
- 71 Stillingsannoncer
- 73 Kurser/Møder/Meddelelser

Forside: Søren Svendsen (modelfoto).

## En sund sjæl i et sundt legeme

Hvis man anstrænger sig og tænker sig godt om, så er der jo desværre masser af ting i den her verden at bekymre sig om. En af dem er vores sundhed. Og særlig børn og unges sundhed. De fleste nyere undersøgelser viser, at det går den forkerte vej med den sag. Der kommer flere overvægtige børn og unge, flere er i dårlig form, mange spiser alt for usundt og er i risiko for at få følgesygdomme som f.eks. diabetes. Der er sket forandringer i børn og unges kost i løbet af de seneste 20-30 år. For eksempel er slik langt mere udbredt blandt børn og unge i dag. I mit hjem var slik bandlyst i mange år. Når det gik vildt for sig, stod den på en honningmad om lørdagen. Da vi blev større, fik vi gennemtruffet 2 kr. til weekendsslik, men vi svælgede ikke i søde sager. Det er min mor egentlig ret stolt af. Hun mener, jeg er blevet sundere af at spise hendes grønsager. Hun har naturligvis ret så langt, at det er vigtigt, at børn får noget ordentligt at spise. Det er også vigtigt, at de får rørt sig og får sovet nok. Vores tema om unges sundhed i dette nummer af *Sygeplejersken* viser, at der er en gruppe unge – i dette tilfælde unge på de tekniske skoler – som lever alt for usundt. På moderne virksomheder er det en selvfølge, at de ansatte tilbydes motion og sund mad i kantinen. Lærlinge på de tekniske skoler har ikke motion på skemaet og må spise pomfritter og flæskkesteg. Ydermere viser tallene, at en tredjedel af eleverne på de tekniske skoler er storrygere, mod 3 pct. af eleverne på gymnasierne. Hvis politikerne i Folketinget og kommunerne virkelig vil gøre alvor af de fine ord om at bekæmpe den sociale ulighed i sundhed og styrke folkesundheden, så er her et stort og uopdyrket område at tage fat på. Mere sundhedsfremme på gymnasier og tekniske skoler må være vejen frem.

God læselyst.



Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør  
snp@dsr.dk



ARKIVFOTO: COPIBS

Fremtidens kommunikation. Modtag en sms fra hospitalet. For eksempel om, hvornår du skal møde op til en behandling. Hospitals-sms er efter alt at dømme vejen frem for de danske hospitaler, når de skal kommunikere med patienterne.

## Patienter vilde med sms fra hospitalet

En sød sms, der tikker ind på mobiltelefonen fra mor, kæresten eller veninden kan gøre de fleste glade. Men en ny undersøgelse fra sundhed.dk viser, at flere og flere også sætter pris på en sms fra hospitalet. Halvdelen af de adspurgte patienter vil gerne have en sms fra sundhedsvæsenet, der f.eks. husker dem på en aftale. Det er en stigning i antallet af sms-begeistrede patienter i forhold til tidligere undersøgelser, skriver den offentlige sundhedsportal sundhed.dk i en pressemeddelelse.

(kbc)

## Britisk sygeplejerske død af aids

En 42-årig britisk sygeplejerske er død af aids. Hun blev smittet syv år forinden ved en stikulykke på sin arbejdsplads. Hun er den sjette sygeplejerske i England, der dør efter at være blevet smittet med hiv ved et uheld på arbejdspladsen, skriver den britiske avis Daily Mail.

(kbc)

### REDAKTIONEN )))

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



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



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



Journalist  
Sine Madsen  
sma@dsr.dk  
Tlf.: 4695 4206



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



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



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



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



# 200.000 unge får ingen hjælp til sundhed



AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

**Ladt i stikken.** Danske unge spiser federe og bevæger sig mindre end nogensinde før. Alligevel slipper kommunernes sundhedspleje elever på gymnasier og tekniske skoler. Fagfolk kræver langt mere sundhedsfremme til de unge, men sundhedsministeren forholder sig afventende.

Hver sjette dreng og hver tiende pige forlader folkeskolen som overvægtig og er dermed i højrisiko for at udvikle diabetes. En tredjedel af eleverne på de tekniske skoler er storrygere, og danske unge spiser mere fastfood og bevæger sig mindre end nogensinde.

Alligevel slipper den kommunale sundhedspleje de unge, når de starter på teknisk skole og gymnasiet.

Det er at lade teenagere i stikken, netop som de begynder at drikke alkohol og har deres seksuelle debut, lyder kritikken fra en række fagfolk, som *Sygeplejersken* har talt med. De efterlyser langt mere sundhedsfremme for de 200.000 unge på gymnasier og tekniske skoler.

"Vi ved, at problemerne er store. Vi ser f.eks. undersøgelser, som viser, at unge mænds kondition er rystende ringe. De unges sundhed har stor betydning for deres videre uddannelse. De risikerer at droppe ud, hvis de drikker sig fulde i weekenden og ryger hash i ny og næ," siger *Else Guldager*, der er sundhedsplejerske, ph.d. og medlem af Børnerådet.

Hun mener, at skolerne bør tage ved lære af private virksomheder og satser på et godt studiemiljø, sunde kantiner og tilbud om motion.

Formanden for Fagligt Selskab for Sund-



MODELFOTO: SØREN SVENDBSEN

Alt for mange burgere, pizza og sodavand er en af truslerne mod de unges sundhed. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen viser, at 38 procent af de 15-årige drenge drikker sodavand eller saftvand mindst 5 dage om ugen.

sundhedsplejersker i Dansk Sygeplejeråd, *Susanne Hede*, foreslår, at den nyudvalgte sundheds- og forebyggelsesminister sætter ind med forebyggelse for de unge på gymnasier, tekniske skoler og handelsskoler. Ikke mindst i lyset af den store sociale ulighed i sundhed.

"Jeg siger ikke, at sundhedsplejersker skal have patent på indsatsen, men nogen skal tage sig af det. F.eks. ved vi, at unge indvandretpiger har brug for information om prævention," siger *Susanne Hede*.

## 37 kr. til forebyggelse

*Susanne Hede* henviser til Norge, hvor sundhedsplejersker holder åbent hus, organiserer

sundhedsundervisning på gymnasier og tekniske skoler og udskriver recepter på gratis prævention.

Formanden for lærerne på De Tekniske Skoler, *Jan Hjort*, mener også, at elevernes sundhed bør have højere prioritet.

"Idræt bør være obligatorisk på de tekniske skoler, og så er jeg meget overbevist om, at der er brug for at se på kantinerne. Der bliver spist meget dårlig mad," siger *Jan Hjort*.

Det er op til kommunerne at organisere forebyggelsen, og formanden for Sundhedsudvalget i Kommunernes Landsforening, *Tove Larsen* (S), erkender, at der er brug for at udbygge tilbuddene for 16-20-årige.

"Men kommunerne har kun 37 kr. pr. indbygger til at lave forebyggelse, så vi har ikke ret mange penge at gøre godt med. Vi må derfor tænke kreativt, så forebyggelsen bliver en del af ungdomsuddannelsens tilbud. Vi kunne f.eks. trække på sundhedsplejersker og SSP-konsulenter," siger *Tove Larsen*.

Sundhedsminister *Jakob Axel Nielsen* (K) afviser til gengæld, at der er behov for at indføre mere systematiske tilbud på ungdomsuddannelserne.

"Der er faktisk fokus på de unges sundhed – f.eks. via gymnasierne, der jo ellers har tradition for at koncentrere sig om det faglige," lyder det fra *Jakob Axel Nielsen*. Han henviser til, at Sundhedsstyrelsen er i gang med at udbygge indsatsen for at få indført en alkoholpolitik på ungdomsuddannelserne, og vil nu afvente et udspil fra regeringens forebyggelseskommission i 2009.

"Hele forebyggelsesområdet skal styrkes, så vi kan nå målet om, at alle danskere i løbet af de næste 10 år skal have tre års ekstra levetid. Men allerede nu vil vi f.eks. forhøje aldersgrænsen for, hvornår unge må købe cigaretter, til 18 år. Det tror jeg på vil medvirke til, at færre unge begynder at ryge," lyder det fra *Jakob Axel Nielsen*.

Journalist  
**Christina Sommer** (DJ)  
cso@dssr.dk  
Tlf.: 4695 4264



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



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



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



Journalist  
**Britta Søndergaard** (DJ)  
bso@dssr.dk  
Tlf.: 4695 4261



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



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



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



# Hjemmebesøg kan tænde intensive patienters sidste livsgnist

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST

**Kampgejst.** Et intensivt afsnit på Århus Universitetssygehus sender patienterne på hjemmebesøg med respirator under tæt overvågning.

Hjemmebesøg kan være med til at mobilisere patienternes psykiske ressourcer. Det har tidligere intensivpatient Ellen Noe Nygaard erfaret. I efteråret 2007 lå hun 69 døgn i respirator efter tarmslyng, der havde udviklet sig til multiorgansvigt. Hun er én af de seks langtidsindlagte intensivpatienter med svære abdominale problemstillinger, der foreløbig er blevet sendt på hjemmebesøg med respirator fra intensivt afsnit 600 på Århus Universitetssygehus.

”Det var utroligt vigtigt for mig, at jeg kunne begynde at forestille mig at komme hjem. Efter så lang tids kritisk sygdom havde jeg mistet kontakten med livet uden for hospitalet, og jeg tænkte kun på at overleve. Indimellem var jeg faktisk også ved at give op. I perioder var jeg meget i tvivl, om jeg igen kunne få et normalt liv. Det gav mere mod på tilværelsen og motivation for at kæmpe mig ud af respiratoren at komme en tur hjem og se alt det, jeg gik glip af,” fortæller Ellen Noe Nygaard, der nu er udkrevet.

Intensivt afsnit 600 har i flere år praktiseret at tage patienter-



At se sit hjem igen, mærke vinden i håret og få sit eget torklæde på var med til at mobilisere tidligere intensivpatient Ellen Noe Nygaards psykiske ressourcer. Anæstesilæge Niels Kim Schönemann bærer transportrespiratoren.

ne ud i haven for at trække lidt frisk luft, men hjemmebesøgene er noget helt nyt og ifølge anæstesilæge og afdelingsansvarlig læge Niels Kim Schönemann enestående både i Danmark og internationalt. Betingelsen er, at det skal være sikkert og trygt for patienten, og derfor skal der være tale om patienter, som ikke er højintensive, men måske semiintensive. Afdelingen er i gang med at udarbejde standarder, patienterne skal f.eks. være stabile nok til, at de kan

begynde udtrækning af respiratoren.

Der er endnu ikke dokumenteret viden om effekten. Men de anæstesilæger og -sygeplejersker, der har arbejdet med projektet, er ikke i tvivl om, at hjemmebesøgene kan betale sig både på det menneskelige og økonomiske plan, selv om de er stærkt ressourcekrævende. De foregår med ambulance, faldreddere og anæstesilæge og -sygeplejerske, som alle står standby under hele besøget.

”Vi tror på, at hjemmebesøgene er med til at korte indlæggelsesdagene ned på intensiv afdeling,” siger Niels Kim Schönemann.

Intensivsygeplejerskerne Mette Weinhard og Malene Skjødt vurderer, at hjemmebesøgene har stor betydning for patienterne, de pårørende og for personalet, som ser besøgene som en stor faglig udfordring.

”Vi skal gennemtænke og forberede alle detaljer, så vi kan slappe af under besøget, og så vi er klar, hvis noget skulle gå galt. Derfor er det kun erfarent personale, som kender hinanden godt, der tager af sted sammen. Hjemmebesøgene må for alt i verden ikke blive en dårlig oplevelse for patienten. Bagefter kan vi bruge turen til at tale om den fælles gode oplevelse,” siger Mette Weinhard.

På afsnittet er man begyndt at omtale diagnosen ”når serum livsgnist er for lav”.

”Vi kan behandle og rette op, når patientens værdier er for høje eller lave, men vi har ikke ret mange behandlingsmuligheder i den intensive terapi, der kan tænde livsgnisten. Vi tror, at hjemmebesøgene kun er begyndelsen til et område, der kan udvikles,” siger Malene Skjødt.

## Patient med sygeplejerskefobi indlagt

En britisk 47-årig kvinde ved navn Anne Kelly måtte i slutningen af januar se sit værste mareridt i øjnene. Anne Kelly, der lider af fobi over for sygeplejersker, blev hentet af en ambulance i sit hjem, efter hendes læge havde konstateret problemer med hendes galdeblære. Men redderne i ambulancen troede, trods en lægeerklæring på fobien, ikke på kvindens skræk, og ifølge Kelly selv var de følgende timer på hospitalet derfor ”et sandt helvede,” skriver den engelske avis Daily Express. Anne Kelly forklarer til avisen, at hendes fobi over for sygeplejersker skyldes en dårlig oplevelse i barndommen. (kbc)

## Vidste du at ...

... antallet af for tidligt fødte børn udgør omkring 7 pct. af alle fødsler i landet? Otte ud af 10 for tidligt fødte børn bliver født moderat for tidligt mellem 32. og 36. graviditetsuge, og for denne gruppe er der sket et kraftigt fald i den neonatale dødelighed fra omkring 25 pr. 1.000 levendefødte børn i starten af 80'erne til i dag under 10 pr. 1.000 levendefødte børn.

Kilde: Statens Institut for Folkesundhed.

## DR samler på sundhed

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST

**Nyt medie.** Danmarks Radio åbner ny hjemmeside, der samler viden om sundhed fra 40 forskellige kilder.

Få et samlet overblik over fup og fakta inden for sundhedsområdet ét sted – det er målet med en ny hjemmeside, [www.dr.dk/sundhed](http://www.dr.dk/sundhed) som samarbejder med 40 forskellige spillere på sundhedsområdet om at samle viden om sygdomme og sundhed i Danmark. Det er tv-lægen *Peter Qvortrup Geisling*, kendt fra udsendelsen "Lægens bord" på DR1, der sammen med makkeren *Michael Bove* fra DR Aktualitet har brugt flere år på at udvikle sundhedsguiden til DR's hjemmeside. Visionen er at gøre alt dansk sundhedsstof tilgængeligt ét sted, samtidig med at [dr.dk/sundhed](http://dr.dk/sundhed) håber at blive stedet, hvor man får et overblik over dagens vigtigste sundhedsnyheder, skriver DR's mediedirektør, *Lars Grarup*, i en pressemeddelelse om den nye hjemmeside.

Se mere på: [www.dr.dk/sundhed](http://www.dr.dk/sundhed)

## Ny uddannelse til kræftsygeplejersker

En ny specialuddannelse til sygeplejersker ser nu endelig dagens lys. Regeringen indgik som et led i Trepartsaftalen i sommeren 2007 en aftale om en ny kræftsygeplejerskeuddannelse, der igangsættes i år, og som er blevet sikret med 25 mio. kr. for en start. Sundhedsminister *Jakob Axel Nielsen* (K) mener, at kræftområdet er et af de områder, hvor der er brug for særlig uddannelse.

"Her er kravene så høje, at der er brug for, at nogle af sygeplejerskerne tager en særlig uddannelse. Kræftpatienter er en særlig patientgruppe med særlige plejebehov," sagde Jakob Axel Nielsen i sin tale på den årlige Sygeplejefagdag i Odense Congress Center den 22. januar 2008.

*Dorte Steenberg*, 2.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd, mener, at det er godt for patienterne, at specialuddannelsen på kræftområdet kommer i gang nu.

"Dansk Sygeplejeråd har længe arbejdet hårdt for, at uddannelsen blev godkendt. Men samtidig er der en lang række andre områder, hvor patienterne vil have gavn af, at sygeplejerskeres kompetencer udvides," siger Dorte Steenberg og påpeger, at et eksempel herpå er de store grupper af kronisk syge, som vil have stor gavn af, at der bliver uddannet kliniske ekspert-sygeplejersker, som bl.a. Storbritannien og Holland har gode erfaringer med.

(sma)

"Det er vigtigt, at personalet anonymt kan indberette fejl uden angst for at miste jobbet."

*Christian H. Hansen* (DF), formand for Folketingets socialudvalg i Jyllands-Posten om et regeringsforslag om at medarbejdere, pårørende eller beboere på plejehjem anonymt kan indberette medicineringsfejl



## Overvægtige børn skal overvåges

Et nyt register skal overvåge overvægtige børn i Danmark. KL og Sundhedsstyrelsen står bag det nye register, som bl.a. skal give svar på, hvornår børn er i farezonen for at blive fede.

"Vi har længe ønsket at få et nationalt register, der kan give os mulighed for at se på udviklingen af overvægt blandt børn," fortæller projektleder *Tatjana Hejgaard* fra Center for Forebyggelse i Sundhedsstyrelsen til Børsen.

"Børnene bliver jo i forvejen målt og vejlet hos de praktiserende læger, fra de er ét til fem år, og hos sundhedsplejersken, når de går i skole. Det er helt oplagt, at man sammenkører målingerne med henblik på at få et nationalt overblik," siger hun.

Registret skal også bruges til at undersøge, om kampagner for sund livsstil blandt børn og unge har en effekt.

(lha)



# Redderne blæser til kamp mod sygeplejerskerne

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST

**Lobbyisme.** Fagforbundene 3F og FOA lancerer nu en kampagne, der skal fortælle politikerne, medier og borgere, at akutberedskabet skal bestå af reddere – ikke af sygeplejersker. En rigtig skidt idé, mener Dansk Sygeplejeråd.

Nye regioner. Nye akutberedskabsplaner. Og nye udbudsrunder. Der er masser af røre og

nytænkning på akutområdet rundt om i landet, og det får nu Dansk Ambulance Råd til at rulle det tunge PR-skyts frem.

"Vi vil prøve at oplyse den undrende, danske befolkning om, hvad de her ambulancefolk kan. Det er jo ikke som for 30 år siden, hvor uddannelsen var kort. I dag har vi både assistenter, behandlere og paramedicinere," siger *Palle Thirstrup*, for-



ARKIVFOTO: SCANPIX

Hvem skal sidde inde i ambulancen? Ambulancereddere, paramedicinere, sygeplejersker? Betegnelserne er mange, og det er meningerne om fremtidens præhospitale beredskab også. Nu har Reddernes Landsklub meldt krig mod sygeplejerskerne, som de ikke mener er kvalificerede til at løfte opgaven. Det vil de gøre opmærksom på i en stor kampagne dette forår. Dansk Sygeplejeråd kalder kampagnen en skidt idé.

mand for Reddernes Landsklub i 3F.

Reddernes Landsklub har således fået fagforbundene 3F og FOA til at donere et hemmeligt beløb til en kampagne, der bl.a. skal skabe mere opmærksomhed om reddernes nye faggruppe: paramedicinere.

## DSR ønsker ingen fagkamp

Dansk Ambulance Råd har hyret kommunikationsbureauet Effector til at gennemføre en "medie- og lobbyistkampagne" med det formål, at "styrke offentlighedens kendskab til ambulancefaget og de tilhørende kompetencer, således at man ikke vedbliver med at tro, at sygeplejersker i ambulancerne vil være en styrkelse af den præhospitale indsats," skriver Reddernes Landsklub i et nyhedsbrev fra februar måned.

Hvor meget af kampagnen, der handler specifikt om at fremføre reddernes styrker på bekostning af sygeplejerskerne, ved formanden for Dansk Ambulance Råd ikke, men han mener, at det også er en del af budskabet.

"Altså, hvis jeg skulle ud og sige noget, så ville jeg da sige, at man skal bruge de folk i akut-

beredskabet, der er uddannet til det. Og det er ambulancefolkene," siger Palle Thirstrup.

Dansk Sygeplejeråd bifalder ikke kampagnen.

2.-næstformand *Dorte Steenberg*, siger: "Det er en rigtig skidt idé at føre kampagner, der har til formål at lave fagkampe," siger hun og tilføjer: "Det er meget ukonstruktivt. Udgangspunktet må være, at vi ser på, hvordan patienterne får de bedste muligheder. Og patienterne har brug for både reddere og sygeplejersker i akutberedskabet. Vi behøver slet ikke at slå om opgaverne."

Men 2.-næstformanden understreger, at sygeplejerskerne besidder kompetencer, der ikke kan undværes i akutberedskabet.

"I en del situationer er sygeplejerskers brede kvalifikationer og kompetencer livsvigtige og absolut nødvendige for kvaliteten og patienternes sikkerhed. Naturligvis er der brug for sygeplejerskers betydelig længe uddannelsesbaggrund i den præhospitale indsats," siger hun.

## HVEM ER DE?

Dansk Ambulance Råd er en sammenslutning af de faglige organisationer 3F, Brandfolkernes faglige klub i Roskilde og FOA, der repræsenterer de godt 4.000 reddere i akutberedskabet Danmark. Reddernes Landsklub er en landsbrancheklub i fagforbundet 3F.

Kilder: [www.ambulanceraad.dk](http://www.ambulanceraad.dk) og [www.3f.dk](http://www.3f.dk)

Danmarks  
Pædagogiske  
Universitetsskole  
School of Education  
University of Aarhus

MASTER-  
UDDANNELSE  
FORÅR 2008

Masteruddannelser i voksenuddannelse, vejledning, sundhedspædagogik, socialpædagogik, specialpædagogik, læse- og skrivedidaktik, leadership and innovation, evaluering, citizenship, børnelitteratur.

Masteruddannelse som fleksibelt forløb og enkeltmoduler.

Informationsmøder forår 2008:  
11. marts - Aarhus Universitet  
13. marts - DPU i Emdrup

Ansøgningsfrist 2. juni

Læs mere på

[www.dpu.dk/master](http://www.dpu.dk/master)



# International ros til danske hospitaler

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

## ««« TILBAGEBLIK

**Godt gået.** Ny rapport fra OECD roser det danske sundhedsvæsens høje effektivitet og foreslår brugerbetaling på lægebesøg, men forslaget skydes ned af både læger og sygeplejersker.

Det ofte så udskældte danske sundhedsvæsen høster for en gangs skyld roser i en ny rapport fra de vestlige landes økonomiske samarbejdsorganisation, OECD. Rapporten konstaterer, at det danske sundhedsvæsens effektivitet ligger helt i top. Antallet af operationer er steget 4,4 pct. mellem 2002 og 2006, og patienternes ventetid er faldet, hedder det i rapporten, der blev citeret vidt og bredt i mange danske medier.

Men ifølge OECD er der også ridser i lakken. Danske politikere gør f.eks. slet ikke nok for at begrænse danske unges alt for høje alkoholforbrug, lyder kritikken. Rapporten henviser til, at Storbritannien har gjort en stor indsats for at få foræl-

drene til at forstå, at de har et ansvar. OECD roser dog samtidig regeringen for at have nedsat en forebyggelseskommission. Og så slår OECD et slag for, at danskerne skal have pungen frem, når de går til den praktiserende læge. Og lige netop den del af rapporten har fået både læger, sygeplejersker og Danske Regioner til at fare i blækhuset.

I en leder i Ugeskrift for Læger kritiserer formanden for Lægeforeningen, Jens Winther Jensen, forslaget om brugerbetaling for at skabe mere ulighed:

"Det harmonerer dårligt med, at rapporten fremhæver Danmark som et af de lande i verden, der har den mest lige adgang til sundhedsbehandling," skriver Jens Winther Jensen.

Også Danske Regioner vender tommelfingeren nedad:

"Der er ingen tvivl om, at det danske sundhedsvæsen står over for en række udfordringer. Men de kan ikke løses ved at indføre brugerbetaling. Vi skal værne om den fri og lige adgang til sundhedsvæsenet, og dette forslag vil blot forstærke

uligheden," siger Vibeke Storm Rasmussen (S), formand for Danske Regioners Udvalg om Fremtidens Sundhedsvæsen, til Ritzau.

I et indlæg i Børsen skrev Dansk Sygeplejeråds formand, Connie Kruckow, at OECD "skyder langt fra skiven," når de foreslår, at girokortet skal ligge fremme i den praktiserende læges konsultation.

OECD's anerkendelse af regeringens forebyggelsesindsats får også knubbede ord med på vejen i Connie Kruckows kommentar:

"Det kan godt være, at der sker fremskridt i forebyggelsen, men sandheden er, at det sker på en meget dårlig baggrund. Ifølge Statens institut for Folkesundhed vil der i 2020 være 300.000 flere voksne med én eller flere kroniske sygdomme – dvs. i alt to millioner voksne. Det betyder med andre ord, at vi skal investere langt mere i vores sundhedsvæsen, hvis vi skal undgå de økonomiske konsekvenser af så mange kronisk syge."

## Vidste du at ...

... for tidligt fødte børn har næsten dobbelt så stor chance for at overleve i dag som for 25 år siden?

Kilde: [www.fi-folkesundhed.dk](http://www.fi-folkesundhed.dk)

## Vidste du at ...

... der i løbet af 2007 blev rapporteret 23.521 utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase? En tredjedel af alle de utilsigtede hændelser skete i forbindelse med medicinering.

Kilde: Dansk Patientsikkerhedsdatabase, januar 2008.



**Blodteknik.** Klokkeren er 13.04 den 27. februar 2008 på Region Sjællands nye transfusionscenter i Næstved. Sygeplejerske Jette Mogensen sætter portioner af tappet blod op på en Compomat – en maskine, der skiller blodet ad i tre forskellige produkter. I poserne på bordet ligger et restprodukt af processen – det kaldes buffycoat – og bruges til at fremstille et trombocyt-koncentrat, der bl.a. bruges som en del af behandlingen af kræftpatienter. Centret er Danmarks første regionale transfusionscenter og skal årligt omdanne 50.000 portioner donorblod til blodprodukter til regionens 10 sygehuse. Centret producerer bl.a. røde blodlegemer, blodplader og plasma. Transfusionscentret har 35 ansatte i Næstved, heraf fem sygeplejersker.

(snp)

# Nye etiketter skal forebygge fejl

AF LOTTE HAVEMANN OG BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALISTER

**Sikkert design.** Fra den 1. marts er det blevet sværere at begå medicineringsfejl. 140 præparater, som bruges på de danske sygehuse, har fået nyt og mere sikkert etiketdesign.

Risikoen for, at sygeplejersker og læger kommer til at skade patienter pga. medicineringsfejl, skal så langt ned som muligt. En af måderne er at gøre etiketter på ampuller, hætteglas og emballage lettere at aflæse.

Derfor har Sygehusapotekerne og Amgros (de to fusionerede ved årsskiftet, red.) den 1. marts i år lanceret et helt nyt etiketdesign på deres produkter. De nye etiketter kommer til at sidde på de såkaldte SAD-produkter, der omfatter omkring 140 præparater i ca. 400 forskellige pakningsstørrelser. Primært læge-

midler til infusion og injektion. Sygehusene må gerne bruge evt. lagre af lægemidler med gamle etiketter op.

Det nye design er udviklet af firmaet e-Types, som indledte med at lave en mini-undersøgelse blandt læger og sygeplejersker. De gav udtryk for, at den vigtigste information på medicin er

1. Produktnavn
2. Lægemidlets styrke
3. Lægemidlets form.

På baggrund af den prioritering udviklede e-Types et etiketdesign, hvor de oplysninger fremhæves på etiketterne. For at gøre produktnavnet lettere at læse står navnet med stort begyndelsesbogstav efterfulgt af små bogstaver.

Styrken angives altid i øverste

venstre hjørne, og derudover er den markeret med en farvekode baseret på ATC-systemet, hvor blå er den svageste styrke og rød er den stærkeste.

Desuden mærkes medicin, der skal fortyndes, med en stiplede farvekode. Præparater, som er særligt farlige, som f.eks. Kaliumklorid, mærkes med en fluorescerende gul etiket.

## Glade for ny mærkning

Sygeplejerske og patientsikkerhedsansvarlig *Marianne Agerlin* fra Anæstesiaafdelingen på Hvidovre Hospital er på linje med sine kolleger begejstret for den nye og mere tydelige mærkning af medicin.

"Som sygeplejerske er jeg rigtig glad. Farverne og skiftypen betyder, at det er meget nemmere at skelne mellem de

skellige typer medicin."

Amerikanske undersøgelser viser, at op mod hver fjerde medicineringsfejl relaterer sig til lægemidlets navn eller pakkedesign. I Danmark blev der i 2007 indberettet 7.653 medicineringsfejl.



# Hygiejnesygeplejersker bliver en mangelvare

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST

**Smittefare.** Infektionerne vil bryde ud i takt med, at hygiejnesygeplejerskerne går på pension i de kommende år, lyder vurderingen. Medmindre regionerne sender flere sygeplejersker på uddannelse.

Mange af de danske hygiejnesygeplejersker er ved at blive lidt grå i toppen – mange nærmer sig pensionsalderen. Lykkes det ikke snart at få et hold af nye sygeplejersker igennem hygiejneuddannelsen, risikerer regionerne om få år at stå med endnu flere ubesatte stillinger, og i sidste ende kan det komme til at gå ud over patienterne i form af f.eks. roskildesyge og MRSA-infektioner.

Afdelingslæge på Statens Seruminstututs afsnit for sygehushygiejne *Elsbeth Tvenstrup Jensen* har lavet en prognose, der viser, at ca. en tredjedel af landets 51 hygiejnesygeplejersker er 55 år eller derover. I år går tre af dem på pension, og inden år 2013 vil det gælde i alt otte.

Siden den nye uddannelse for hygiejnesygeplejersker trådte i kraft i 2001, er det kun lykkedes at få to hold op at stå, og der har ikke været uddannet nye hygiejnesygeplejersker siden 2005.

"Det kan ligne hovsaløsninger, når arbejdsgeverne ikke sørger for at gøre nogle



Vask nu de hænder. Hvem skal sikre hygiejnen på hospitalerne i fremtiden? Mange af landets hygiejnesygeplejersker er ved at være oppe i årene. Der er ikke længe til, at en stor del af dem skal på pension. Alligevel står deres afløsere ikke klar i kulissen. For i dag bliver der uddannet alt for få hygiejnesygeplejersker.

kommande hygiejnesygeplejersker parate," siger *Elsbeth Tvenstrup Jensen*, der advarer om, at behovet for hygiejnerådgivning vil blive større fremover.

"Kommunerne har endnu ikke set, at de har et behov for mere hygiejnerådgivning især omkring MRSA-smitte. Når Den Danske Kvalitetsmodel skal implementeres, er der også brug for ressourcer i form af hygiejnekompetencer," siger hun.

Specialuddannelsesrådet for hygiejnesygeplejerskeuddannelsen har bedt deres regionale repræsentanter undersøge, hvordan det ser ud med hensyn til at få oprettet stillinger og give sygeplejersker opbakning til uddannelse i de enkelte regioner. De skal melde tilbage omkring 1. marts 2008.

Afhængigt af svarene vil Specialuddannelsesrådet i samarbejde med arbejdsgiverne tage stilling til, om der skal oprettes et hold på hygiejnesygeplejerskeuddannelsen i år. Eller om fremtidens hygiejnesygeplejersker skal uddannes på en ny fællesnordisk og tværfaglig diplomuddannelse i hygiejne, som er etableret i Göteborg. I øjeblikket er seks danske hygiejnesygeplejersker ved at blive uddannet på det første hold, som startede i efteråret 2007.

ARKIVFOTO: SCANNPIX

# Her har arbejdsmiljøet det godt eller mindre godt

Risikomanager og overlæge på Hvidovre Hospital samt konsulent for Dansk Selskab for Patientsikkerhed *Annemarie Hellebek* har deltaget i udviklingen af det nye design:

"Vi vil følge implementeringen og anvendelsen løbende, så vi kan justere og sætte ind, hvis der er behov for det. Om et års tid kan vi forhåbentlig dokumentere en effekt i form af færre alvorlige forvekslingsfejl mellem SAD-præparaterne."

Hun fremhæver de tre vigtigste designkoder, sundhedspersonalet skal iagttage, nemlig koderne for fare, fortynding og flere styrker.

**Godt arbejde.** I samarbejde med Arbejdsmiljørådet og Videncenter for Arbejdsmiljø har DR 2 taget hul på en kampagne, der sætter offentlige og private arbejdspladseres arbejdsmiljø på dagsordenen.

Kampagnen "Godt arbejde" består af i alt 12 tv-programmer på DR 2 søndage kl. 19, en hjemmeside [www.godtarbejde.dk](http://www.godtarbejde.dk) og en dvd-produktion.

I tv-programmerne tager vær-

ten *Warny Mandrup* seerne med ud på danske arbejdspladser. Der sættes fokus på emner som bl.a. stress, støj, sygefravær, nedslidning, arbejdsulykker, medarbejdermotivation og god ledelse. Hjemmesiden byder på mulighed for at teste sin viden, få gode råd, deltage i ugens konkurrence eller se en af de mange videoer, der stiller skarpt på danskernes arbejdsmiljø.

(sp)

KØBENHAVNS  
UNIVERSITET



## Summer School: International Health

I august 2008 afholder Københavns Universitet et 4-ugers heldagskursus i International Sundhed.

Målet med kurset er at præsentere deltagerne for både teori og praksis inden for sygdomsforebyggelse og sygdomskontrol i udviklingslande.

Kurset er målrettet færdiguddannede og studerende inden for folkesundhedsvidenskab og medicin, samt sygeplejersker, jordemødre og andre med en generel interesse for international sundhed.

Underviserne kommer fra en lang række institutioner, som Københavns Universitet, Danida, Røde Kors, Læger Uden Grænser og forskellige FN-organisationer.

Kurset koster kr. 3.900,- for deltagere, som ikke er indskrevet på KU.

Undervisningen foregår på engelsk, og finder sted 4.-29. aug. 2008 i København.

Deadline for tilmelding er 22. april.

Yderligere informationer og ansøgningskema kan findes på:

<http://www.isim.ku.dk>

## Modtager du Sygeplejersken til tiden?

Bor du i hovedstadsregionen?

*Sygeplejersken* er overgået til en ny distributør, Citymail, i hovedstadsregionen.

Det er meningen, at du skal have modtaget bladet senest om mandagen efter udgivelsesdagen. Vi er naturligvis meget interesseret i at vide, om du rent faktisk får bladet til tiden.

Så hvis der er uregelmæssigheder, må I gerne kontakte os på telefon: 4695 4186/4183

eller [redaktionen@dsr.dk](mailto:redaktionen@dsr.dk)

Redaktionen

## Under eller bag kitlen

En stor gruppe ansatte fra Regionshospitalet i Silkeborg har skrevet under på en protest imod deres personaleblads nye titel "Under Kitlen", som de finder krænkende og useriøs. Bladet skiftede titel i efteråret, da sygehuset skiftede navn. Før hed bladet *Schalpellen* med store bogstaver fra Centralsygehuset i Silkeborg.

"Hvis det er personligheden inde under uniformen, man vil nå, så kunne det passende hedde "Bag kitlen", mener sygeplejerske og tillidsrepræsentant *Käthe Pedersen*.

Sygeplejerskernes fællestillidsrepræsentant *Birthe Mosin* er med i redaktionen, og finder titlen spændende og ikke seksualiserende.

"Vi vil godt være lidt provokerende. Et af Region Midtjyllands værdiorde er netop dristighed," siger hun. Personalets holdning til titlen skal dog diskuteres på næste redaktionsmøde.

(sbk)

## Vær med til at fremtidssikre Dansk Sygeplejeråd

Hvad skal Dansk Sygeplejeråd gøre og kunne for at blive ved med at være en fagforening, som sygeplejersker gerne vil være medlem af? Læs mere om projektet "Fastholdelse og rekruttering af medlemmer" på: [www.dsr.dk/fastholdelse](http://www.dsr.dk/fastholdelse)

Her kan du også bidrage med gode idéer og kommentarer.

(kb)

# ”12,8 procent er ikke nok”

**Sammenbrud.** Arbejdsgiverne ville kun give sygeplejerskerne lønforbedringer på 12,8 pct. over de næste tre år. Det er ikke nok til at mindske uligelønnen. Sygeplejerskerne skal have 15 pct. Derfor har Dansk Sygeplejeråd og resten af Sundhedskartellet varslet konflikt fra 1. april.

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR

”Vi skal tage et stort skridt i retning mod ligeløn med det private arbejdsmarked. Derfor er en økonomisk ramme på 12,8 pct. ikke nok. Vi skal have 15 pct. over de næste tre år.”

Konstateringen kommer fra Sundhedskartellets formand og politiske hovedforhandler, *Connie Kruckow*. Arbejdsgivernes tilbud på 12,8 pct. har fået Sundhedskartellets 11 fagorganisationer, deriblandt Dansk Sygeplejeråd, til at varsle storstrejke over for de fem regioner og 98 kommuner fra 1. april 2008. Forhandlingssammenbruddet betyder, at de videre forhandlinger foregår i Forligsinstitutionen.

Connie Kruckow:

”Nu skal der tages hul på ligelønsproblemerne. Når vi snakker ligeløn, så gør vi det

med den tilgang, at en offentligt ansat sygeplejerske med en mellemlang videregående uddannelse må nøjes med 73 kr., hver gang en privatansat med en tilsvarende uddannelse tjener 100 kr. Det er fuldstændig urimeligt. Vores langsigtede strategi er, at vi skal tjene det samme som de privatansatte, der har samme uddannelseslængde som os. Derfor skal vi over en årrække have større lønstigninger end dem. Ellers kan vi jo ikke indhente dem.”

## Bombe under sundhedsvæsenet

Den ulige løn betyder rent faktisk, at det ikke kan betale sig at tage en uddannelse på mellemlangt videregående niveau og derpå blive ansat i det offentlige, fastslår Connie Kruckow, der advarer Folketingets politike-

re og arbejdsgiverne mod at lade, som om problemet ikke eksisterer.

”Det er en bombe under sundhedsvæsenet i fremtiden. Ét er, at vi taler om ligeløn til sygeplejerskerne, som er rigtig vigtigt. Men noget andet og lige så vigtigt er, at skal vi i fremtiden have et offentligt sundhedsvæsen, så er arbejdsgiverne og Folketinget forpligtede til at gøre noget ved uligelønnen. Ellers kan vi ikke i fremtiden få unge mennesker til at uddanne sig til sygeplejerske,” siger Connie Kruckow.

Connie Kruckow konstaterer, at uligelønnen er et samfundsproblem.

”Ligelønsproblemet er veldokumenteret. Det nytter ikke noget, at vi har en regering eller et Folketing, der lader, som om de hverken kan høre eller se problemerne, og at de nok går over af sig selv. Det gør de ikke. Det ville klæde politikerne at gøre noget ved det. Første skridt er at øge rammen, så sygeplejerskerne kan få lønstigninger på 15 pct. Næste skridt er at nedsætte en ligelønskommission, der kan bane vej for en egentlig ligelønsreform. Det har den norske regering gjort med et rigtig godt resultat. Vi kan se, at der også er en europæisk bevægelse i gang vedrørende den ulige løn mellem mænd og kvinder. Det ville klæde det danske Folketing at være blandt de første, der begynder at tage fat på at løse problemet. Kravet om at løse problemet bliver stadig stærkere, hvad enten politikerne piper eller skriger.”

sp@dsr.dk

## ))) ADVARSEL OM FOR HØJ LØN TIL SOSU-FOLK

Sosu-assistenternes krav om en højere lønstigning end andre grupper kan på længere sigt skade optaget på uddannelser til bl.a. pædagog, sygeplejerske og lærer. Sådan lyder advarslen fra arbejdsmarkedsforsker *Niels Westergård-Nielsen*, der er professor ved Handelshøjskolen i Århus.

Til Ritzau peger han på, at det vil blive mindre interessant at tage en af disse fireårige uddannelser, hvis det relativt bliver mere lønsomt kun at tage en halvandet år lang uddannelse.

Allerede i dag er der et problem med, at fag som pædagoger, lærere og sygeplejersker falder bagud i løn i forhold til andre. Samtidig er forskellene til den private sektor store.

(snp)

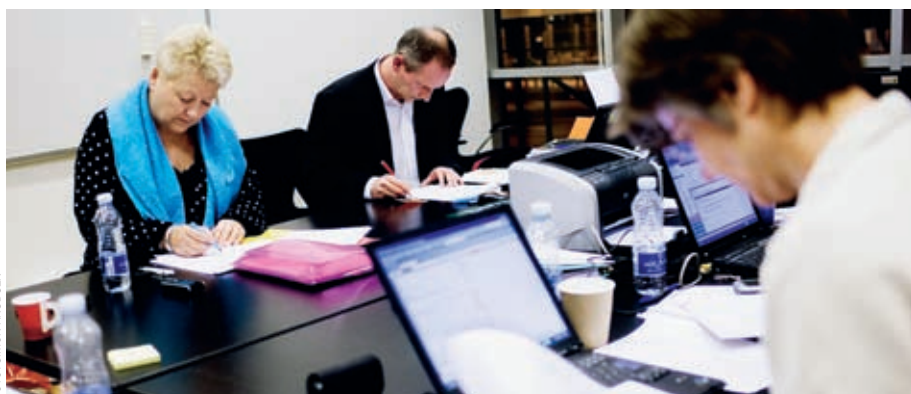


FOTO: SIMON KNILDSEN

**Weekendarbejde.** Lørdag den 1. marts klokken 20.04 i KLs lokaler i København. For foreløbig sidste gang mødtes Sundhedskartellets forhandlere med KLs ditto i forsøget på at nå et forhandlingsresultat for de ansatte i landets kommuner. Sundhedskartellets forhandlinger med Kommunernes Landsforening, der førte til det fjerde delforlig efterfulgt af forhandlingssammenbrud, indledtes lørdag, men endte i sammenbrud om rammen for en overenskomst. Arbejdsgiverne spillede ud med 12,8 pct., mens Sundhedskartellet ønskede 15. (sp)

# De sidste delforlig

Inden forhandlingsammenbruddet mellem Sundhedskartellet og de regionale og kommunale arbejdsgivere blev der indgået endnu et delforlig – det fjerde i rækken.

Den 28. februar 2008 fik Sundhedskartellets forhandlere mandat til at indgå det fjerde delforlig med sygeplejerskernes hovedarbejdsgiver, Danske Regioner (DR). To dage senere blev der indgået et tilsvarende forlig med Kommunernes Landsforening (KL).

Det seneste delforlig med regionerne indebærer bl.a. tillæg på 10.700 kr. til de erfarne sygeplejersker med 10 års beskæftigelse på baggrund af grunduddannelsen, lønforbedringer til alle ledere, herunder særlig trinforhøjelse for de lavest indplacerede ledere, lønforbedringer på 2 pct. af nat- og weekendtillæg, forhøjelse på 100 kr. for mistet fridøgn, forhøjelse af den generelle pensionssats og start på pension af ulempebetaling på 2 pct. og forhøjede ATP-satser. Til lokale lønforhandlinger afsættes 2,5 pct. af lønsummen til ledere og 1,6 pct. til basisstillinger. Endelig rummer forliget mulighed for lokale "plustidsaftaler".

Sundhedskartellets fjerde delforlig med KL indebærer følgende:

Trinforhøjelser til de erfarne i basisstillinger (inkl. et nyt trin 9) og lønforhøjelser til lederne, herunder særligt de lavest indplacerede ledere. Tillægsbetalingen for inddragelse af fridøgn forhøjes med 150 kr., aften-/nattillæg og lørdagstillæg forhøjes med 2 pct. Forhøjelse af udrykningsgodtgørelse med 100 kr., forhøjelse af forsikringsdækning ved ambulancetransport til 5 mio. kr. Start på pension af ulempebetaling med 2 pct. og forhøjelse af ATP-satser. Til lokal løndannelse afsættes 2,5 pct. til ledere og 1,25 pct. til basisstillinger.

Sundkartellets politiske hovedforhandler og formand, *Connie Kruckow*:

"Det er vigtigt, at vi har fået de midler, der er sat af direkte til vore medlemmer og til særligt prioriterede projekter, pakket i fire "pakker". Det ser fornuftigt ud. Der er altid noget, der kunne være bedre, men det var forhandlernes vurdering, at det var godt at få disse aftaler på plads, så det er et "rent snit", når vi går i Forligsinstitutionen."

(sp)

## I Norge kan de det der med ligeløn

En gang imellem ligner vi vore nordiske naboer rigtig meget. Et godt eksempel er den uligeløn, der findes på det offentlige arbejdsmarked.

Der er nemlig både stor uligeløn i Norge og Danmark. Forskellen er bare, at de norske politikere har valgt at gøre noget ved det. Konkret har den norske regering nedsat en ligelønskommission, der har gennemført et stort udredningsarbejde.

Forleden offentliggjorde ligelønskommissionen sin rapport. Meget spændende læsning. F.eks. fastslår kommissionen, at "til trods for, at de (kvinderne) i stadigt stigende grad har taget uddannelse og fået et solidt fodfæste i arbejdslivet, tjener kvinder fortsat mindre end mænd. Den vedvarende lønforskel er grundigt dokumenteret i lønstatistikken." Det er præcis det samme i Danmark.

Endnu mere spændende er de anbefalinger, som den norske ligelønskommission er kommet med. Konkret foreslår den, at udvalgte kvindedominerede faggrupper i den offentlige sektor skal have et lønloft. Et sådant lønloft forudsætter en aftale mellem arbejdsmarkedets parter om, at lønudviklingen kan være større i den offentlige sektor end i den private. Lønloftet skal finansieres særskilt på finansloven.

Præcis det samme har vi brug for i Danmark.

Vi har brug for politikere, der tager konsekvensen af, at det ikke kan betale sig at tage en mellemlang videregående uddannelse som f.eks. sygeplejerske. Vi har brug for politikere, der tager problemet med at rekruttere og fastholde sygeplejersker alvorligt. Vi har brug for politikere, der har mod til at skabe ligeløn.



*Connie Kruckow*

Connie Kruckow, formand for Dansk Sygeplejeråd

# Nu skal vi i forligsinstitutionen

Samtidig med afsendelsen af konfliktvarslerne til Danske Regioner og Kommunernes Landsforening har Sundhedskartellet sendt en orientering til statens forligsmand, vicepræsident i Sø- og Handelsretten, *Mette Christensen*.

Forligsmanden indkalder derefter såvel arbejdstager- som arbejdsgiverrepræsentanterne for at få en redegørelse for de førte forhandlinger og årsagen til forhandlingernes sammenbrud.

Hvis forligsmanden mener, at der er udsigt til, at parterne kan finde en forhandlingsløsning med hendes medvirken, kan hun udsætte en varslet konflikt i 14 dage, dog således at den

udsatte arbejdsstandsning tidligst kan iværksættes på femtedagen efter, at forligsmanden inden for de 2 uger har erklæret forhandlingerne for afsluttet, eller på femtedagen efter udløbet af de 2 uger. I tilfælde, hvor den truende arbejdsstandsning vil ramme livsvigtige samfundsinstitutioner eller samfundsfunktioner, eller hvor forligsmanden anser arbejdsstandsningen for at have vidtrækkende samfundsmæssig betydning, kan han eller hun – efter at have rådført sig med de to andre forligsmænd – beslutte at udsætte konflikten i yderligere 14 dage. I modsat fald får konflikten virkning pr. 1. april 2008.

Sundhedskartellet og de regionale og kommunale arbejdsgivere vil umiddelbart efter afsendelsen af konfliktvarslet mødes for at forhandle en rammeaftale om et nødberedskab på plads. Rammeaftalen skal så være rettesnor for lokale forhandlinger om nødberedskabet. Det altomfattende strejkevarsel har gjort denne fremgangsmåde nødvendig.

Pleje og behandling vil blive udført under en strejke, hvis konsekvenserne i modsat fald er livstruende eller førlighedstruende.

(sp)

## ))) FORLIGSINSTITUTIONEN: 100 ÅR PÅ BAGEN

Forligsinstitutionen, der har til huse i et gammelt palæ ved Sankt Annæ Plads i København, daterer sig fra 1910. Forligsinstitutionen – eller som den ofte kaldes i folkemunde: Forligsen – har til opgave at hjælpe arbejdsmarkedets parter med at afslutte overenskomster uden arbejdsretslige konflikter.

Forligsinstitutionens arbejdsopgaver er anført i "Bekendtgørelse af lov om mægling i arbejdsstridigheder", der i den seneste udgave daterer sig fra august 2002.

Det er beskæftigelsesministeren, der efter indstilling af Arbejdsretten udnævner tre forligsmænd for hele landet med det hverv at medvirke til bilægelse af stridigheder mellem arbejdsgivere og arbejdere. Udnævnelsen gælder for tre år, og genudnævnelse kan finde sted. Endvidere udnævner ministeren, også for tre år ad gangen, en stedfortræder for forligsmændene.

## ))) FORLIGSMANDEN KENDER SYGEPLEJERSKERNE

Statens tre forligsmænd deler arbejdsmarkedet således, at det er den 62-årige *Mette Lene Christensen*, der varetager finansområdet og den offentlige sektor.

Mette Christensen har jyske rødder. Hun blev jurist i 1970 og har været en af statens tre forligsmænd siden 1993. Derfor kender hun sygeplejerskerne og deres arbejdsområde rigtig godt. Det var hende, som sad for bordenden i palæet på Sct. Annæ Plads, da sygeplejerskerne i 1993 og igen i 1995 var i Forligsinstitutionen efter sammenbrud i overenskomstforhandlingerne.

Mette Christensen var udpeget som opmand, da udviklingen i sygeplejerskernes arbejdsområde blev kortlagt som udløber af konflikten i 1995.

**Vigtig signatur.** Det er den enkelte organisation i Sundhedskartellet, som fremsender konfliktvarsel til arbejdsgiverne. Her underskrives Dansk Sygeplejeråds konfliktvarsel til Danske Regioner af formanden, Connie Kruckow.

(sp)



FOTO: SIMON KNUDSEN

# Norsk ligelønskommission foreslår ekstra penge til kvindefag

**Kjøn og Lønn.** En norsk ligelønskommission har overrasket med et forslag om, at staten skal bevilge 3 mia. kr. ekstra til et lønløft til kvindefagene i det offentlige.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST

Problemet med ulige løn til mænd og kvinder kan ikke løses ved overenskomstforhandlingerne. Det eksisterende forhandlingssystem er tværtimod med til at cementere de eksisterende lønforskelle, og derfor skal der andre løsninger til.

Det konkluderer den norske Likelønnskommission i en længe ventet rapport, som kommissionen i sidste uge afleverede til fungerende ligestillingsminister *Trond Giske*.

Ligelønskommissionen foreslår, at staten træder til med ekstra penge til de offentlige overenskomster.

Som i Danmark er ulige løn i Norge især et problem for de store kvindegrupper, der arbejder i det offentlige, og kommissionen foreslår, at der skal bevilges 3 mia. kr. ekstra fra statsbudgettet til at rette op på de skæve lønrelationer ved overenskomstforhandlingerne.

Den anbefaler også, at der bliver afsat særlige ligelønspuljer i de private overenskomstforhandlinger, men her er der ikke på samme måde behov for ekstra penge til lavtlønnede kvinder, mener kommissionen.

Den understreger til gengæld, at ekstra penge til de store kvindefag i det offentlige er spildt, hvis det bare fører til nye krav fra de grupper, der bliver indhentet.

Derfor hænger forslaget om de 3 mia. kr. ekstra sammen med et forslag om, at der skal indgås en aftale mellem arbejdsmarkedets parter, som sikrer, at lønudviklingen kan være større i den offentlige sektor end i den private, og at et lønløft til de offentligt ansatte kvinder ikke må udløse krav om kompensation fra privatansatte.

”Det er en udfordring for myndighederne, men i meget høj grad også en udfordring for arbejdsmarkedets parter,” understregede Likelønnskommissionens formand *Anne Enger*, da hun fremlagde rapporten.

## ))) "POSITIVT AT ET ANDET NORDISK LAND TAGER LIGELØN ALVORLIGT"

”Det er positivt, at man i et andet nordisk land tager ligeløn alvorligt. Det understøtter Sundhedskartellets budskab om, at det ikke kan betale sig at tage en mellemlang videregående uddannelse som f.eks. bioanalytiker eller sygeplejerske i Danmark. Det kan det heller ikke i Norge, og det har man taget konsekvensen af bl.a. ved at nedsætte en ligelønskommission,” siger Dansk Sygeplejeråds formand, *Connie Kruckow*, og fortsætter:

”Jeg forventer, at regeringen sætter yderligere penge af til de igangværende overenskomstforhandlinger og nedsætter en ligelønskommission, hvis anbefalinger kan danne grundlag for den næste overenskomstforhandling. Jeg sender rapporten til finansministeren i morgen. Han vil finde meget inspiration her.”

Dansk Sygeplejeråds formand, *Connie Kruckow*, i en kommentar til Likelønnskommissionens rapport på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) den 21. februar 2008.

”Men vi vil gå så vidt, at vi vil advare mod at tilføre midler til et lønløft, hvis det ikke bliver ledsaget af en indkomstpolitisk aftale.”

## Lange udsigter

I den norske offentlighed har man hæftet sig ved, at rapportens anbefalinger ikke var enstemmige. Et enkelt medlem af kommissionen var uenig i forslagene, mens der var fuld enighed om selve kortlægningen af problemets omfang og årsager, understregede *Anne Enger* ved fremlæggelsen.

Norsk Sygepleierforbund er meget tilfreds med kommissionens anbefalinger, mens de offentlige arbejdsgivere er betydelig mere lunke: Arbejdsgiverforeningen *Spekter*, som de norske sygehuse er medlemmer af, har direkte udtalt, at man ikke ønsker statslig indblanding i overenskomsterne.

Kommissionen har overrasket ved at udpege det eksisterende forhandlingssystem som en af hovedårsagerne til de norske kvinders lønefterslæb på 15 pct., men der peges også på to andre hovedårsager: Opdelingen af arbejdsmarkedet i kvindefag og mandefag samt de lønforskelle,



ARKIVFOTO: SCANPIX

der opstår i forbindelse med kvinders barselsperioder.

Derfor fremsætter kommissionen også andre forslag, der bl.a. skal fremme en mere ligelig deling af barselsorloven mellem fædre og mødre.

Den norske regering sender nu rapporten og kommissionens forslag ud i en høringsrunde, inden man beslutter, om og hvilke af forslagene der skal føres ud i livet.

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

# Til kamp for ligeløn

**Mindre kønt.** Godt 100 år efter Kvindernes Internationale Kampdag så dagens lys, er der stadig masser af gode grunde til at fejre den her i Danmark, især set ud fra et ligelønsperspektiv.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST

Kvindernes Internationale Kampdag lørdag den 8. marts markeres over hele verden med mange forskellige arrangementer. Dagen fejres også af FN, og i flere lande er det en national helligdag. Kampdagen blev faktisk grundlagt på et internationalt socialistisk kvindemøde i København i 1910 og havde især til formål at agitere for kvinders stemmeret og arbejderkvindernes rettigheder. Datoen 8. marts blev valgt for at mindes den demonstration for kvinders rettigheder, som socialistiske kvinder afholdt i New York den 8. marts 1908. I 1977 vedtog FN en resolution, som anbefaler fejring af en international kvindedag, og selv her snart 100 år efter mærkedagens fødsel er der også i Danmark stadig god anledning til at markere

den, især set i lyset af de seneste måneders overenskomstforhandlinger, som om nogen har stået i ligestillingens og ligelønnens tegn. Det er flere gange kommet frem, at en række offentligt ansatte faggrupper sakker lønmæssigt bagud i forhold til faggrupper med tilsvarende uddannelse i det private erhvervsliv, og Dansk Sygeplejeråd har løbende gjort opmærksom på, at lønefterslæbet er mest udbredt blandt sygeplejersker og andre kvindedominerede fag, siger formand i Dansk Sygeplejeråd, *Connie Kruckow*.

”Kvindernes internationale kampdag er stadig aktuel. I dag handler det ikke om stemmeret, men om ligeløn. Kvindefagene er historisk set sakket bagefter, når det handler om løn.

Derfor har vi i overenskomstforhandlingerne sat fokus på, at lønnen skal løftes markant. Og vi har stillet krav om en ligelønsreform. I Norge har man f.eks. nedsat en ligelønskommission, som netop har foreslået et lønloft for udvalgte kvindedominerende faggrupper i den offentlige sektor. Det er den eneste måde, der kan blive gjort op med det historiske lønefterslæb, som de offentligt ansatte – især kvinderne – har i forhold til de privatansatte med samme uddannelseslængde.”

*cso@dsr.dk*

Kilder: [www.kvinfo.dk](http://www.kvinfo.dk) og [www.internationalwomensday.com](http://www.internationalwomensday.com)

## Hvordan opleves overenskomstforhandlingerne lokalt?

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR

### Lønnen helt afgørende

Kredsnæstformand Elisabeth Wichmann, Kreds Hovedstaden



ARKIVFOTO: SØREN SVENDSEN

”Vi havde møde med sygeplejerskernes tillidsrepræsentanter på Bornholm forleden. De sidder og venter i spænding, fordi det er lønnen, der er helt afgørende. De synes, at de delforlig, som er opnået, er o.k. Men det store

spørgsmål er: Hvad får vi mere i løn? Det er også meldingerne fra medlemmerne. Kampgejsten er der. Selvfølgelig vil de gerne have, at forhandlerne når frem til et forlig, der rummer en lønforhøjelse, som er acceptabel. Men hvis det ikke kan lade sig gøre, så er de parate til konflikt. Stemningen er uforandret: Nu skal vi have en ordentlig løn.”

### Tændt og optændt

Kredsnæstformand John Christiansen, Kreds Syddanmark



ARKIVFOTO: SØREN SVENDSEN

”Medlemmerne er tændt og optændt. Vi har holdt medlemsmøder rundt i kredsen og har haft fulde huse alle steder. Vi har fra formandskabet fortalt om forhandlingsprocessen og slagets gang. De spørgsmål, vi får, handler både

om det generelle og om det personlige, hvis det skulle komme til konflikt. Målet er at komme i hus med et godt forhandlingsresultat.

Det er min helt klare opfattelse, at sygeplejerskerne er meget fokuserede på dette og bakker meget op om forhandlingerne. Der er tro på, at vi skal nå de mål, vi har sat os. Ingen slinger i valsen.”

### Står bag kravene

Kredsformand Helle Dirksen, Kreds Sjælland



ARKIVFOTO: SØREN SVENDSEN

”I forbindelse med starten på Dansk Sygeplejeråds nye struktur havde vi i kredsens formandskab inviteret os selv rundt til møder i hele kredsen. Overenskomstforhandlingerne var et af de emner, der optog medlemmerne

en hel del. Medlemmerne virker meget alvorlige i deres krav. De håber selvfølgelig, at vi opnår et godt forhandlingsresultat, men de lægger ikke skjul på, at de er parate til konflikt, hvis kravene ikke kan opnås ved forhandling. Meldingen er den samme fra tillidsrepræsentanterne: Medlemmerne står bag kravene. Det er godt at vide.”



# Sygeplejerskerne har varslet konflikt

## - 6 gode argumenter om hvorfor!

Dansk Sygeplejeråd har varslet konflikt over for arbejdsgiverne i regioner og kommuner. I den kommende tid vil du sikkert blive spurgt om årsagen. Her får du seks gode argumenter:

1. Vi kræver ligeløn! I dag tjener en sygeplejerske i det offentlige sundhedsvæsen kun 73 kr., hver gang en privatansat med samme uddannelseslængde – f.eks. en journalist – tjener 100 kr. Vi kræver ligeløn for sygeplejersker i basisstilling. Vi kræver også lige løn for lige ledelsesarbejde.
2. Vi skal have en lønstigning på 15 pct.! Arbejdsgiverne vil kun give os en lønstigning på 12,8 pct. over de næste tre år. Det er slet ikke nok. Vi skal op på 15 pct., for at vi kan hale ind på de privatansatte. Ligeløn kræver en langsigtet kamp. Derfor skal vi også fremover have større lønstigninger end de privatansatte.
3. Sygeplejerskerne er veluddannede og professionelle! Sygeplejersker har en mellemlang videregående uddannelse, og vores kvalifikationer er afgørende for, at patienterne får kvalificeret sygepleje – hvad enten vi er ansat i en basisstilling eller er ledende sygeplejerske. Det vil vi lønnes for. Vores faglige omdømme og anerkendelse hænger sammen med lønnen.
4. Kvinder og mænd skal aflønnes lige! I den offentlige sektor er der ansat flest kvinder, mens der er flest mænd i den private sektor. Derfor er sygeplejerskernes uligeløn et kæmpe ligestillingsproblem. Det er en samfundsopgave at løse dette problem.
5. Arbejdsgiverne tænker alt for kortsigtet! Der mangler i dag mere end 1.500 sygeplejersker. Derfor skal arbejdsgiverne sørge for, at vi får en markant bedre løn. Ellers bliver det endnu sværere at rekruttere nye til faget og fastholde de erfarne sygeplejersker i det offentlige sundhedsvæsen. Det vil gå ud over patienterne og forringe sygeplejerskernes arbejdsmiljø.
6. Regeringen svigter sit ansvar! Regeringen har et ansvar for at fremtidssikre sundhedsvæsenet. Hvis ikke sygeplejerskerne får markant bedre løn og arbejdsforhold, vil det få sygeplejerskerne til at søge væk fra det offentlige sundhedsvæsen. Regeringen skal gøre to ting for at leve op til sit ansvar: Øge rammen, så sygeplejerskerne kan få en lønstigning på 15 pct. de næste tre år. Og nedsætte en Ligelønskommission, der kan bane vej for, at sygeplejerskerne får ligeløn.

### Så meget tjener en sygeplejerske!

I dag tjener en sygeplejerske ansat i en region 23.953 kr. om måneden. Hvis hun er ansat i en kommune, er tallet 25.187 kr. Tallet er nettolønnen og dækker gennemsnittet for sygeplejersker i basisstillinger.

## Fakta

### Stor lønforskel til privatansatte

Sygeplejerskernes lønefterslæb i forhold til privatansatte på samme uddannelsesniveau (mellemlang videregående uddannelse) er på 27 pct.

Kilde: Danmarks Statistik.

### Lønforskellen til det private er størst for dem med mellemlang uddannelse

Lønforskellen til de privatansatte er størst for de offentligt ansatte, der har en mellemlang videregående uddannelse – eksempelvis sygeplejersker. For offentligt ansatte med enten en kort eller en lang uddannelse er lønforskellen betydeligt mindre.

Kilde: Danmarks Statistik.

### Stor lønforskel på offentligt og privatansatte sygeplejersker

Offentligt ansatte sygeplejersker tjener i gennemsnit 175 kr. i timen inklusive pension. Det er 23 pct. mindre end de privatansatte sygeplejersker, der tjener 227 kr. i timen inklusive pension.

Kilde: Danmarks Statistik.

### Hver femte sygeplejerske overvejer at forlade deres job

30 pct. af de sygehusansatte sygeplejersker svarer i en ny undersøgelse, at de i 'meget høj grad' eller i 'høj grad' overvejer enten at forlade faget eller søge et job i det private sundhedsvæsen.

Kilde: MEGAFON.

### Flere sygeplejersker forlader det offentlige til fordel for det private end omvendt

I alt 2.431 sygeplejersker har efter fem års ansættelse forladt den offentlige sektor til fordel for den private. Kun 987 sygeplejersker har efter fem år foretaget det modsatte skift.

Kilde: Dansk Sygeplejeråd.

### Der mangler mere end 1.500 sygeplejersker

I 2007 manglede der mere end 1.500 sygeplejersker i det danske sundhedsvæsen.

Kilde: Dansk Sygeplejeråd.





AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST



AF SINE MADSEN, JOURNALIST

# DE FORSØMTE

En tredjedel er storrygere, og næsten halvdelen spiser ikke frokost. Kantineen sælger fed flæskesteg, og der er ingen idræt på skemaet. Sundheden skranter blandt fremtidens håndværkere, og de usunde vaner går ud over indlæringen og fører til højt frafald.

”Eleverne er flade og stressede, fordi deres fysiologi er helt nede,” konstaterer livsstilsguruen Chris MacDonald. Han er en af de eksperter, der efterlyser, at ungdomsuddannelserne prioriterer de unges sundhed. I modsætning til Norge har Danmark ingen tilbud om sundhedsfremme til de omkring 200.000 unge på gymnasier og tekniske skoler.

A young man in a grey patterned hoodie and blue jeans is sitting on a metal staircase, drinking from a blue plastic bottle. To his left, a woman in a black top is sitting on the same stairs, looking down at something in her hands. In the foreground, a pizza box with the words 'PIZZA PIZZA PIZZA' is visible. The background is a teal wall.

# UNGE

MODEL FOTO: SØREN SVENDSEN

**Frafald.** Sundheden og selvværdet er i bund. En gruppe sårbare unge på de tekniske skoler slås med så alvorlige sundhedsmæssige og sociale problemer, at det truer deres uddannelse.

# USUNDE UNGE DROPPER

AF BRITTA SØNDERGAARD OG SINE MADSEN, JOURNALISTER • MODEL FOTO: SØREN SVENDSEN

Skolens særlige elevcoach rykker ud for at vække eleverne om morgenen. Konditallet er i bund, fraværet er for højt, og menuen i skolens kantine står ofte på pizza og cola. De usunde vaner er uløseligt forbundet med psykiske problemer, hashrygning, ensomhed, konflikter med forældrene og manglende koncentration. En del af de unge kommer fra socialt belastede hjem, men mange har en almindelig familiebaggrund.

I dag dropper en tredjedel af alle elever på de tekniske skoler deres skolegang trods regeringens målsætning om, at 95 pct. skal gennemføre en ungdomsuddannelse.

Et rundspørge, som *Sygeplejersken* har foretaget på 12 af landets 48 tekniske skoler, viser, at det ikke kun er dårlige læsefærdigheder, som får unge til at opgive drømmen om at blive f.eks. håndværker eller frisør. Nogle elever har så store personlige og sociale problemer, at de har svært ved at gennemføre deres uddannelse. Der findes ingen opgørelser over omfanget, men flere af de skoler, *Sygeplejersken* har talt med, anslår, at gruppen af elever med omfattende problemer udgør mellem 5 og 10 pct.

## Hjælper frafaldstruede

Teknisk Skole i Viborg har ligesom en række af landets øvrige tekniske skoler ansat en særlig elevcoach, hvis eneste opgave det er at hjælpe unge med problemer. Som andre steder i landet er der pres på ordningen. Sidste år søgte 300 af skolens 2.000 elever hjælp fra elevcoach *Ole Sund Søndergaard*. Han havde i efteråret 2007 kontakt med 12 selvmordstruede unge.

”De unge har problemer af alle arter. Fra selvmordstanker til skænderier med forældrene. Jeg er overrasket over, hvor mange unge der ikke fungerer, selv om de på papiret kommer fra relativt velfungerende hjem.”

På Aalborg Tekniske Skole har fire elevcoaches gennem det seneste år talt med 532 af skolens ca. 2.000 elever på skolens grundforløb.

”Stort set alle dem, vi taler med, er frafaldstruede i større eller mindre grad og har en

belastet social baggrund,” siger elevcoach *Anja Hassing*. Hun peger på, at det nytter at gøre en indsats. Efter samtalerne fortsætter størstedelen af eleverne.

*Jette Dahl*, der leder en særlig mentorordning for elever på Odense Tekniske Skole siger, at regeringens mål om at få flere ind på en uddannelse, har betydet, at de tekniske skoler i dag modtager flere elever med svag boglig og social baggrund end tidligere.

”De mangler ofte et socialt netværk, der kan hjælpe dem på vej. For nogle kan det handle om, at de har svært ved at stå op om morgenen og få den rette mad og motion til at kunne fungere og være veloplagte. Det hænger gerne sammen med en grundlæggende usikkerhed,” siger *Jette Dahl*.

## Stresses af samfundet

Psykiater ved Roskilde Tekniske Skole *Kenneth Raaberg* har siden sin ansættelse for

motion, spiser dårlig kost og har et selvværd, der nærmest kravler af sted,” lyder det fra *Kenneth Raaberg*.

På linje med elevcoaches på flere af de skoler, *Sygeplejersken* har talt med, efterlyser han, at skolerne arbejder langt mere systematisk på at fremme de unges psykiske velbefindende og sundhed.

”Der bør indføres motion og ordentlig mad i kantinen, og så skal de unge lære at afgrænse sig selv og strukturere deres dag,” siger *Kenneth Raaberg*, som i øjeblikket overvejer at indføre tilbud om meditation i forbindelse med undervisningen.

## Trivsel har social slagside

Overlæge *Pernille Due* fra Statens Institut for Folkesundhed er en af forskerne bag de såkaldte skoleundersøgelser af 11-15-årige børn. De viser en stor social slagside i børns og unges sundhedsvaner og trivsel. Håndværkerens

”De mangler struktur i deres liv og har konstant dårlig samvittighed over, at de ikke får lavet deres opgaver, selv når de går til fest. Rigtig mange af pigerne har det dårligt med deres krop. De får ikke dyrket motion, spiser dårlig kost og har et selvværd, der nærmest kravler af sted.”

*Kenneth Raaberg*, psykiater på Roskilde Tekniske Skole.

et halvt år siden haft 200 samtaler med elever. Han oplever, at stadigt flere unge stresses af samfundets og forældrenes forventninger om, at de skal være målrettede og tage en uddannelse.

”Mange af dem føler, at de skal være journalist, psykolog eller sygeplejerske, inden de er fyldt 24 år. Men de er ikke klar til at tage en uddannelse, fordi de slås med personlige problemer. De mangler struktur i deres liv og har konstant dårlig samvittighed over, at de ikke får lavet deres opgaver, selv når de går til fest. Rigtig mange af pigerne har det dårligt med deres krop. De får ikke dyrket

og arbejdernes børn dyrker mindre motion, ryger mere og er oftere ensomme og mere kede af livet end børn i de højere socialklasser.

”Mange gymnasier har krop og sundhed med i undervisningen. Men på de tekniske skoler har man nedlagt idrætsundervisningen. Hvis vi skal mindske den sociale ulighed i sundhed, er det nødvendigt med flere tilbud særligt på de tekniske skoler,” siger *Pernille Due*.

Sundhedsplejerske og medlem af Børnerådet, *Else Guldager*, mener, at både gymnasier og tekniske skoler har sovet i timen.

# UDDANNELSEN

”Hvis regeringen ønsker, at 95 pct. af de unge skal tage en ungdomsuddannelse, så må man også prioritere arbejdsforholdene og de unges sundhed. Der er stort behov for at se på kantinerne, de unges mulighed for at dyrke motion og forholdene i klasseværelset,” påpeger Else Guldager.

Undervisningsminister *Bertel Haarder* (V) erkender, at dårlig trivsel er et stort problem på især de tekniske skoler. Men han fremhæver, at det i høj grad er op til skolerne selv at prioritere indsatsen:

”Regeringen har afsat midler, så de tekniske skoler kan indføre mentorer og social- og psykologisk rådgivning. Men skolerne har også hver for sig et ansvar for, at sundhed og trivsel indgår i hverdagen. Skolerne har f.eks. mulighed for at indføre valgfri undervisning i fitness, idræt og sundhed.”

*bso@dsr.dk/sma@dsr.dk*

Sundheden på landets tekniske skoler har det skidt. Konditallet er i bund, og menuen i skolens kantine står ofte på flæskesteg, pizza og cola. Sæt ind med ordentlige kantiner, motion på skole-skemaet og bedre arbejdsforhold. Kun på den måde kan Danmark mindske den sociale ulighed i sundhed. Sådan lyder opfordringen fra flere eksperter i folkesundhed.





FOTO: SØREN SVENDSEN

Der står ofte pizza og burgere på menuen, når 17-årige Matthias Nielsen, elev på Københavns Tekniske Skole, skal være mæt. Men han har bestemt sig til at spise sundere.

## ”PÅ MANDAG BEGYNDER JEG TIL FITNESS”

**Motion.** ”I folkeskolen gik jeg til fodbold, men i dag kan jeg mærke på min krop, at jeg ikke bevæger mig. Derfor begynder jeg til fitness næste mandag.” Sådan siger den 17-årige *Mathias Nielsen*, der uddanner sig til industritekniker på Københavns Tekniske Skole.

Mathias Nielsen synes selv, at han spiser for meget junkfood som f.eks. pizza og burgere, og det er han i gang med at lave om på.

”Min krop trænger til, at jeg gør noget. Jeg er blevet mere sløv og gaber nogle gange meget. Jeg kommer altid til tiden i undervisningen, men det er svært at komme op om morgenen,” fortæller Mathias Nielsen.

Mathias Nielsen får en krydderbolle og et glas mælk til morgenmad, og den menu skal holde ham kørende til klokken halv fire om eftermiddagen, for han spiser ikke frokost i skolen.

”Når jeg kommer hjem, laver jeg f.eks. pastasalat, og nogle gange spiser jeg for meget junkfood og slik,” fortæller Mathias Nielsen.

Mathias Nielsen ryger ”kun til fester”. Men dem er der til gengæld mange af.

”Vi drikker øl og vodka og har det sjovt. Jeg er ude næsten hver weekend, og så er jeg ikke hjemme før klokken seks eller syv næste morgen,” fortæller Mathias Nielsen. Han går dog som regel ikke til fest dagen inden, han skal passe sit fritidsjob som servicemedarbejder i et supermarked.

Selvom Mathias Nielsen er meget motiveret for at ændre livsstil, så mener han ikke, at det er skolens opgave at styrke elevernes sundhed ved f.eks. at satse på sund kantine og idræt på skoleskemaet.

”Vi går her for at lære et håndværk, og det er mit eget ansvar at leve sundt,” siger Mathias Nielsen. (sma)



FOTO: SØREN SVENDSEN

17-årige Michael Elleborg er elev på Københavns Tekniske Skole og ivrig sportsmand. Men han spiser hverken morgenmad eller frokost.

## ”JEG SPISER FØRST KLOKKEN TRE”

**Kropsbevidsthed.** For 17-årige *Michael Elleborg* handler sundhed om at holde kroppen i gang og spise sundt. Han går på håndværk- og tekniklinjen på Københavns Tekniske Skole.

”For mig er sundhed at bevæge sig. Jeg står op klokken 6.15 hver dag og løber i tyve minutter. Det er ikke et mål, hvor langt jeg løber, men mere dét at komme i gang om morgenen,” siger Michael Elleborg, der ud over løbeturene dyrker kickboxing fire gange om ugen på kampholdet i Greve Kickboxing Klub. En sport, han har dyrket, siden han gik i sin fars klub i Farsø i Jylland, før han begyndte på teknisk skole.

Men det er så som så med idealerne, når morgenmaden skal indtages, for Michael spiser først, når klokken nærmer sig tre om eftermiddagen.

”Jeg spiser nok ikke helt, som jeg burde, da jeg først spiser om eftermiddagen, og jeg kunne generelt også spise lidt sundere,” siger han.

I weekenderne slår Michael Elleborg sig løs sammen med vennerne, og han kommer sjældent hjem til sig selv i Hvidovre, hvor han bor.

”Jeg drikker og ryger en del i weekenderne. Så samles jeg med vennerne og tager til privatfest, eller også tager vi på værtshus og hygger os,” siger Michael Elleborg, der ellers gerne ser, at skolen gjorde noget mere for elevernes sundhed:

”De kunne f.eks. sætte priserne ned på maden i kantinen. Den er alt for dyr. Og så kunne de også godt lave noget mere fedtfattig mad. Det drypper af fedt nogle gange.”

(sma)

# SKOLER MÅ INVESTERE I DE UNGES SUNDHED

**Aktive timer.** Det kræver et helt nyt fag i skolen, hvis det alt for høje frafald skal bringes ned. Faget skal prioritere udviklingen af den menneskelige krop, psyke og ånd. Det mener fitness- og sundhedsguruen Chris MacDonald.

*Du har haft gode resultater med at forbedre gymnasieelevernes sundhed på Johannesskolen. Kan du forestille dig samme resultater på en teknisk skole?*

”Ja, det kan jeg sagtens. Men der skal investeres i de unges personlige og fysiske udvikling. Det betyder utrolig meget for indlæringen, hvor meget motion man dyrker. Grunden til, at mange falder fra, er mangel på selvværd, dårlig disciplin og et behov for personlig udvikling. Derfor har de brug for nogle rammer, hvor de kan udfolde sig fysisk og mentalt. Det er måske særlig vigtigt for denne gruppe, fordi de ikke har idræt på skemaet.”

*Hvad skal der efter din mening til for at højne elevernes trivsel og sundhed på gymnasier og tekniske skoler?*

”Vi har i realiteten brug for et nyt fag på alle folkeskoler, tekniske skoler og gymnasier. Et fag, hvor vi udvikler den menneskelige krop, psyke og ånd og dér fortæller dem:

Hvad får jeg for det? Når man er så ung, er fremtiden ofte irrelevant, fordi de lever meget her og nu. De kan ikke se, hvad de får for det i det lange løb. Derfor er det ikke en del af deres bevidsthed eller livsstrategi. Vi er nødt til at bygge nogle rammer op for dem, hvor de skal lære om trivsel og sundhed. Men også hvor de får karakter for det, ellers bliver det ikke gjort.”

*Tror du, det høje frafald kunne mindskes, hvis der i højere grad blev fokuseret på sundhed?*

”Ja, helt klart. Jeg lever af at rejse rundt til arbejdspladser og lære medarbejdere, hvordan de skal motionere og spise. Den lærdom burde de jo få allerede i folkeskolen. Hvis man fokuserede på det som et fag, hvor der indgik læring om kroppen og personlig udvikling, så ville vi få nogle unge mennesker, der var rustet til at håndtere livet og deres udannelse.”

*Har danske gymnasier og tekniske skoler sovet i timen, når det gælder prioritering af de unges sundhed?*

”Ja, ganske enkelt. De unge er ikke empowered, (styrket, red.) og de har ikke ressourcer nok.

Når vi empower (styrker, red.) vores elever, vil de være mere effektive i timerne. Eleverne er flade, og de er alle sammen stressede, fordi deres fysiologi er helt nede, fordi de spiser dårlig mad og vejer for meget. De dropper ud, og så er de på vej ned ad et spor, der hedder: Jeg kan ikke klare livet.”



PRIVATFOTO

Gymnasieeleverne på Johannesskolen i Frederiksberg Kommune fik bedre karakterer efter et coachingforløb med Chris MacDonald.

(sma)

## ))) RIGES BØRN ER GLADERE FOR LIVET

**Ulighed.** Den gode nyhed er, at danske unge spiser mere grønt, er mere fysisk aktive og drikker lidt mindre end for fire år siden.

Den dårlige nyhed er, at flere unge end tidligere er kede af det og lider af symptomer som mavepine, nervøsitet og søvnbesvær. Samtidig vokser den sociale ulighed i sundhed, fordi direktørens og akademikerens børn i højere grad tager de sunde vaner til sig og lægger cigaretterne på hylden. Og uligheden fortsætter livet igennem. Håndværkeren kan se frem til at dø tre år tidligere end ingeniøren og lægen.

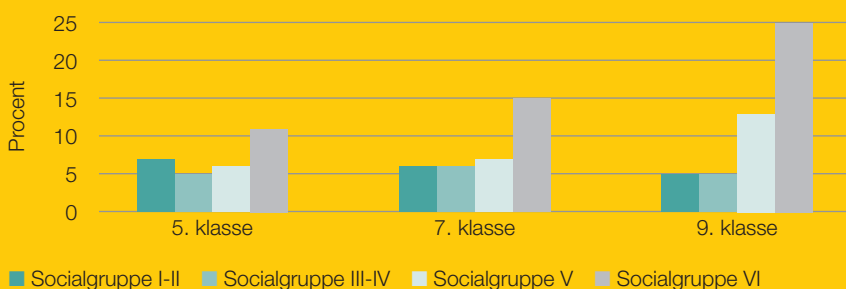
Overlæge Pernille Due fra Statens Institut for Folkesundhed fortæller, at danske unge samlet set trives og har det godt, men at der sker en stor polarisering af sundheden blandt børn og unge.

”En af de foruroligende tendenser er, at andelen af unge, der ikke trives, vokser. Vores seneste undersøgelse fra 2006 viser, at næsten en tredjedel af de 15-årige piger og op mod en femtedel af drengene har daglige symptomer som hovedpine, mavepine m.m.,” siger Pernille Due, som er en af forskerne bag de såkaldte skolebørnsundersøgelser og en af bidragsyderne til bogen ”Social ulighed i sundhed blandt børn og unge”. Den præsenterer en række undersøgelser, der viser, at teenagere i de højeste sociale lag trives bedre, er glattere for livet, dyrker mere sport og spiser mere grønt end børn af ufaglærte og kontanthjælpsmodtagere.

(bso)

Kilde: Social ulighed i sundhed blandt børn og unge, Statens Institut for Folkesundhed.

Andel af eleverne i den enkelte socialgruppe, der ofte eller meget ofte føler sig ensomme. Opdelt på klassetrin i pct. (Skoleundersøgelsen 1998).



Kilde: Skolebørnsundersøgelsen, 1998.

### ))) DE FIRE STORE SYNDERE

#### Social skævhed i rygning

De 16-20-årige ryger mindre nu, end de gjorde for fem år siden. I dag ryger i gennemsnit 26 pct. af pigerne og 27 pct. af drengene. Men der er stor social skævhed i rygning. På de tekniske skoler ryger 39 pct. af eleverne, hvorimod 13 pct. ryger dagligt på gymnasierne. 32 pct. af eleverne på de tekniske skoler er storrygere mod 3 pct. af gymnasieeleverne.

#### Mangel på motion

Muld-undersøgelser, der er en landsdækkende spørgeundersøgelse af unges sundhedsvaner, viser, at et liv med lav fysisk aktivitet er forbundet med dårlig trivsel i hverdagen. De 16-20-årige bevæger sig alt for lidt. 24,3 pct. af pigerne og 17,9 pct. af drengene bevæger sig mindre end to timer om ugen. Manglen på motion er mest udbredt i de laveste socialklasser. 44 pct. af eleverne på de tekniske skoler dyrker mindre end én times motion om ugen.

#### Forbrug af stoffer

Undersøgelser viser, at færre unge tager stoffer i dag. Hvor det i år 2000 var 16 pct. af de 16-20-årige, der eksperimenterede med stoffer, er tallet nu nede på 13 pct. – altså en lille nedgang. På de tekniske skoler viser undersøgelser, at 63 pct. af de studerende har prøvet at ryge hash, og at 25 pct. har et regelmæssigt forbrug. 26 pct. har prøvet at eksperimenterede med andre stoffer. På gymnasierne har 50 pct. prøvet at ryge hash, og kun 2 pct. har prøvet andre stoffer.

#### Alkoholforbrug topper

Selv om danske unges alkoholforbrug ligger helt i top sammenlignet med andre unge i Europa, så drikker danske unge faktisk lidt mindre end for fire år siden. 91,3 pct. af drengene og 89,5 pct. af pigerne angiver, at de drikker alkohol i dag. De seneste tal viser en lille nedgang med ca. 1 pct. for begge køn. Eleverne på de tekniske skoler drikker mindre end gymnasieeleverne. 23 pct. af eleverne på de tekniske skoler har slet ikke været fulde, men 16 pct. af dem har været fulde mange gange.

Kilde: Muld-rapport: Landsdækkende spørgeundersøgelse blandt de 16-20-årige.

# LÆRLINGE LÆGGER PLANER FOR SUNDHED

**Selvbestemmelse.** Der er ingen løftede pegefingre, når elever deltager i et "Du bestemmer"-forløb på Københavns Tekniske Skole. Her skal de unge selv bestemme, hvad der er sundt, og hvordan de vil ændre vaner. Målet er blandt andet at fastholde flere på uddannelsen.

AF SINE MADSEN, JOURNALIST

"Tjek lige flæskestegen," siger kvinden i kantinekøkkenet på Københavns Tekniske Skole. Varme skyer fra dampende gryder stiger op mod loftet, og duften af flæskesteg, som vor mor lavede den, breder sig i kantinen. Det er spisepause, og unge mænd i blå arbejdsbukser drager af sted med dagens ret: en halv grillkylling med pommes frites og salatmayonnaise.

Det er her, sundhedsvejleder *Birgitte Blok*, som til daglig er sundhedsplejerske, har stået i spidsen for et "Du bestemmer"-forløb. Projektet har som mål at få unge til at reflektere over deres egen sundhed og give dem selvverd og indflydelse på deres eget liv. Håbet er, at indsatsen kan fastholde flere på uddannelsen.

"Du bestemmer" er startet i 2003 af Folkesundhed København, der er Københavns Kommunes forebyggelseskontor, i samarbejde med otte tekniske skoler og fem produktionsskoler. I 2007 blev der gennemført 60 "Du bestemmer"-hold med i alt 360 deltagere.

"Vi har i første omgang valgt at koncentrere indsatsen på tekniske skoler og produktionsskoler, fordi danskere med de korteste uddannelser er dem, der dør først og lever mest risikobetonet," siger sundhedskonsulent *Bodil Jensen* fra Folkesundhed København, som har været med til at udvikle projektet.

#### Unge eget valg

"Du bestemmer" er en svensk sundhedspædagogisk metode, der får deltagerne til at tænke over deres egne valg. Forløbet består af tre gruppesamtaler og tre individuelle samtaler, der foregår på skift.

"Det er slet ikke givet, at det er dem med de

største problemer, der melder sig. Det ligger i konceptet, at det skal være frivilligt, for det er det mest motiverende," siger *Birgitte Blok*.

På det første møde med deltagerne lægger *Birgitte Blok* op til, at de skal definere, hvad sundhed er for den enkelte.

Nogle synes f.eks., at rygning er sundt for dem, fordi det får dem til at slappe af. "For andre handler det om mad, kærlighed, solskin eller gode venner," siger *Birgitte Blok*.

Det er sundhedsvejlederens opgave at skabe et rum af tryghed og tillid, så de unge får lyst til at arbejde med forhold i deres liv, de kunne tænke sig at gøre anderledes.

Det kan være konflikter med forældrene, veninderne, kæresten, eller måske vil de gerne tabe sig, holde op med at ryge eller spise mindre slik. En del af eleverne arbejder også med at komme til tiden om morgenen eller nedsætte deres forbrug af hash.

"Jeg fungerer som coach og guider deltagerne igennem deres egne tanker og forestillinger, men det er hele tiden med udgangspunkt i deres verden. Jeg kan spørge på en måde, så de kommer til at tænke over deres hverdag og de udfordringer, de møder," siger *Birgitte Blok*.

Tilbagemeldingerne viser, at de unge er glade for forløbet. *Bodil Jensen* fra Folkesundhed København fortæller:

"De fremhæver, at det er positivt at møde en voksen, som lytter til dem på deres betingelser. Og nogle af eleverne fortæller ligefrem, at de får vendt op og ned på livet."

*sma@dsr.dk*

"Nu er jeg meget mere opmærksom på de situationer, hvor der kan være meget pres på."

*Stine Skov, 23 år.*





FOTO: SØREN SVENDSEN

20-årige Signe Isager er blevet bedre til at overskue hverdagen efter, at hun har deltaget i et "Du Bestemmer" forløb på Københavns Tekniske Skole.

## "JEG FIK MERE RO"

**Mere tid.** For Signe Isager er en sund livsstil ikke kun et spørgsmål om sund kost og motion, efter at hun har deltaget i et "Du Bestemmer"-forløb på Københavns Tekniske Skole.

"Det handler også om at være tilfreds med sig selv og tænke over, hvad man kan overskue og klare i hverdagen," siger hun og påpeger at for at have overskud til andre, må man først have overskud til sig selv.

Signe Isager fandt det positivt, at kurset også tog fat i de små ting i livet. Før kurset havde hun svært ved at nå alt det, hun skulle. Hun oplevede at stå i en ny by, ny uddannelse og nyt hjem på samme tid.

"Jeg var lige flyttet til fra Fyn til Sjælland for at starte min uddannelse. Når man flytter hjemmefra første gang, er der mange opgaver, man skal lære at klare selv, og det kan godt være lidt forvirrende i starten," siger Signe Isager, der fik særligt meget ud af gruppesessionerne:

"Her fik jeg sat ord på mine tanker. Det var meget beroligende at få at vide, at det er normalt at have svært ved at få tiden til at slå til."

(sma)



FOTO: SØREN SVENDSEN

23-årige Stine Skov har fået hjælp til at takle pressede situationer, efter at hun har deltaget i et "Du Bestemmer" forløb på Københavns Tekniske Skole.

## "JEG FØLTE MIG PRESSET"

**No stress.** Selv om Stine Skov synes, at hun lever op til sine egne idealer om sundhed, fangede "Du Bestemmer"-introduktionen i klassen alligevel hendes opmærksomhed.

"Jeg følte ikke, jeg havde de store problemer i mit liv, men jeg så "Du Bestemmer" som en oplagt mulighed for at få et coachingforløb, der ellers ville koste mange tusinde kroner, hvis jeg selv skulle betale for det," siger Stine Skov, der var meget begejstret allerede efter den første fællestime.

Da hun mødte op til sin første enetime, havde hun ikke noget konkret problem, men fandt langsomt frem til, at hun gerne ville lave om på sit manglende overskud i hverdagen.

"Vi fandt frem til kernen i problemet, og jeg fik set på, hvorfor jeg følte mig så presset," siger Stine Skov og fortsætter:

"Nu er jeg meget mere opmærksom på de situationer, hvor der kan være meget pres på. Jeg er blevet bedre til at give slip på kontrollen og sige til mig selv, at alting ikke behøver at være klappet og klart. Jeg tror mere på, at det hele nok skal ordne sig, og stresser meget mindre nu."

(sma)

### ))) KØBENHAVN SATSER PÅ UNGES SUNDHED

Folkesundhed København har siden 2003 satset på at styrke sundheden på ungdomsuddannelserne i samarbejde med otte tekniske skoler og fem produktionskoler. I projektet indgår "Du bestemmer", idræt, rusmiddel- og seksualundervisning, og i 2008 er der planlagt en kost- og kantineundersøgelse. "Du bestemmer" er en ikketerapeutisk metode, der varetages af sundhedsvejledere, som er uddannet i metoden. Vejlederne har en baggrund som bl.a. lærere, pædagoger, jordemødre og sundhedsplejersker.

Målet er at styrke elevernes sundhed, selvværd, livskvalitet, sociale relationer og handlekompetence og på den måde være med til at fastholde eleverne på uddannelsen.

Læs mere på [www.folkesundhed.kk.dk](http://www.folkesundhed.kk.dk) > Børn og unge > Sundhed og trivsel


Helsesøster Mildrid Stien har arbejdet med unge i 12 år. Hun er en pioner i arbejdet for at nå drengene. Derfor arrangerede sundhedsplejen i Asker sidste år en konference om psykisk sundhed for 350 drenge. Samtidig deltog 250 fædre i en konference om manderollen og fædres betydning for deres sønner.



**Kontakt.** Mens sundhedsplejen i Danmark slipper de unge, når de er 16 år, så hjælper norske helsesøstre også de ældste teenagere.

# HELSESØSTRE HOLDER SNOR I NORSKE UNGE

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: STIG WESTON

 Klokken er fire om eftermiddagen, og solen er ved at gå ned over fjeldene omkring forstaden Asker uden for Oslo. I klinikken i byens moderne indkøbscenter sidder fire unge piger iført dynejakker, joggingbukser, tennissko og den obligatoriske iPod i skødet.

”Det gode er, at jeg ikke behøver bestille tid. Helsesøsteren har åbent hver tirsdag og torsdag eftermiddag, så jeg kan bare komme, hvis jeg skal have gratis prævention, en gynækologisk undersøgelse eller har personlige problemer,” fortæller 19-årige *Teresa Kihilsen*, som blev færdig med skolen sidste år og nu arbejder i en babytøjsforretning. De tre andre i den blå sofa nikker samtykkende.

Kort forinden har helsesøster *Mildrid Stien* testet en teenager med skaterbukser og hættebluse for, om han har taget stoffer. Testen er et led i en frivillig aftale med politiet.

15 unge søger hjælp denne eftermiddag. En af de sidste i rækken er en 18-årig pige med solariebrunt ansigt, joggingtøj og gumisko. Hun kommer for at få fornyet recepten på p-piller og få foretaget en klamydiatest. Mildrid Stien har kendt pigen i mange år. Hun har haft en vanskelig opvækst, fordi hendes mor er psykisk syg. Men i dag har hun læreplads og trives fint. Mildrid Stien

opfordrer hende til at komme igen, hvis det bliver nødvendigt.

Mens danske sundhedsplejersker giver slip på de unge, når de forlader folkeskolen, så skal norske helsesøstre hjælpe teenagere mellem 16 og 20 år. I den velstående Asker Kommune med 55.000 indbyggere gælder tilbuddet, til de unge er 24 år.

Alle norske kommuner har helsestationer for unge, hvor de kan komme ind fra gaden uden tidsbestilling. Desuden har ungdomsuddannelserne tilknyttet helsesøstre, der hjælper unge med trivsels- og helbredsproblemer og f.eks. udleverer gratis prævention.

## De unge er pressede

Helsesøster Mildrid Stien har arbejdet med unge siden 1996. Hun fremhæver, at det norske system giver mulighed for at løse problemerne, inden de vokser sig for store.

”Når en elev mangler motivation i undervisningen eller trives dårligt, er der altid en grund. Fordelen er, at vi ofte kan opspore de unge så tidligt, at det er muligt at gøre noget. Vi oplever f.eks., at unge piger kommer med symptomer som hovedpine, mavepine og søvnløshed. Når vi så snakker med dem, finder vi ud af, at deres fysiske smerter skyldes

## ))) NORSKE HELSESØSTRE

Alle unge nordmænd mellem 16-20 år skal have tilbud om sundhedspleje. Ud over faste opgaver som vaccinationer og skolehelbredsundersøgelser har helsesøstrene også en fast træffetid. Helsesøstrene står desuden bag kampagner om bl.a. psykisk sundhed, seksualitet, prævention på ungdomsuddannelserne og laver opsøgende arbejde. F.eks. uddeler helsesøstre prævention i gaderne i Oslo i forbindelse med de store studentefester. Ifølge Landsgruppen av Helsesøstre i Norsk Sykepleierforbund varierer kvaliteten af tilbuddet meget fra kommune til kommune.

problemer med forældrene eller skolen,” siger Mildrid Stien.

Som helsesøster hjælper hun også elever, der overvejer at forlade skolen. Hun mødes med eleven, lærere og forældre, og sammen kan de f.eks. aftale, at en elev, der er kommet bagud i skolen, kan tage fagene over to år i stedet for ét.

Da Mildrid Stien begyndte sit arbejde for



En sen tirsdag eftermiddag i helsesøsterens konsultation i Asker Kommune uden for Oslo. Kommunens helsesøstre oplever, at psykosociale problemer fylder stadig mere blandt de unge. Mange af pigerne føler ikke, de kan leve op til forventningerne om at se godt ud, gå smart klædt og være dygtige i skolen.

12 år siden, fungerede helsestationen først og fremmest som en seksualklinik, men i dag fylder de unges psykiske problemer stadig mere.

”Der er mange veluddannede forældre i området, og det betyder, at presset på de unge er meget stort. De føler, de skal være dygtige i skolen, se godt ud og gå smart klædt. Vi møder unge, som har det meget dårligt, fordi de ikke synes, de kan leve op til kravene,” fortæller Mildrid Stien og henviser til, at Asker Kommune for nylig har ansat tre psykologer.

En af de store udfordringer for helsesøstre er at nå drengene. Derfor var Mildrid Stien en af pionererne bag en særlig drengerådgivning, som blev oprettet i 2000 og holder åbent hver onsdag eftermiddag. I dag kommer en femtedel af alle henvendelser fra drenge. Sidste år organiserede helsesøstre desuden en meget velbesøgt temadag om sundhed for drenge og deres fædre.

### Tunge sociale sager

Men velhaverkommunen har også sine sociale problemer. Helsesøster *Tone Lise Jakobsens* kontor på Bleiker Videregående Skole er en hyggelig oase med tændte fyrfadsllys i den

fabriklignende bygning, hvor 550 unge uddanner sig til bl.a. kokke, bilmekanikere og frisører.

”Vi har altid travlt. Jeg oplever, at flere unge end tidligere bliver slidt psykisk ned,” siger Tone Lise Jakobsen.

I oktober blev en af skolens elever på 16 år dræbt ved en knallertulykke. Et halvt år tidligere begik en dreng i samme kammeratskabsgruppe selvmord.

De to tragedier tog hårdt på eleverne, og Tone Lise Jakobsen var med til at tale med

elever, lærere og forældre og organisere mindehøjtidelighed. I det hele taget har tunge sager fyldt en stor del af arbejdstiden det seneste år. Men Tone Lise Jakobsen har planer om at arbejde videre med temaer som sund kost og overdreven brug af computere, når der bliver plads i kalenderen. For alt for mange af eleverne på Bleiker Videregående Skole spiser hverken morgenmad eller frokost.

*bso@dsr.dk*

### ))) UNGES SUNDHED I NORGE OG DANMARK


- 76 pct. af de 15-16-årige nordmænd har drukket alkohol inden for det seneste år mod 95 pct. af de 15-16-årige danskere.
- 28 pct. af de 15-16-årige nordmænd har røget inden for de seneste 30 dage mod 30 pct. af de 15-16-årige danskere.
- 9 pct. af 15-16-årige nordmænd har prøvet at ryge hash sammenlignet med 23 pct. af danske unge i samme alder.
- I Norge gennemfører 85 pct. en ungdomsuddannelse. I Danmark gennemfører 81 pct. gymnasium, teknisk skole eller handelsskole.

Kilde: Espad Rapporten 2003 og OECD.

**Indernes fede liv.** Vestens sygdomme rammer nu Indiens befolkning. Den hurtige industrialisering har skabt en ny levevis, der gør inderne særligt sårbare for type 2-diabetes. 40 millioner indere lider af diabetes, en sygdom, deres gener slet ikke er rustet til at klare.

# NÅR VELSTAND DRÆBER

AF SINE MADSEN, JOURNALIST

 Det går rigtig stærkt nu. De store byer i Indien vokser i et tempo, der sjældent er set før. Prangende kontorkomplekser skyder op i luften. Ottesporede motorveje og metrolinjer stiger i antal. Junkfoodgiganterne, Pizza Hut og McDonald's, har indtaget det nye marked for middelklassens indere, som er kommet til penge under industrialiseringen, og med hurtig livsførelse følger hurtig mad. Kvaliteten af maden er faldet, og flere og flere indere indtager tomme kulhydrater med masser af fedt og sukker. Fedtforbruget alene er steget med 40 pct. de seneste 10 år.

Diætist *Kavita Kapur*, som arbejder på Steno Diabetes Center under Novo Nordisk og underviser i diabetes, siger, at maden i Indien har ændret sig fra at være grov og fiberrig til mere raffineret og bearbejdet.

"Madindustrien vokser eksplosivt i disse år i Indien. Inderne spiser federe, og de bevæger sig mindre. Når de skal på arbejde, tager de bussen eller bilen i stedet for at gå," siger hun.

"Millioner af mennesker har ikke råd til at få sygdommen behandlet. Millioner ved ikke, at de har den, og millioner aner ikke, hvad de skal gøre ved den."

Diabetes rammer både rige og fattige, fordi befolkningen spiser mere forarbejdet mad. Hvor de velstillede spiser sig mætte på de internationale McDonald's og Pizza Hut, er den indiske junkfood også blevet billigere og

mere tilgængelig. Som f.eks. friturestegte fødevarer. Den mest almindelige ris er den hvide ris, men den er blevet mere bearbejdet end tidligere og rummer derfor stort set ingen fibre.

"De fattige vælger selvfølgelig det billigste, de kan få fat i, men de ved ikke, at de spiser junk," siger Kavita Kapur.

Men problemerne skabes ikke af indernes livsstil alene. Indernes gener arbejder imod dem og slår dem sågar ihjel. Det mener formanden for Diabetesforeningen i Danmark, professor og overlæge *Allan Flyvbjerg*.

## Dræbergener i kroppen

"De var overlevelsesgener, før de blev til dræbergener," fastslår Allan Flyvbjerg og forklarer, at evolutionen har skabt nogle individer i Asien, som kan klare perioder uden mad. Men når der ikke er mangel på mad, bliver de selv samme gener til dræbergener, så snart man lever vesterlandsk.

"Det er livsstilen sammen med genetikken, der skaber problemet," siger Allan Flyvbjerg.

*Nils Billestrup*, biokemiker ved Steno Diabetes Center, har rejst i Indien og undervist læger i behandling af diabetes. Han er enig i Allan Flyvbjergs betragtninger.

"Inderne har en meget uheldig genetisk sammensætning. Den betyder, at de er særligt udsat for type 2-diabetes," siger han og forklarer, at europæere skal over en BMI på 25, før risikoen for diabetes begynder at stige. Så vokser den eksponentielt, jo mere man tager på. Men for inderne så sker dette allerede ved en BMI på 21-22. Derfor skal der

### >>> DIABETES DRÆBER HVER 10. SEKUND

Eksperter frygter, at den hurtige industrialisering i Indien vil betyde, at de høje tal kun er toppen af isbjerget. Siden 2000 er antallet af diabetikere på verdensplan fordoblet. 230 millioner mennesker verden over lever med diabetes. Forventningen er, at det tal stiger til 350 millioner i løbet af de næste 20 år. Hvert år dør mere end tre millioner mennesker af diabetesrelaterede sygdomme. Det svarer til, at der hvert 10. sekund er en person, som dør af diabetes. Til sammenligning forventer FN, at 2,9 millioner mennesker dør af aids i 2006.



Ifølge WHO ligger Indien nummer 1, Kina nummer 2 og USA nummer 3 på verdensranglisten over flest med sygdommen diabetes.



### ))) 18 ØRE I FOREBYGGELSE

Danmark bruger i gennemsnit 15.000 kr. pr. diabetesramt om året til forebyggelse af sygdommen. Indien brugte i 2006 750.000 kr. Udregnet pr. indbygger bliver det til 18 øre pr. diabetesramt i Indien.

### 14. NOVEMBER VERDENSDAG FOR DIABETES

I 2006 anerkendte FN diabetes som en trussel mod den globale sundhed på linje med sygdomme som aids og cancer. FN vedtog en resolution, der fremover skal iværksætte effektive strategier for, hvordan verdenssamfundet skal forholde sig til og forebygge den eksplosive forekomst af diabetes i verden. Som følge af FN-resolutionen opfordres til, at den 14. november bliver verdensdagen for diabetes.

Kilde: [www.diabetes.dk](http://www.diabetes.dk)

))) ikke særlig meget overvægt til, før de begynder at være i farezonen for at få diabetes.

Type 2-diabetes er desuden en særdeles arvelig sygdom. Hvis en nær slægtning har type 2-diabetes, har man op til 30 pct. risiko for sygdommen, og har man to nære slægtninge med diabetes, så er risikoen fordoblet. Allan Flyvbjerg mener, at den voldsomme stigning i type 2-diabetes, vi ser i disse år i Indien, skyldes en kombination af arvelighed og livsstilsforhold.

#### Unge piger bliver blinde

”Ubehandlet type 2-diabetes er en livstruende tilstand,” siger Allan Flyvbjerg og fortsætter: ”Hvor de klassiske symptomer er akutte og tydelige ved type 1-diabetes, udvikles diabetes langsommere ved type 2. Mange går derfor rundt med en ikkediagnosticeret sygdom. Ubehandlede type 2-diabetikere har høj risiko for at udvikle hjerte- og kredsløbskomplikationer, og det er komplikationerne, der er farlige.”

Hele 70 pct. af type 2-diabetikerne dør af en hjerte-kar-relateret lidelse. Det kan være blodprop i benet, hjertet eller hjernen, amputation af benet eller nyresvigt. Og den problematik kender Kavita Kapur godt fra sine rejser i Indien.

”Jeg har set unge piger på 20 år med type 1-diabetes, som har mistet synet, mennesker, som får amputeret lemmer, fordi sygdommen er for fremskreden, og fattige, der kun har døden tilbage, fordi de ikke har råd til behandling.”

Tallene taler for sig selv. 80 pct. af befolkningen tjener 2 dollars om dagen, mens de resterende 20 pct. er velstillede og veluddannede. Kavita Kapur oplyser, at lægehjælp og medicin koster 150 dollars om året. Prisen omfatter ikke udgifter til komplikationer, f.eks.

amputation af en fod, så koster det mere. Der findes enkelte offentlige hospitaler for de fattige, hvor behandlingen er gratis, men ellers er der ingen offentlig sygesikring eller pension til alderdommen, kun hvad en familie selv kan spare op. Millioner af mennesker har ikke råd til at få sygdommen behandlet. Millioner ved ikke, at de har diabetes, og millioner aner ikke, hvad de skal gøre ved den.

”Jeg har set unge piger på 20 år med type 2-diabetes, som har mistet synet, mennesker, der får amputeret lemmer, fordi sygdommen er for fremskreden, og fattige, som kun har døden tilbage, fordi de ikke har råd til behandling.”

”Der er ikke meget hjælp at hente for de fattige og uuddannede indere. Kun dem, der har penge, kommer hurtigt til. De har også adgang til oplysning, og den gruppe har langt færre komplikationer, fordi de ved, hvordan de skal behandle sygdommen, siger Kavita Kapur og fortsætter:

”Hvis manden, som er forsørgeren i familien, får diabetes, må familien bruge deres opsparing på behandling. Har de ikke nogen penge, så dør han af det.” Hun oplyser, at 80 pct. af den fattige befolkning får komplikationer af sygdommen, mens 55 pct. af den velstillede del oplever komplikationer.

#### Diabetes har lav status

Type 2-diabetes er unik i den forstand, at den langt hen ad vejen kan forebygges ved at ændre livsstil, og hvis man opdager den i tide. Store forebyggelsesstudier fra Europa, USA og Kina viser, at blot små enkle livsstilsændringer hos personer med forstadiet til type

2-diabetes mere end halverer risikoen for at få diabetes.

”Vejen frem for et land som Indien er at forsøge at forebygge type 2-diabetes, der ellers menneskeligt og sundhedsøkonomisk vil tynde voldsomt i de kommende 5-10 år,” lyder det fra Allan Flyvbjerg.

Forebyggelse er imidlertid ikke et prioritet område for den indiske regering. I 2006

gav den indiske regering 750.000 kr. til forebyggelse af diabetes. Til sammenligning bruger Danmark ca. 3 mia. kr. om året på forebyggelse af sygdommen.

Nils Billestrup siger: ”Generelt er det svært at skaffe penge til forebyggelse – og så har diabetes haft en status af noget, som mange ikke tager så alvorligt. For det er jo ikke aids eller cancer.”

*sma@dsr.dk*

### ))) DIABETES I DANMARK

Omkring 200.000 danskere har diabetes, heraf har de 150.000 diabetes type 2. Det skønnes, at det samme antal har sygdommen uden at vide det. Alene i Danmark koster diabetes sundhedsvæsenet mere end 13 mia. kr. om året.



ARKIVFOTO: SCANPIX

"Hvem tager sig af den kronisk smerteplagede, ældre patient? Det gør det offentlige, og den type patienter bliver taberne på længere sigt," siger overlæge og debattør Ole Hartling. Han mener, at de private sygehuse i stigende grad vil dræne de offentlige sygehuse for ressourcer.

### ))) EKSPLOSIVT ANTAL PRIVATDÆKKEDE

De populære private sundhedsforsikringer dækker, ifølge Jyllands-Posten, i dag mere end 600.000 danskere. I 2001 havde under 50.000 danskere en privat sundhedsforsikring.

## Behandling i de riges butik



ILLUSTRATION: BOB KATZELSON

**Goder.** Privathospitaler truer fundamentet for lægegerningen, der bygger på en tradition for at behandle og drage omsorg for alle – rig såvel som fattig, mener overlæge Ole J. Hartling, tidligere formand for Etisk Råd. Hvis sundhedsvæsenet opfattes som et forbrugsgode og ikke et fællesgode, favoriserer man dem, der har mulighed for at betale og forsikre sig, mener han.

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST

*Hvad er der galt med at opfatte sundhedsydelser som et forbrugsgode?*

"Man skal sætte det op i forhold til et fællesgode. Et fællesgode er det, som vi ønsker, alle skal have og have lige adgang til. Derfor betaler vi alle til det, hvilket man traditionelt har gjort over skatten. F.eks. til skoler, uddannelse, vejnet, plejehjem osv. Forbrugsgoder er det, vi hver især prioriterer at bruge penge på – eksempelvis luksusbiler, rejser eller dyrt tøj. Det er ikke noget, som samfundet skal sikre. Men hvis man gør sundhedsydelser til et forbrugsgode, gør vi det til noget, der er på linje med "køb eller forkast", og den valgmulighed har man ikke på samme måde, når man er syg og i nød."

*Er det ikke bedre, at folk kommer til hurtig behandling – uanset om det er hos en privat udbyder eller en offentlig udbyder – frem for at vente i månedsvis?*

"Det kunne man sige, hvis de to sektioner

var uafhængige. Men nu er de faktisk forbundne, og det betyder, at de ressourcer, man bruger det ene sted, nødvendigvis skal komme fra det andet sted. Om skatteborgernes penge skal bruges til at drive de offentlige eller de private hospitaler, er selvfølgelig et politisk spørgsmål, men de private sygehuse har en forretning, der skal løbe rundt og helst give overskud. Derfor må det private nødvendigvis gøre det dyrere end det offentlige. De private hospitaler er virksomheder med aktionærer, der skal have et afkast, mens det offentlige er en underskudsforretning, som vi alle ønsker at have og ønsker at betale til."

*Nu er mange af de mennesker, der "springer køen over", jo dækket af en arbejdsgiverbetalt forsikring. Den dækker både direktøren og pedellen. Er det ikke solidarisk?*

"Solidariteten er jo ikke hundrede procent. Hvad med dem, der ikke er i arbejde eller dem, der ikke er på en arbejdsplads med så-

dan en ordning? De har ikke ret til ordningen, og dermed bliver der en undergruppe, som ikke har lov til at komme til før andre. Et af argumenterne er, at ansatte kan komme hurtigt i behandling for at komme hurtigt tilbage på arbejde. Men varen – i form af den hurtige behandling – skal jo leveres et sted fra, og her skal varen leveres af de speciallæger, som der ikke er nok af. Derfor mener jeg, at man skal afskaffe sundhedsforsikringerne igen – i al fald som skattefradragsberettiget ordning. På længere sigt vil de være en tikkende bombe under solidariteten i sundhedsvæsenet."

kbc@dssr.dk

Rasmus Modsat stiller i *Sygeplejersken* skarpt på en aktuel sag og spørger en af hovedpersonerne, hvad meningen egentlig er.

## Konflikt forude

Overenskomstforhandlingerne er brudt sammen, og Dansk Sygeplejeråd har varslet konflikt over for vores arbejdsgivere i regioner og kommuner. Sammenbruddet skyldes, at vi kræver en lønstigning på 15 pct. de næste tre år. Men arbejdsgiverne vil kun give os en lønstigning på 12,8 pct. Det er ikke nok. Derfor går sygeplejerskerne i konflikt.

Konflikt er vores stærkeste våben. Vi har aktiveret det, fordi vi ikke har kunnet opnå vores krav ved forhandlingsbordet – selv om vi er gået benhårdt efter et resultat. Det hænger sammen med, at vi står midt i en historisk kamp for ligeløn.

Ligelønskampen har både et kortsigtet og et langsigtet perspektiv. På kort sigt handler det om, at vi skal hale ind på de privatansattes løn. Den faktiske lønudvikling for det private område var 4,6 pct. fra 4. kvartal 2006 til 4. kvartal 2007. For at vi kan indhente de privatansatte, skal Folketinget tilføre flere penge til de overenskomstforhandlinger, vi står midt i. Men det har finansministeren afvist – på trods af at sygeplejerskerne har et lønefterslæb på 27 pct. i forhold til privatansatte med samme uddannelseslængde.

På langt sigt handler det om, at vi skal tjene det samme som privatansatte med samme uddannelseslængde.

Det kræver, at Folketinget gennemfører en egentlig ligelønsreform. Første skridt er at nedsætte en ligelønskommission, der kan bane vej for ligelønsreformen.

Man skal ikke kigge længere end til Norge for at se, hvordan det kan gøres i praksis. Her har regeringens ligelønskommission netop barslet med et banebrydende forslag om, at udvalgte kvindedominerede faggrupper i den offentlige sektor skal have et lønløft. Lønløftet skal finansieres på den norske finanslov med 3 mia. kr.

I virkeligheden handler konflikten ikke kun om det enkelte medlems løn. Den handler også om nogle meget større perspektiver. Om ligeløn. Om ligestilling mellem kvinder og mænd. Om at rekruttere og fastholde sygeplejersker i et trængt sundhedsvæsen. Dermed handler konflikten om fremtiden for hele det offentlige sundhedsvæsen.

Sygeplejerskerne har været med til at sætte gang i noget historisk. Det vil tage tid at få ligeløn, og kampen er slet ikke vundet endnu. Men vi har sat toget i gang. Og det er ikke til at stoppe.

*"I virkeligheden handler konflikten ikke kun om det enkelte medlems løn. Den handler også om nogle meget større perspektiver. Om ligeløn. Om ligestilling mellem kvinder og mænd. Om at rekruttere og fastholde sygeplejersker i et trængt sundhedsvæsen. Dermed handler konflikten om fremtiden for hele det offentlige sundhedsvæsen."*




Connie Kruckow, formand





## Religiøs kønsuniform

Af Rachel Adelberg Johansen, sygeplejerske

 Det slog mig med det samme. Forandringen på forsiden af vores kalender 2008 fra Dansk Sygeplejeråd: tilknappetheden. Er der tale om en ny type sygeplejeuniform?

Går man videre til "telefonlisten" i lommekalenderen, finder man en sygeplejerske iklædt diskriminerende, religiøs kønsuniform: en sygeplejerske med et særdeles iøjnefaldende religiøst symbol, hijab (islamisk hovedbeklædning). Et religiøst påbud rettet kun mod kvinder om at tildække sig for ikke at tiltrække sig mændenes blikke og friste dem. Deri det diskriminerende.

Den tidligere tilsørede iransk-franske forfatter, *Chahdortt Djavann*, præciserer betydningen af det islamiske slør i sin berømte bog "Kast sløret!" Heri pointerer hun følgende: "Sløret definerer og afgrænser kvindens råderum. Kravet om, at kvinder skal bære hijab, er det mest barbariske, islamiske dogme, fordi hensigten med kravet om tilsøringen er at kontrollere kvinden og lægge bånd på hendes krop" (s. 10). Er det en ny stil fra Dansk Sygeplejeråds side at anerkende et religiøst, intolerant påbud, som er rettet mod kvinder? I mangfoldighedens eller i tolerancens navn? Skal vi i vores profession til at blåstempe kønsapartheid gennem accept af religiøs påklædning? Er det, hvad vi skal byde vores patienter, som ofte befinder sig i en sårbar situation, hvor sygdom har ændret deres livsomstændigheder?

Det er helt uacceptabelt og uanstændigt, at de så oven i købet skal konfronteres så åbenlyst med stærke religiøse symboler, som træder ind over personlige grænser. Religiøse symboler, som fjerner fokus fra patienten og over på den sygeplejerske, som ønsker at sende et så kraftigt signal via sin påklædning. Hvordan mon det påvirker tillidsforholdet mellem patienten og sygeplejersken? Tilliden, som er helt fundamental for at kunne yde omsorg til patienten. Repræsenterer man offentlige, verdslige institutioner, må man selsagt møde op i neutral beklædning, hvor der ikke reklameres for bestemte religiøse eller politiske ideologier. Andet kan vi simpelthen ikke være bekendt over for patienterne.

*Rachel Adelberg Johansen er ansat på  
Plastikkirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital.*

## Svar

Af Dorte Steenberg, næstformand

Kære *Rachel Adelberg Johansen!*

Dansk Sygeplejeråd ønsker et sundhedsvæsen, hvor der er plads til alle uanset deres etniske baggrund, hudfarve, religion eller tro, politisk anskuelse, seksuel orientering, alder, handicap eller andet.

Dansk Sygeplejeråd er bl.a. af den opfattelse, at man skal have mulighed for at bære en uniform, der passer med den enkeltes kulturelle overbevisning, så længe det er hygiejnisk forsvarligt. Og under forudsætning af at patienten modtager professionel og korrekt sygepleje og behandling. Vi går med andre ord ikke på kompromis, hverken med patienternes sikkerhed eller sygeplejen.

Derfor er jeg ikke enig med dig i, at billederne signalerer stærke religiøse symboler, som træder ind over personlige grænser og fjerner fokus fra patienten og over på den sygeplejerske, som ønsker at sende et så kraftigt signal via sin påklædning. Der er trods alt ikke tale om en burka, men om en hijab, som for det første ikke er et religiøst, men et kulturelt udtryk. Og for det andet bruger en lang række kulturer fra de græsk-katolske til de mellemøstlige kulturer hovedbeklædning til daglig.

Derudover kommer, at et forbud kan virke unødigt ekskluderende for dem, der af egen fri vilje har valgt at bære hijab. Hvis vi vil


hjælpe til at undgå den undertrykkelse, som du refererer til, så forudsætter det, at vi møder hinanden med respekt for vores faglige kompetencer, frem for forbud mod symboler på arbejdspladserne.

Jeg mener, at vi med billederne i dette års håndbog har valgt at sende et positivt signal om organisationens holdninger og værdier, når det handler om et sundhedsvæsen, hvor der er plads til alle.

*Dorte Steenberg er 2.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd.*

## Twivlsomme smileys fra Arbejdstilsynet

Af Hanne Schiellerup, konsultationssygeplejerske

 For nylig havde min arbejdsplads uanmeldt besøg af to mand fra Arbejdstilsynet (AT). AT besøger rutinemæssigt alle slags arbejdspladser i Danmark med henblik på at højne det fysiske og psykiske arbejdsmiljø. Efter besøget tildeles arbejdspladsen en karakter i form af en "smiley".

Ved AT's besøg blev jeg bl.a. udspurgt om det psykiske arbejdsmiljø (uløste konflikter, forhold til cheferne osv.), mens chefen sad ved min side. Mine udtalelser blev flittigt noteret ned og efterfølgende brugt til en rapport, hvor det klart fremgik, hvem der havde sagt hvad. Rapporten blev sendt til mine arbejdsgivere sammen med et certifikat med en grøn smiley (topkarakter) bl.a. på grund af mine rosende ord. Mit spørgsmål er, hvad værdi et sådant kontrolbesøg har, når de interviewede medarbejdere ikke tilsikres anonymitet. Hvem har lyst og mod til at fortælle AT om et dårligt arbejdsmiljø, når oplysningerne går direkte videre til chefen? Set med mine øjne må disse kontrolbesøg og uddelte smileys være det rene spild.

*Hanne Schiellerup er ansat hos  
Amager Centrets Læger i København.*

## Svar

Af Dorte Steenberg, næstformand


Kære *Hanne Schiellerup!*

Det virker som en hensigtsmæssig fremgangsmåde, Arbejdstilsynet har valgt ved kontrolbesøget på din arbejdsplads. Jeg synes, det vil være en god ide, at du kontakter Arbejdstilsynet og beskriver problemet, og Dansk Sygeplejeråd i Kreds Hovedstaden rådgiver dig gerne i den forbindelse.

## Sygepleje er også et praktisk arbejde

Af Elsa Larsen, sygeplejerske

*Kommentar til artiklen "Audit på apopleksiafsnit" i Sygeplejersken nr. 2/2008.*

 Apopleksipatienter er en underprioriteret patientgruppe (ikke med fremmedord). Audit, evidensbaserede, monitoreres, outcome. Mange fine ord, og sikkert mange fine sygeplejersker ved skrivebordene. 1950 og mange år fremover var sygeplejerskens plads ved patientens seng – med mulighed for at gøre nogle meget fine observationer. Mundpleje, ernæring, hudpleje, vandladning, afføring, smerter. Der blev set på det hele menneske. Der blev taget vare på alle observationerne.

Apopleksipatienter blev ikke mobiliseret (et lægefagligt skøn). NB. Man kunne måske få den tanke, at grunden til, at der ikke er nok tilgang til faget, er, at man satser på en anden målgruppe, der er mere boglig. Sygepleje er også et praktisk arbejde.

*Elsa Larsen er pensioneret hjemmesygeplejerske.*

## Lukket om vinteren

Af Kirsten Andreasen, sygeplejerske

*Kommentar til annoncen fra DSR Fritidsboliger i Sygeplejersken nr. 23/2007 side 89.*

 "Trænger du til ferie?"

Sådan er overskriften over et kønt vinterbillede af Strandfogedgården i Klegod.

Og jeg kunne faktisk godt bruge nogle dage i Klegod her om vinteren. Men ... det kan bare ikke lade sig gøre, da man har valgt at holde huset lukket i vintermånederne.

Det er meget ærgerligt, da der også er dejligt ved Vesterhavet om vinteren. Tidligere kom der mange på stedet om vinteren. Vi har selv holdt nytår på stedet flere gange.

Jeg kender godt begrundelsen, da jeg på et tidspunkt korresponderede med *Connie Kruckow*. Man mener, at det er urentabelt at holde åbent i vintermånederne. Men hvorfor så annoncere?

Jeg har endvidere anført, at det ville være et plus at få trådløst internet på stedet, da jeg f.eks. også ville bruge det skønne sted i forbindelse med studier/opgaveskrivning, hvilket de rolige omgivelser er ideelle til.

Det mente man ikke, at der var brug for i henhold til en brugerundersøgelse, og man mente, at det var for dyrt at få installeret.


Det korte af det lange er altså, at man må undvære Strandfogedgården i vintermånederne – eller?

*Kirsten Andreasen er ansat på Ribe Sundhedscenter, Esbjerg Kommune.*

## Lille, men dyr bil

Af Jytte Rønde, sygeplejerske

*Kommentar til forsidebilledet på Sygeplejersken nr. 4/2008.*

 Jeg synes, det var en rigtig flot forside – super blikfang og gode farver. Der er bare det ved det, at den bil, I viser, er i den meget dyre ende af skalaen, og med den løn, en sygeplejerske får i dag, ja, så er det rimelig usandsynligt, at nogen har råd til en sådan bil. Det harmonerer derfor ikke sammen, og det er vel heller ikke lige den bil, man vælger, hvis man skal pendle. Og det var jo det, artiklen drejede sig om. Man må vel også formode, at der er et par børn, der skal afleveres på vejen! Prismæssigt skulle I have vist en Skoda!

*Jytte Rønde arbejder ikke længere som sygeplejerske.*

## Svar

Kære Jytte Rønde!


Tak for din ros og kritik af billederne i *Sygeplejersken* nr. 4. Du har selvfølgelig ret i det med bilen, og vi diskuterer netop din pointe, inden vi planlagde billederne. Men vi kunne ikke stå for den flotte bil og håber, at de fleste læsere vil opfatte den som et ikon på bilen og ikke som den konkrete bil, de fleste sygeplejersker kører rundt i.

*Redaktionen.*

## Se, det var personalepleje!

Af Bodil Olesen, primærsygeplejerske

*Kommentar til Dansk Sygeplejeråd mener: "Drop pisk og find guleroden frem" i Sygeplejersken nr. 1/2008.*

 Selv om jeg er gammel og snart forlader arbejdsmarkedet, har jeg for en gangs skyld lyst til at give jer min kommentar til et nummer af *Sygeplejersken*.

Jeg læser altid bladet med glæde, og denne gang i særdeleshed. *Dorte Steenberg* har skrevet en artikel om pisk eller gulerod. Det er jo lige det, det drejer sig om i dag.

Det er, som om alle ledere har glemt, at der er noget, der hedder personalepleje. Dvs. at jeg nu ikke selv skal klage, for jeg har lige fået en ny leder, der er god til at give skulderklap og få det bedste frem i os alle.

Men jeg har arbejdet i sundhedsvæsenet siden 1965, og meget har ændret sig siden.

Da jeg i 1968 søgte job i København, fordi min mand blev indkaldt til søværnet, søgte jeg tre stillinger på samme tid for at være sikker på at få arbejde.

Jeg fik besked fra alle tre om, at jeg kunne komme til samtale. De to blev dog hurtigt udelukket, da de kunne stille et værelse til rådighed, men min mand måtte ikke være der, selv om vi var gift.

Jeg tog så til samtale på det tredje sted, Samfundet og Hjemmet for Vanføre, som dengang lå på Hans Knudsens Plads. De kunne tilbyde mig en etværelses lejlighed med skabskøkken og mulighed for at spise i kantinen ganske billigt.

Da jeg så nogle måneder senere fortalte forstanderinden, at jeg var gravid, sagde hun blot: "Ja, men det er jo det, vi forventer, når vi ansætter unge kvinder, men så skal De da have en større lejlighed," og det fik vi, før jeg fødte.

Jeg synes, det er værd at fortælle, at jeg efter fødslen blot kunne tage min datter med på arbejde om morgenen og aflevere hende i hospitalets vuggestue på 7. etage. Hvis der så ville opstå problemer i løbet af dagen, kunne personalet der blot ringe til mig på afdelingen.

Se, det er, hvad jeg kalder personalepleje!

Hvad har de unge i dag? Ikke megen forståelse fra deres arbejdsgivere, vel?

*Bodil Olesen er ansat i Odense Kommune.*

## ))) HVAD MENER DU




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

### Nyt spørgsmål på [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk):

Skal Danmark ligesom Norge have sundhedsplejersker for de 16-20-årige?

### Svar på spørgsmål stillet i *Sygeplejersken* nr. 3/2008:


Ville du hjælpe en plejehjemsbeboer med at få kontakt til en prostitueret?

Svar	antal	pct.	
Ja	148	46	
Nej	119	37	
Ved ikke	55	17	
<b>I alt</b>	<b>322</b>	<b>100</b>	

## Enkel og billig løsning

Af Rikke Boje, Bente Riis, Henrik Valbo og Alexandra Ward, sygeplejestuderende

Kommentar til artiklen "Patienter forsvinder i Bermudatrekant" under temaet "Kommune-sammenlægning" i Sygeplejersken nr. 1/2008.

 Artiklen er skrevet af journalisten *Claus Leick*, som har snakket med sundhedsøkonom og professor ved Syd-dansk Universitet, *Kjeld Møller Pedersen*. Han siger om samarbejdet omkring sammenhængende patientforløb, mellem kommuner, sygehuse og de praktiserende læger: "Det handler ganske enkelt om, at logistikken skal være i orden. At den rigtige ydelse bliver leveret på det rigtige tidspunkt."

Da vi læste artiklen, kunne vi ikke lade være med at tænke på en rapport, vi skrev som et led i uddannelsen.

Rapporten drejer sig om brugen af subkutan væsketerapi. En sikker metode til at genoprette væske- og elektrolytbalancen ved, at væske fra et drop, gennem en butterflynål, diffunderer i under-huden. Den er velegnet ved en moderat dehydrering, som ellers kunne føre til unødvendig indlæggelse.

Den er udbredt i mange engelsktalende lande, hvor den hovedsagelig bliver brugt til ældre på plejehjem, i hjemmet og på hospice.

Der er mange fordele ved anvendelse af denne væsketerapi. Den er enkel, kan udføres af en sygeplejerske eller assistent og kræver ikke hospitalsindlæggelse i modsætning til intravenøs væsketerapi. Derved undgår man de ulemper, der er ved indlæggelse og intravenøs behandling.

At det for patienten og dennes pårørende er fordelagtigt at kunne afkorte eller helt undgå en indlæggelse, er af stor betydning.

Den økonomiske besparelse er heller ikke ubetydelig. Der er millioner at hente ved at undgå unødige indlæggelser.

Hvorfor anvendes denne enkle og for alle parter fordelagtige behandlingsmetode ikke i større udstrækning?

Måske er det på grund af dårlige erfaringer fra halvtredserne, hvor man anvendte hypertone infusionsvæsker. Noget, man ikke ville gøre i dag. Måske er det et stift sundhedssystem og politikere, der fokuserer for meget på teknisk avancerede løsninger og den nyeste forskning. En gang imellem er den enkle og billige løsning måske den bedste.

Bolden er hermed givet i spil, måske er der andre, der vil tage udfordringen op, så subkutan væsketerapi en dag bliver et tilbud til gavn for patienten og sundhedssystemet i almindelighed.

*Rikke Boje, Bente Riis, Henrik Valbo og Alexandra Ward er alle 4.-semester-sygeplejestuderende på Bornholms Sundheds og Sygeplejeskole.*

"Det er forbløffende og dybt bekymrende, hvis der er nogen med forstand på området, der tror, at sundhedsplejersker med en efteruddannelse vil være rustet til at foretage lægernes undersøgelser."

Speciallæge i børnesygdomme, *Seija Pearson*, i Berlingske Tidende den 26. februar 2008.



## Kostuddannelse med overbygning om Børn og overvægt

Vi tilbyder en kostvejleder uddannelse med fokus på vægttab.

Uddannelsen *Slankekonsulent™* er allerede taget af 600 danskere, og bliver bl.a. brugt i lægepraksis, på hospitaler samt på apoteker.

Nu tilbydes en overbygning om børn og overvægt.

Samlet pris er 9.750 i alt inkl. alle materialer (særligt tilbud til sygeplejerskens læsere. Tilbuddet gælder kun fremadrettet og i året 2008)

Bestil gratis kursuskatalog på telefon 44 48 61 00 eller på mail [info@atwork.dk](mailto:info@atwork.dk)




Kursus i Sundhedskoaching  
8 aftener 8.750 kroner  
Næste opstart: 21. april

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

**AT WORK**  
FREMME SUNDHED OG LIVSKVALITET

## Else Marie Skytte Poulsen

 Vi har mistet en meget affholdt og rigtig god kollega. Visitator *Else Marie Skytte Poulsen* døde fredag den 18. januar efter et længerevarende sygdomsforløb.

Else var en affholdt og respekteret kollega. Hun har i to perioder været ansat som primærsygeplejerske ved Sundhedsafdelingen i Tørring-Uldum Kommune senest fra 2001 og blev i 2003 visitator i samme kommune.

Else var fagligt en yderst kompetent kollega og medarbejder. Hun indgik aktivt i arbejdet med udvikling omkring visitatorfunktionen og var meget engageret i forbindelse med det forberedende arbejde i arbejdsgrupper som følge af strukturreformen med fusion af kommunerne i Hedensted Kommune.

Menneskeligt var Else en glad og sprudlende person. Hun var en person, der skabte glæde og energi blandt dem, hun var sammen med.

Engagement og humor var væsentlige elementer i Elses daglige arbejde. Hun var en god kollega, der med empati mestrede at støtte kollegaer, hvis der var brug for hjælp og støtte.

Visitationsafgørelser var fagligt analyseret og vurderet, før bevilningerne blev udarbejdet.


Else viste et meget stort engagement i forbindelse med etablering af kollegial supervision i Sundhedsafdelingen. Med sit engagement og vilje til at ville skabe gode rammer for dette tilbud var Else en affholdt og meget kompetent spilfordeler for de team, hun arbejdede med.

Vores tanker og dybeste medfølelse går til Elses mand og deres tre børn.

Æret være Elses minde.

*Kolleger og ledelsen i Senior Service, Hedensted Kommune,  
Gitte Vandall, Senior Service-chef.*

## Margit Jørgensen

 *Margit Jørgensen*, født den 26. maj 1934, sov stille ind den 16. januar 2008 på Kommunehospitalet i Århus efter kort tids sygdom.

En uge før jul ønskede vi hinanden glædelig jul og på gensyn i det nye år. Det blev det ikke til. Margit fortalte, at hun var syg, ikke noget alvorligt. Men allerede 3. juledag blev Margit indlagt, hvor det konstateredes, at hun havde en aggressiv lungecancer med metastaser.

Margit og jeg var elevkammerater fra KH i Århus i slutningen af 50'erne. Senere var vi sammen i København på forskellige hospita-ler. Vi blev sundhedsplejersker og arbejdede sammen i både Kø-benhavn og Gladsaxe. Samtidig med arbejdet uddannede Margit sig konstant. Margit forlod sundhedsplejen og blev dermatologisk sygeplejerske, et arbejde hun var umådelig glad for. Her var der plads til den personlige sygepleje, som var helt central for Margit.


Margit var stille og beskedent, og som sådan fik hun gode venner, hvor hun kom frem, og hun forblev trofast over for hver og én.

Ingen af vennerne fik sagt farvel til hende, og det er svært for os at forstå, at vi ikke skal møde Margit mere.

Æret være hendes minde.

*Ruth Lewkovitch.*

## Lise Rossen-Jørgensen

 Den 31. december 2007 døde *Lise Rossen-Jørgensen* af lungekræft. Med Lise mistede medicinsk afdeling F en dygtig og engageret sygeplejerske. Lise arbejdede trods sine 68 år, helt frem til hun blev syg i sommer. Som kollega og ansat var Lise utrolig loyal og hjælpsom, man gik aldrig forgæves, når der var brug for hjælp. Lises hjerte lå hos de svage i samfundet, såvel den gamle og ensomme som alkoholikeren. Hun udviste en stor forståelse og empati for denne patientgruppe.


Vi vil savne Lise, hendes personlighed, hendes engagement i samfundsdebatten og hendes interesse for litteratur og kultur. Lise mødte altid glad og veloplagt på arbejde og altid med en bog under armen, som hun læste i toget på vej til arbejde.

Vores tanker går til Lises tre voksne børn, som nu skal undvære deres faste holdpunkt.

Æret være Lises minde.

*På sygeplejepersonalets vegne,  
Medicinsk afdeling F825, Gentofte Hospital,  
Lone Aaskov, afdelingssygeplejerske.*

## Ny forskningslektor

 *Birte Hedegaard Larsen*, cand.cur., ph.d., er pr. 1. januar 2008 ansat i en nyoprettet stilling som forskningslektor i Center for Sygepleje – Viborg. Sammen med forskningslektor, ph.d. *Vibeke Lorentzen* skal Birte Hedegaard bidrage til at fortsætte udviklingen af et forskningsmiljø og en forskningskultur blandt sygeplejersker på alle niveauer – både på Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup og på Sygeplejerskeuddannelsen Viborg, VIA.

Forsknings- og udviklingsamarbejdet mellem de to institutioner, som dels uddanner og dels beskæftiger sygeplejersker, blev etableret i 2005 med det formål at fremme klinisk praksis, undervisning og forskning i klinisk sygepleje.

Centeret har formaliseret tilknytning til Deakin University, Australien, hvor både Birte Hedegaard Larsen og Vibeke Lorentzen er ansat som eksterne lektorer.



PRIVATFOTO

INSTITUT FOR IDRÆT  
KØBENHAVNS UNIVERSITET



## Master i Idræt og Velfærd

En forskningsbaseret videreuddannelse ved Institut for Idræt, Københavns Universitet.

Målet er at udvikle de studerendes evne til at analysere samfundsmæssige problemstillinger, der er knyttet til idræt, fysisk aktivitet og sundhed og at bruge det i udviklingen af befolkningens velfærd.

Undervisningen er en kombination af teori, projektarbejde, vejledning og selvstændigt studiearbejde.

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

Læs mere på [www.ifi.ku.dk](http://www.ifi.ku.dk) eller kontakt  
Pia Hansen: [phansen@ifi.ku.dk](mailto:phansen@ifi.ku.dk) Tlf.: 3532 0821

# SYGEPLEJERSKEN

>>> FAG

## Bliv parat til åndelig omsorg

>> 44

Barrierer for anvendelse  
af forskning blandt  
kliniske sygeplejersker >> 50

Videnskab & Sygepleje

Om kvinder med brystkræft i  
randomiserede psykosociale  
forskningsprojekter >> 56

Fagtanker >> 42

Faglig information >> 42

Resuméer >> 43

Testen >> 43

Agenda >> 49

Anmeldelser >> 64

5 faglige minutter >> 70

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

## Lær at invitere uden at missionere

Sygeplejersker må være åbne over for patienternes behov for åndelig omsorg og vise interesse for deres åndelige velbefindende. Hvorfor og hvordan beskrives i artiklen "Bliv parat til åndelig omsorg" side 44, der også behandler de barrierer, som findes i den enkelte eller i kulturen – barrierer, der hindrer åndelig omsorg.

Åndelig omsorg optager mange sygeplejersker at dømme efter antallet af artikler om emnet, men det er væsentligt at være opmærksom på, at patienter med behov for åndelig omsorg er skrøbelige, syge og dårlige. Derfor har sygeplejersker en særlig forpligtelse til at være varsomme, hvis de identificerer et behov, så patienterne ikke føler, at personalet missionerer. I artiklen opererer forfatterne med en allegori til åndelig omsorg, trafiklyset, som gør det enkelt at orientere sig i de signaler, sygeplejersker sender eller burde sende, når der optræder ansatser til behov for åndelig omsorg.

At det ikke er alle patienter, som reagerer på alvorlig sygdom med at ønske åndelig omsorg, kan man læse i anmeldelsen "Gud eller videnskabelighed?" på side 65.



*Jette Bagh*

Jette Bagh,  
sygeplejerske,  
fagredaktør.

# Børn i mistrivsel lærer at mestre

AF LONE THORULF TANDERUP, SUNDHEDSPLEJERSKE

**Artiklen henvender sig til sundhedsplejersker og beskriver tidlig indsats til tre-seks-årige børn, der ikke er i trivsel. Artiklen er baseret på et konkret projekt i Skive Kommune, og konklusionen er, at Marte Meo-metoden er et velegnet redskab til at hjælpe børn og forældre med problemer.**

I Skive Kommune er der iværksat et projekt, hvor omdrejningspunktet er tidlig forebyggelse og rådgivning til børn i dagtilbud, dvs. til børn mellem tre og seks år. Projektet er finansieret af satspuljemidler og løber foreløbig indtil 31. marts 2008.

Projektet har Marte Meo som metode, og jeg er projektleder. Jeg har forløb i børnenes hjem og institutioner og underviser personalet i at opdage og håndtere tidlige tegn på mistrivsel hos børn og familier. Et af disse tegn er, at børnenes kontakt til andre børn eller voksne ikke fungerer. De kan være urolige, have mange konflikter og få mange skældud, eller de kan være for stille og isolerede. Begge dele er nedbrydende for børnenes selvværd. Forældrene kan selv henvende sig, men børnene kan også henvises af sundhedsplejersker, pædagoger og andre tværfaglige samarbejdspartnere.

Marte Meo betyder "ved egen kraft" og henviser til de stærke udviklingskræfter, der er i alle mennesker. Metoden mobiliserer disse kræfter. Ud fra små film af barnet i relation med en voksen findes de små klip, hvor barnet guides i at lære de færdigheder, det mangler for at løse sit problem. Den voksnes opgave bliver at gøre mere af noget, den voksne kan i forvejen. Samtidig vises barnets reaktion, når det mødes udviklingsstøttende. Den voksne ser således sig selv som kompetent og barnet som samarbejdende, hvilket er meget motiverende og energigivende i modsætning til det, man ellers oplever, når der er problemer.

Projektet er forankret i *Daniel Sterns* udviklingsteorier (1) og de nyeste teorier om resiliens og salutogenese (2). Resiliens er de processer, der bevirker, at udviklingen når et tilfredsstillende resultat trods barnets erfaringer med situationer, der indebærer relativt høj risiko for at udvikle problemer eller afvigelser. Salutogenese er viden om det, der gør, at folk bliver eller forbliver sunde i modsætning til patogenese, der handler om det, der gør folk syge. Der er i projektet fokus på relationer og relationernes betydning for udvikling af resiliens. Desuden inddrages løsningsfokuseret psykologi (3) i undervisningen af personalet.

Bogen "Støt mestring – bryd mønstre" af *Jytte Birk Sørensen* sammenfatter alle disse teorier, og forfatteren slår fast, at den socioemotionelle udvikling sker i relationen med

betydningsfulde voksne og bliver determinerende for den kognitive udvikling. Begge dele bliver vigtige for barnets evne til som voksen at træffe sunde valg og dermed for at bryde med en negativ social arv. At mestre eget liv.

Jeg har udviklet teknologien med hensyn til Marte Meo, idet jeg redigerer filmene på computer og fremstiller en dvd til brug for tilbagemeldingen, hvor familien ser det, der lykkes, samtidig med at de får relevant teori om, hvorfor det lykkes, og om, hvorfor det er vigtigt for barnets udvikling. Denne dvd bliver forældrenes ejendom. På dvd'en lægges en tekst, der beskriver det, der lykkes, og familiens arbejdsopgaver i relation til filmklippene: Hvad familien skal gøre mere af til næste gang. Dvd'en indeholder således en del af et træningsprogram, skræddersyet til den enkelte familie.

Projektet er beskrevet detaljeret på Skive Kommunes Sundhedscenters hjemmeside: [www.skivesund.dk](http://www.skivesund.dk) > sundheds- og forebyggelsesprojekter. Her ligger også nyhedsbreve og skriftligt materiale, udarbejdet til brug for projektet.

Lone Thorulf Tanderup er ansat i Skive Kommune;  
LTTA@skivekommune.dk

#### Litteratur

1. Birk Sørensen J. Støt mestring – bryd mønstre. Frederikshavn: Dafolo 2007.
2. Furman B. Børn kan. København: Hans Reitzels forlag; 2005.
3. Jensen T, Johnsen T. Sundhedsfremme i teori og praksis. Næstved: Philo-sofia; 2000.

## Undervisning af patienter

Mäkeläinen P, Vehviläinen-Julkunen K, Pietilä A-M. Rheumatoid arthritis patients' education – content and methods. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16(11c):258-267.

**R** Formål: Beskrive indhold og metoder, der anvendes af sygeplejersker ved undervisning af patienter med reumatoid arthritis (RA). Metode: Undersøgelsen blev foretaget i Finland. Der indgik 107 sygeplejersker, der i deres daglige arbejde havde kontakt med patienter, som havde RA. Sygeplejerskerne fik tilsendt et spørgeskema, der var udviklet og testet tidligere. Vedrørende indholdet af undervisning var emner grupperet inden for følgende områder: Information om RA, behandling af RA, egenomsorgsaktiviteter ved RA og andet. Svarprocenten var 65. Data blev opgjort statistisk.

Resultater: Medicinsk behandling udgjorde det emne, sygeplejerskerne hyppigst underviste i (76 pct.), hvorefter fulgte blodprøver (64 pct.). Egenomsorgsaktiviteter ved RA blev berørt af 45 pct. af sygeplejerskerne. Der blev benyttet individuel, mundtlig undervisning hos 88 pct. af sygeplejerskerne, hos 71 pct. understøttet af skriftligt informationsmateriale, udarbejdet af medicinindustrien eller de respektive sygehuse.

Bemærkninger: Undersøgelsen kan tjene til inspiration ved en diskussion om patientundervisning, indhold og form, og hvilke personalegrupper der underviser i de respektive emner. Det er interessant, at under halvdelen af sygeplejerskerne underviser i egenomsorgsaktiviteter. Gør det sig også gældende i Danmark?

Af Preben Ulrich Pedersen, sygeplejerske, ph.d.,  
Center for Kliniske Retningslinjer – nationalt clearinghouse for sygepleje, Afdeling for Sygeplejevidenskab; pup@sygeplejevid.au.dk

### TESTEN



Temaet er sygeplejeteoretikere.  
Test dig selv eller din kollega.

**1** Virginia Henderson var en af de første sygeplejersker, der forsøgte at beskrive sygeplejens særlige fagområde og dens grundprincipper. Men hvad beskæftiger teorien fra 1955 sig med?

- a. Sygeplejens grundlæggende 14 funktioner.
- b. Sygeplejens filosofiske og værdimæssige grundlag.

**3** Joyce Travelbees teori fra 1966 har haft stor indflydelse på sygeplejerskeuddannelsen i Norge. Teorien handler om:

- a. Sygeplejefagets mellemmenneskelige dimensioner.
- b. Sygeplejefagets relationer til andre fagområder og det omkringliggende samfund.

**2** Dorothea Orem har et specielt fokus i sin sygeplejeteori fra 1991. Dette er:

- a. Sygeplejens ansvarsområder.
- b. Patientens egenomsorg.

**4** Doris Carnavalis fremlagde i 1976 sin teori om sygeplejens to hovedkomponenter, der består af:

- a. Det diagnostiske planlægningsmøde og sygeplejens patient- og problemområde.
- b. Sygeplejerskens ansvar er at være til stede i menneskers kamp med sygdom og død og at imødekomme familiens og omgivelsernes behov for hjælp.

**5** Kari Martinsen fremlægger i en artikelsamling fra 1989 sine nok mest kendte synspunkter om sygeplejens værdigrundlag, der ifølge Martinsen er:

- a. Tilliden mellem patienten og den professionelle.
- b. Omsorg som en grundholdning og konkrete handlinger baseret på et fagligt og moralsk skøn.

**Artiklen henvender sig til sygeplejersker, der ønsker at yde åndelig omsorg.** Den er baseret på forfatterens praktiske erfaringer med området, og hovedbudskabet er, at sygeplejersker meget tydeligt skal give grønt lys, dvs. signalere åbenhed over for at tale om åndelige behov.

# Bliv parat til åndelig

AF GRETE SCHÄRFE, SYGEPLEJERSKE, OG SOLVEIG ROSENKVIST, SYGEPLEJERSKE OG PSYKOTERAPEUT • FOTO: SØREN HOLM

”Sygeplejersker tør ikke yde åndelig omsorg”, og ”Sygehuse svigter patienters åndelige behov”. Sådan kunne vi læse på to forsider af *Sygeplejersken* i henholdsvis 2006 og 2007 (1).

I de to tidsskrifter beskrives sygeplejerskers indsats i åndelig omsorg med ord som svigt, tilbageholdenhed og berøringsangst. Der refereres til en mindre undersø-

gelse foretaget i det daværende Frederiksborg Amt i 2004, som viser, at dobbelt så mange sygeplejersker som social- og sundhedsassistenter er afvisende over for at foretage religiøse ritualer, f.eks. bøn, med patienterne (2).

Forskning viser, at tro er en ressource i sygdomssituationer (3), og i en undersøgelse på Rigshospitalet har hver anden patient eksistentielle overvejelser (4). Derfor vil det være oplagt, at sygeplejersker viser interesse for patientens åndelige velbefindende. Men selv på sygehuse, hvor VIPS-modellen skulle sikre, at der bliver spurgt ind til patienters ”kulturelle og åndelige behov”, sker dette kun sporadisk (4).

Det er nedslående læsning, fordi artiklerne vidner om, at patienter bliver svigtet i deres eksistentielle eller religiøse søgen, og fordi de fortæller, at mange sygeplejersker går glip af den glæde, det kan være at blive brugt i en patients åndelige proces. En glæde, som kan være et kærkomment tilskud i en stressende hverdag.

Sygeplejersken *Rita Nielsen* oplevede noget af dette, da hun interviewede patienter om deres livshistorie. Hun nævner, at det gav hende en oplevelse af samhørighed, stjernestunder og bevægende nærvær (5). Hun var i en interviewsituation, og forfatterne af denne artikel har erfaret noget tilsvarende i en arbejdssituation. Med denne artikel vil vi inspirere til, at sygeplejersker i højere grad får denne meningsgivende dimension med i deres arbejde, og at flere patienter bliver mødt i deres åndelige overvejelser.

## Lær af hændelser fra praksis

Hvordan kan det være, vi er berøringsangste? Ifølge sygeplejerskerne i undersøgelsen fra Frederiksborg Amt skyldtes deres tilbageholdenhed tidsnød, manglende forudsætninger, samt at tro anses for at være patientens privatsag (2). Vi vil se nærmere på nogle af disse og andre årsager til berøringsangsten. Med udgangspunkt i to hændelser fra praksis og inddragelse af litteratur vil vi diskutere, hvad der holder os tilbage fra at yde åndelig omsorg, og hvad der skal til, for at vi kan gøre det. Hændelserne er af ældre dato, men den læring, vi kan drage af dem, er højaktuel.

Med åndelig omsorg tænker vi både på hensynet til **»**

### »»» BOKS 1. SYGEPLEJERSKENS ROLLE I ÅNDELIG OMSORG

#### Rødt lys: Stop! Det bremsende signal

Sygeplejersken sender dette signal,

- når hun ikke reagerer på de følere, patienten måtte sende ud for at sondere, om der vil være forståelse for et åndeligt behov
- når hun reagerer affejende, overbærende, bedrevidende eller bagatelliserende på sådanne følere
- når hun virker travl.

#### Gult lys: Vent! Det afventende signal

Sygeplejersken sender dette signal,

- når hun lytter og stiller uddybende spørgsmål til noget, patienten har sagt, men ikke spørger ind til patientens åndelige velbefindende eller ønsker af åndelig karakter, uden at patienten har lagt op til det
- når ord, der vedgår tro, eksistens, religion, spiritualitet, kirke, præst mv. undgås i hendes spørgsmål og sprog, og når hun ikke informerer om besøg af præst og andre åndelige tilbud, medmindre hun bliver spurgt om det
- når hun ikke tilkendegiver eget standpunkt, forsøger at være neutral.

#### Grønt lys: Kom! Det inviterende signal

Sygeplejersken sender dette signal,

- når hun lytter og stiller uddybende spørgsmål til noget, patienten har sagt og uopfordret spørger ind til patientens åndelige velbefindende og eventuelle ønsker af åndelig karakter
- når hun uopfordret informerer om besøg af præst, deltagelse i gudstjeneste og andre religiøse tilbud
- når hun tilkendegiver egne forudsætninger og muligheder for at være behjælpelig på det åndelige område
- når ord, der vedgår tro, eksistens, religion, spiritualitet, kirke, præst mv. naturligt indgår i hendes spørgsmål og sprog
- når hun giver patienten valgmuligheder og frihed til at sige fra og til (9).





omsorg

”Det ideelle er at øve sig i åndelig omsorg et andet sted end hos patienten.”



» patienters religiøse behov og på omsorg i forbindelse med eksistentielle spørgsmål, som den ikke-religiøse patient måtte have.

### To cases

#### *Døende Per*

En sygeplejerske fortæller:

I et vikariat som hjemmesygeplejerske besøgte jeg en dag Per. Han var i fyrrerne, gift, far til et par teenagere og uheldeligt syg af cancer. Han var tavs og så forpint ud. Jeg spekulerede på, om det skyldtes noget eksistentielt, men kunne ikke finde ord og mod til at spørge ind til, hvad det handlede om. Desuden var jeg afløser og vidste ikke, om mine kolleger allerede havde taget initiativer i den retning.

Tre dage senere læste jeg Pers dødsannonce i avisen. Det ramte mig. Jeg følte, jeg havde svigtet ham. Jeg havde mærket hans forpint og ikke gjort noget ved det. Jeg følte mig utilstrækkelig, både fagligt og personligt. Min inderlige bøn var: Lad mig aldrig svigte en patient i en sådan situation igen, Gud!

#### *Vrede hr. Nielsen*

Et par dage efter ringer jeg på hr. Niensens dør. Også denne dag er jeg afløser og kommer allerede før kl. otte for at dosere medicin. Hr. Nielsen har mistet sin kone for tre måneder siden. Han bor nu alene og sover dårligt på grund af sorg og savn. Da han ser mig, skælder han ud: "Hvad bilder du dig ind at komme så tidligt? Og jeg kender dig ikke engang!"

Midt i ordstrømmen siger han: "Kommer du overhovedet med noget, de andre ikke kommer med?"

Jeg sunder mig oven på den velkomst, mens jeg træder indenfor, og belært af mit tidligere svigt svarer jeg: "Det ved jeg ikke, men jeg kommer også som kristen." Han svarer: "Hvad fanden skal jeg bruge det til?"

Jeg siger lige så direkte: "Jeg kan bede for dig," hvortil hr. Nielsen svarer: "Jamen, det må du da godt."

Jeg tager ham på ordet og beder for ham, for sorgen, savnet af hustruen og nattesøvnen. Da jeg er færdig, lyder det fra ham: "Hvad fanden tror du, jeg selv beder om?" Jeg oplever, at isen er brudt. Nu kan vi mødes, og vi får en ægte dialog om liv og følelser. Da jeg kort tid efter erfarer, at hr. Nielsen er død, mærker jeg en taknemlighed over, at jeg ikke svigtede denne gang.

### Årsager til berøringsangst

A.E. *Overgaard* skriver, at åndelig omsorg er at møde mennesker i deres eksistens, i dyb nød eller i glæden

(6). Sygeplejersken følte, hun havde svigtet at møde Per i det, hun tolkede som dyb nød. Hvad var årsagen?

#### *Arbejdskulturen*

Hun kunne ikke finde ordene til at spørge Per. Hun var ikke skolet til at stille spørgsmål om den slags. Desuden var hun usikker på, om hendes kolleger allerede havde taget initiativer i den retning. Det kunne tyde på en brist i kommunikationen. Undersøgelser bekræfter, at arbejdskulturen, informationsniveauet samt ledelsens og kollegers holdning har betydning for den åndelige omsorg for patienterne (2,7).

#### *Afmagt og afvisning*

Sygeplejersken kunne heller ikke finde modet til at spørge til Pers forpint. Hvad var hun bange for? Hvad kunne der ske ved at sige: "Jeg synes, du virker forpint. Er du det?" Der kunne ske det, at Per afslørede en åndelig smerte, som sygeplejersken ikke ville vide, hvad hun skulle stille op med. Hun kunne få kontakt med sin egen følelse af afmagt og risikere at blive afvist.

#### *Overforsigtighed*

Nogle sygeplejerskers tilbageholdenhed skyldes frygt for at være påtrængende. Men det, sygeplejersker mener, er påtrængende, er ikke nødvendigvis det samme som det, patienter opfatter som sådant. I en undersøgelse af religiøs kommunikation på to norske sygehusafdelinger sagde de adspurgte klart fra over for påtrængende forkyndelse, f.eks. andagter på gangen, sådan som det var skik engang (8). Den enkelte patient skulle have mulighed for at lukke af for den slags. En patient udtalte, at når man var lænket til en seng, kunne det ikke være rigtigt, at andre bestemte, hvad man skulle høre. Men patienterne efterspurgte noget andet: uopfordret, skriftlig og mundtlig information om præst og andre religiøse tilbud, spørgsmål om, hvad de havde behov for og valgfrihed. Individuelle tilbud om besøg af præsten blev foretrukket frem for kollektive andagter.

Ingen af de adspurgte fandt det påtrængende at blive tilbudt samtale med en præst, snarere tværtimod. "De kunne i hvert fald spørge," var et gennemgående tema. Patienterne ønskede altså initiativ fra personalet, men vel at mærke initiativ af inviterende og ikke missionerende art.

### Som et trafiklys

Tilbud, spørgsmål, uopfordret information og valgfrihed, som her ønskes af patienterne, blev allerede i firserne

”Jeg tager ham på ordet og beder for ham, for sorgen, savnet af hustruen og nattesøvnen. Da jeg er færdig, lyder det fra ham: ”Hvad fanden tror du, jeg selv beder om?””

identificeret som vigtige elementer i åndelig omsorg. Et studium af sygeplejerskens rolle i åndelig omsorg viste, at de signaler, sygeplejerskerne sendte, havde betydning for, om patienterne betroede dem deres åndelige behov (9). Sygeplejerskens signaler blev sammenlignet med et trafiklys. Det grønne lys, som rummer de ovenfor nævnte elementer, betegner et signal, der aktivt inviterer patienten til at komme frem med et evt. åndeligt behov. Gult lys står for den afventende, såkaldt neutralt, holdning, hvor sygeplejersken venter på, at patienten selv begynder, mens rødt lys standser patienten i at komme frem med sine ønsker (se boks 1 side 44).

### Fejlagtig skoling

Mange af os, som er uddannede, da angsten for indoktrinering i halvfjerdsene og firserne var på sit højeste, har lært, at vi ikke må tale med patienter om åndelige spørgsmål, medmindre de selv begynder. Det vil sige, vi er op-lærte til at signalere gult lys. En sådan læring kan sidde dybt i os, og den kan have påvirket sygeplejersken til at holde sig tilbage over for den døende Per, uden at hun var bevidst om det. Han tog ikke selv initiativ til at tale om eksistentielle spørgsmål, og ifølge læren om gult lys ville det derfor ikke være legalt at introducere emnet. Der er naturligvis ikke noget forkert i at sende gult lys. Men hvis vi kun sender gult lys, tager vi ikke det initiativ til åndelig omsorg, som patienterne ifølge undersøgelserne efterlyser (8,9).

### Overvind berøringsangsten

For at overvinde berøringsangsten behøver vi mod. Om det skriver Overgaard i sin fortolkning af *J. Travell*'s tanker:

”Mod beskrives som evnen til at gøre sin egen utilstrækkelighed og frygt klar og dog søge sit mål, skønt der er ringe eller ingen sandsynlighed for, at det lykkes. Den modige er én, der gør et bevidst valg for at handle på trods af, at han er usikker og bange” (6).

#### At sætte sig mål

Sygeplejersken følte sig utilstrækkelig over for Pers forpinthet, og ud af hendes følelse af utilstrækkelighed bryder et ønske frem om ikke at svigte en patient i en sådan situation igen. Det bliver hendes mål. Hun vælger at handle og tage ved lære af sin fejl trods sin usikkerhed. Hun gør sin snublesten til en trædesten.

#### At risikere at fejle

Gik sygeplejersken for langt i sin iver efter at undgå at

svigte? Var hun for hurtig til at bede for hr. Nielsen? Den ægte dialog om liv og følelser, hun fik med ham efter bønnen, kunne måske i stedet opnås ved at spejle og rumme hans vrede og lade ham opleve at være set som den, han var.

Sygeplejersken reagerede som den person, hun var, og med de erfaringer og forudsætninger hun havde. Det ideelle er at øve sig i åndelig omsorg et andet sted end hos patienten. Men den mulighed findes ikke altid, og hvornår har vi øvet os nok? Nogle gange må vi risikere at fejle. Så har vi mulighed for at lære af vores fejl. Det har vi ikke, hvis vi intet gør.

#### At give sig til kende

Sygeplejersken havde signaleret gult lys over for Per. Ved at give sig til kende som kristen over for hr. Nielsen signalerede hun grønt. At give sig til kende er et træk ved grønt lys ligesom tilbud, spørgsmål, uopfordret information og valgfrihed.

Betydningen af at give sig til kende bekræftes af en hollandsk undersøgelse, som viser, at det i åndelig omsorg er vigtigt, at sygeplejersker viser, hvem de er, og responderer på et personligt plan (7). Det falder i tråd med Travell's tanker om, at vi lægger titlerne ”sygeplejerske” og ”patient” til side og i stedet møder hinanden menneske til menneske (6).

#### Tro

At handle i overensstemmelse med den, man inderst inde er, frigør energi, men det kræver mod, fordi man ved at udlevere noget af sig selv gør sig sårbar over for den andens afvisning. Hvor fik sygeplejersken modet fra? Hun havde ikke alene sat sig et mål. Hun havde også udøst sit hjertes ønske i bøn til den Gud, hun troede på. Det giver mod at tro på én, der er større end én selv, og som går ▶

### ))) BOKS 2. REFLEKSION I PRAKSIS

Nedenstående tre spørgsmål kan bruges til personlig refleksion. Bagefter kan svarene drøftes med én eller flere kolleger.

1. Har du oplevet en situation, hvor du har været tilbageholdende med at spørge ind til en patients eksistentielle eller religiøse behov? Hvis ja: Hvad var det, der holdt dig tilbage? Hvis nej: Hvad kunne eventuelt holde dig tilbage?
2. Hvad kan give dig mod til at spørge ind til en patients eksistentielle eller religiøse behov?
3. Hvad kan du gøre for at blive bedre til at yde åndelig omsorg?

## ”Viden er en ulempe i åndelig omsorg, hvis den gør os skrâsikre.”

» med én ind i det, som skræmmer, f.eks. en patients vrede og egen afmagt.

### At være til stede i sin uformåenhed

Men hvad hvis man ikke er troende? Skal man ikke selv have en tro for at hjælpe patienten i trosspørgsmål? Hertil siger Overgaard i sin tolkning af Travelbee (6):

Hvis en sygeplejerske lægger sin forventning væk om altid at kunne svare og altid at være effektiv i alle handlinger, også når det drejer sig om svar på livets store spørgsmål, og af og til tillader sig selv blot at være til stede, skrøbelig i sin uformåenhed, vil hun ofte opnå en dybere kontakt med patienterne, som opdager, at det er rart, at en sygeplejerske også kan være rådvild, når det drejer sig om eksistensen. Det er en god grobund for åndelig omsorg, da samtalen kan foregå på et ligeværdigt plan.

V. Steinfeldt (10) er inde på noget af det samme, når det gælder åndelig omsorg til patienter, der har en anden religion end sygeplejersken. Hun mener, at erkendelse af manglende viden om den pågældende religion kan være en nøgle til at møde mennesket, hvor det er. En sådan erkendelse kan føre til ydmyghed, nysgerrighed og åbenhed over for det, der er fremmed for sygeplejersken. Derved bliver det patientens individuelle behov frem for sygeplejerskens begrænsede viden, der danner grundlag for sygeplejehandlingerne (10).

Konsekvensen af sygeplejerskens uformåenhed kan være, at der inddrages en person med større indsigt i den pågældende tro eller bemyndigelse til at udføre en religiøs handling. Åndelig omsorg er da sammen med patienten at afklare, om dette ønskes og i så fald at skabe den ønskede kontakt.

### Undervisning

Bevidstheden om, at vi ikke behøver at have tæk på det hele, inden vi bevæger os ind på det åndelige felt, kan give os mod til at gøre det. Viden er en ulempe i åndelig omsorg, hvis den gør os skrâsikre. Ellers kan den være en fordel. Den hollandske undersøgelse viser, at sygeplejersker, som har fulgt et undervisningsforløb i åndelig omsorg, oplever en øget åndelig opmærksomhed og dybere relationer med patienter, og de føler sig mere kompetente til at yde åndelig omsorg (7).

### Humor

Der er et stænk af humor over den næsten groteske situation, hvor sygeplejersken næppe er kommet inden for døren hos en fremmed patient, før hun erklærer sig som

kristen, og hvor hun som svar på hans banden tilbyder at bede for ham. Humor kan løfte os op over en situation og give os mod til at sige ting, der ellers ikke kan siges.

### Kærlighed

Kærlighed er uløseligt forbundet med åndelig omsorg. Den kan være en drivkraft til, at man bevæger sig ind på det åndelige område, selv om det gør én usikker. Og den er nødvendig, for at åndelig omsorg sker med respekt for patientens ønsker og grænser. Mod uden kærlighed kan være brutalt eller manipulerende. Hvis hr. Nielsen ikke havde fornemmet bare den mindste smule kærlighed bag sygeplejerskens dristighed, var det næppe endt så godt.

### Refleksion

Med udgangspunkt i sygeplejerskens praksiserfaringer har vi peget på nogle årsager til berøringsangst og nogle veje til at overvinde den. Både årsagerne og måderne at overvinde dem på vil variere fra person til person. Derfor er det vigtigt, at vi bliver bevidste om, hvad der står os hindrende i vejen i det enkelte tilfælde, og hvordan den pågældende hindring kan ryddes af vejen. Dertil behøver vi mulighed for at reflektere over vores praksis, enten gennem supervision, sygeplejefaglig vejledning eller på tomandshånd over for en kollega (se boks 2 side 47).

At tro, at vi derved aldrig kommer til at svigte en patient med åndelige behov, er ikke realistisk. Sker det, kan vi, som sygeplejersken i denne artikel, gøre snublesten til trædesten.

*Grete Schârfe er hospicesygeplejerske på KammellianerGaardens Hospice, Aalborg; gretescharfe@get2net.dk  
Solveig Rosenkvist arbejder som psykoterapeut og underviser.*

### Litteratur

1. Nissen-Petersen S. (red.) Sygeplejersken 2006;5:1 og Nissen-Petersen S. (red.) Sygeplejersken 2007;5:1.
2. Dam E, Johansen L, Jørgensen BH et al. Åndelig omsorg bør have mere plads i sygeplejen. Patienten sætter dagsordenen. Sygeplejersken 2006;5:55-8.
3. Christensen KB, Søndergaard B. Sygehuse svigter patienters åndelige behov. Sygeplejersken 2007;5:14-6.
4. Nygaard EM. Hospitaler forsømmer at spørge til åndelige behov. Kristeligt Dagblad 2007; (7. september):1,11-2.
5. Nielsen R. Her kan man få lov at være sig selv. En kvalitativ

## Robot skal sikre rigtig medicin i rette mund

Det lykkes som bekendt ikke altid, at den rigtige patient får den rigtige medicin på rette tid, og nu skal et projekt på to sengeafdelinger på Århus Universitetshospital, Skejby, undersøge, om medicinrobotten Navtilus i højere grad end sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter kan sikre dette.

Princippet i projektet er, at lægens ordinationer i den elektroniske patientjournal bliver sendt til robotten, der herefter pakker medicinen og sender oplysningerne retur til patientjournalen. Apoteket leverer derefter poserne til afdelingen, og ved medicinudlevering skanner sygeplejersken strekkoden på patientens armbånd og medicinposerne med en pda.

Hvis projektet bliver en succes, og sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter fremover ikke skal bruge tid på medicindosering, bliver det spændende at se, hvad den sparede tid skal bruges til. For det har de sygeplejefaglige ledere vel allerede gjort sig tanker om? (er)

Læs mere om medicinrobotten på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) > Hospitalsapoteket Århus > nyheder > Medicinrobot og strekkoder på Skejby

## Én senior i hånden er bedre end 10 på taget

Flere ældre og færre unge. Sådan er fremtidens arbejdsstyrke blevet portrætteret i lang tid. Men Yvonne, som tog fat i mig i det lokale supermarked, syntes, der skulle siges noget mere i den sag. "Skriv om seniorordninger," foreslog hun. "De er alt for forskellige, nogle sygeplejersker har en ugentlig fridag, men får samme løn som tidligere, andre har færre vagter. Inden for andre faggrupper er der fastholdelsesbonus, attraktive arbejdsvilkår og for de plus 58-årige en uges ekstra ferie om året."

Yvonne har ret. De seniorordninger, der er til at finde på nettet, er forskellige. Men hvis man som leder ønsker at fastholde ældre sygeplejersker på arbejdsmarkedet, er det muligt at få hjælp, man skal ikke nødvendigvis opfinde hele processen eller få alle idéer selv. Læs f.eks. mere om seniorordninger på Beskæftigelsesministeriets hjemmeside [www.bm.dk](http://www.bm.dk) og på [www.seniorpraksis.dk](http://www.seniorpraksis.dk) Her kan pjecen "Sådan fastholder du dine seniormedarbejdere. Beskæftigelsesministeriets pjece til ledere på kommunale arbejdspladser" downloades.

Se også <http://www.icn.ch/guidelines.htm> hvor dokumentet "What you need to know about senior employment opportunities and contracts" kan læses.

Har du erfaringer med seniorordninger på din arbejdsplads, så fortæl om dem på [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk) under Agenda. (jb)

### Svar på Testen side 43

1: a – 2: b – 3: a – 4: a – 5: b.

Kilde: Kirkevold M. Sygeplejeteorier. Analyse og evaluering. 1. udgave, 1. oplag. København: Munksgaard; 1993.

undersøgelse af den åndelige dimension hos døende mennesker. Hellerup: Unitas Forlag; 2005.

6. Overgaard AE. Åndelig omsorg – en lærebog. Kari Martinsen, Katie Eriksson og Joyce Travelbee i nyt lys. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2003.
7. van Leeuwen R, Tiesinga LT, Post D et al. Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. The Authors. Journal compilation. Blackwell Publishing Ltd. 2006:875-84.
8. Grasaas KK. De kunne ihvertfall spore. Vård i Norden 1997;4:32-5.
9. Schärfe G. Åndelig omsorg – sygeplejerskens rolle? En literaturanalyse. Dansk Sygeplejeråd; 1988.
10. Steinfeldt VØ. Eksistentielle og religiøse problemstillinger i sygeplejen. Om åndelig omsorg. København: Gads Forlag; 2006.

### ENGLISH ABSTRACT

Schärfe G, Rosenkvist S. Be prepared for spiritual care. *Sygeplejersken* 2008;(5):44-9.

Studies have shown that faith is a resource during sickness, and that many patients grapple with existential and religious issues. But nurses are said to fear contact with spiritual issues and seldom ask patients about their spiritual well-being. On the basis of descriptions of practice and by including relevant literature we seek to answer the following questions: What is the reason for their fear of contact? How can we overcome it?

We have deduced the following reasons for fear of contact: The culture of the job, the fear of feeling powerless and being rejected, being over-careful and mistaken training.

We suggest the following ways of overcoming fear of contact: to set oneself goals, to risk making mistakes, making wants of known, having faith, being present in one's ineptitude, as well as training, a sense of humour, love and reflection.

The article does not deal exhaustively with the topic, but may inspire readers to be aware of the factors which obstruct and those which promote spiritual care in their own nursing practice.

Key words: Spiritual care, existential questions, religion, fear of contact.

# Barrierer for anvendelse af forskning blandt kliniske sygeplejersker

AF LEA DEICHMANN NIELSEN, CAND.CUR., OG PREBEN ULRICH PEDERSEN, SYGEPLEJERSKE, PH.D. • ILLUSTRATION: LARS PETERSEN

**Artiklen henviser sig til ledende sygeplejersker og sygeplejersker med interesse for evidensbaseret praksis. Hovedbudskabet er, at kliniske sygeplejersker opfatter forskningslitteratur som utilgængelig og svær at forstå, ligesom tiden til at indføre evidensbaserende aktiviteter er vanskelig at finde. Artiklen er baseret på et dansk pilotstudie og en gennemgang af 33 udenlandske studier.**

Forskning i pleje og behandling inden for sundhedsområdet foregår i stigende omfang, og det er et krav fra samfundets side, at forskningens resultater udnyttes til gavn for borgerne (1,2). Dette forudsætter, at der udvikles kvalitetskulturer i sundhedsvæsenet, der bl.a. er karakteriseret ved, at ledere og medarbejdere holder sig ajour med ny viden inden for deres områder, samt en organisatorisk fleksibilitet, der afspejler mulighed for og vilje til implementering af ny viden med udgangspunkt i patienternes behov (2).

I takt med de stigende krav, som sundhedsvæsenet stilles over for f.eks. i form af ændringer i befolkningens sundhedsmæssige og demografiske udvikling, samt den medicinske og teknologiske udvikling, er det stadig vigtigere, at valgene mellem forskellige behandlings- og plejeindsatser er fagligt underbyggede og velfunderede (1,2). Et hovedsigte med evidensbaseret praksis (EBP) er at få integreret forskningsresultater i de mange beslutninger, klinikerne dagligt træffer. Beslutninger, der er under indflydelse af sygeplejersken selv, organisationen, hvordan forskningen præsenteres og er tilgængelig, samt forskningens kvalitet (3). Definitionen på EBP sætter derfor fokus på nødvendigheden af at finde og overføre forskningsresultater til klinisk praksis (se boks 1 side 51), hvilket udfordrer kliniske sygeplejerskers viden og færdigheder i litteratursøgning, læsning, vurdering og omsætning af forskningsresultater.

Hvis udviklingen af EBP skal fremmes, er det derfor vigtigt, at barrierer for identifikation og brug af forskningsresultater afklares (3).

På baggrund af førsteforfatter til herværende artikel *Lea Deichmann Nielsens* pilotstudie om barrierer og fremmende faktorer for anvendelse af forskning blandt kliniske sygeplejersker samt gennemgang af en række udenlandske studier (se boks 2 side 52 for en uddybning af metode) præsenteres nedenstående nogle af de hyppigst forekomne barrierer for anvendelse af forskningsresultater blandt kliniske sygeplejersker og forslag til, hvordan barriererne kan reduceres.

## Forskning opleves overvældende

I Danmark har *Adamsen et al.* vist en tendens til, at mængden af forskning opleves som overvældende blandt danske

sygeplejersker i klinisk praksis, og de føler sig ikke i stand til at evaluere forskningens kvalitet (4). *Egerod et al.* har vist, at videnskabelige artikler, især engelsksprogede, er den mindst anvendte kilde til viden hos kliniske sygeplejersker (5). Kliniske beslutninger blandt sygeplejerskerne i deres studie træffes hyppigst på baggrund af personlige erfaringer, læger, kollegaer, tekstbøger og kundskaber fra grunduddannelsen. Identificerede forklaringer er dårligt kendskab til EBP og den lokale politik omkring EBP, utilstrækkelig uddannelse i litteratursøgning og kvalitetsvurdering af forskning og manglende øvelse i at læse artikler på engelsk (5).

Denne uoverensstemmelse mellem krav om EBP og virkeligheden i forhold til kliniske sygeplejerskers anvendelse af forskningsresultater nødvendiggør, at der i organisationen udvikles strategier med henblik på at identificere mulige barrierer lokalt.

Den amerikanske sygeplejeforsker *Sandra G. Funk* og hendes samarbejdsgruppe har været pionerer inden for studier omkring barrierer for anvendelse af forskning (3,6). Gruppen udviklede spørgeskemaet "The Barriers to Research Utilization Scale", oversat til dansk som Barrierskalaen, og skalaen er i stor udstrækning anvendt i udenlandske studier. Formålet med skalaen er at kunne identificere sygeplejerskers opfattelse af barrierer for anvendelse af forskning i praksis. En nærmere beskrivelse af Barrierskalaen og den teoretiske referenceramme findes i gruppens artikel om Barrierskalaen (3).

## Sygeplejeledere må reducere barrierer

På baggrund af de påviste tendenser til, at danske sygeplejersker i klinisk praksis oplever barrierer for anvendelse af forskningens resultater, blev Barrierskalaen i 2006 pilottestet blandt 18 danske sygeplejersker i klinisk praksis. Der blev endvidere foretaget en litteraturgennemgang af udenlandske studier, der har anvendt Barrierskalaen. Denne blev senere opdateret (jf. boks 2). Tabel 1 side 53 viser en sammenligning mellem de 10 højest rangerende barrierer blandt de 18 danske sygeplejersker i pilotstudiet, og hvor hyppigt én eller flere af disse 10 barrierer fra Barrierskalaen indgår som en af de tre største barrierer i de udenlandske studier.

Litteraturgennemgangen viser, at de kliniske omgivelser udgør det største barriereområde internationalt. Specielt føler sygeplejersker, at de mangler autoritet til at forandre plejeprocedurer, og at faciliteterne og tiden til at læse forskning og implementere nye tiltag baseret på forskningsresultater er utilstrækkelig (2). Men tabel 1 viser til gengæld, at det i højere grad er forskningens tilgængelighed og måden, hvorpå den præsenteres, som

"Er forventningen til sygeplejerskerne, at de skal benytte fritiden til at søge efter, læse og anvende ny viden, eller anses det som en del af arbejdet?"



hindrer de danske sygeplejersker i pilotstudiet i at anvende forskningsresultater og dermed fremme EBP. Denne tendens til forskel i opfattelsen af barrierer kan muligvis begrundes i, at den akademiske tradition i Danmark for at kvalificere sygeplejersker til at stille kliniske spørgsmål, søge litteratur, læse, kritisk vurdere og anvende den nyeste viden stadig er meget spæd i modsætning til f.eks. USA (2). Men på trods af disse forskelle viser tabel 1 også, at både de kliniske omgivelser i form af manglen på tid og faciliteter til at gøre brug af forskningsresultater og samtidig mangel på viden om og færdigheder i anvendelse af forskning udgør barrierer blandt deltagerne i pilotstudiet.

På baggrund af tabel 1 kan flere barrierer, specielt utilstrækkelige faciliteter og tid, ses som betydningsfulde blandt kliniske sygeplejersker generelt, fordi disse barrierer også rangerer højt i de udenlandske studier. Men samtidig tyder det på, at forskningens tilgængelighed og manglende forskningskompetencer især udgør et problem blandt danske sygeplejersker i klinisk praksis.

I forhold til barrierer for sygeplejerskers anvendelse af forskning i klinisk praksis er sygeplejeledere derfor nødt til at undersøge barrierer lokalt for at kunne planlægge strategier for uddannelse, deltagelse i forskningsaktiviteter og implementering af forskning. Ligesom det vil være nødvendigt at evaluere, hvordan elimineringen eller redueringen af barrierer har effekt på anvendelsen af forsk-

ningsresultater blandt de kliniske sygeplejersker, således at strategier løbende ændres med henblik på at fremme udviklingen af EBP yderligere.

### Tid på jobbet fremmer EBP

Barriererne manglende tid til at læse og til at anvende forskning kan indikere, at disse aktiviteter ikke er integreret i hovedaktiviteterne i daglig klinisk praksis (2). Er forventningen til sygeplejerskerne, at de skal benytte fritiden til at søge efter, læse og anvende ny viden, eller anses det som en del af arbejdet? Tid på jobbet til EBP bliver i høj grad opfattet som en fremmede faktor for denne proces blandt både de danske pilotstudiedeltagere og deltagerne i de udenlandske studier (2). Ledelsen kan derfor

#### ))) BOKS 1. DEFINITION PÅ EVIDENSBASERET PRAKSIS (EBP)

EBP defineres som en proces, der består af fire trin:

1. Formulering af et spørgsmål, der kan belyse den mest relevante og bedste forskningsevidens.
2. Systematisk litteratursøgning efter forskningsevidens, der kan besvare spørgsmålet.
3. Kritisk vurdering af forskningsevidensens validitet, relevans og anvendelighed.
4. Integration af forskningsevidensen og ens personlige kliniske ekspertise og erfaring, patientens forhold, præferencer og værdier og de tilgængelige ressourcer (2).

”Ved et af kursusforløbene blev der foretaget før- og eftermåling af undervisningens effekt hos både patienter og deltagere. Studiet viste, at undervisningen har positiv effekt hos patienterne.”

- » formulere en strategi for området, hvor den nødvendige tid til at indhente, læse, diskutere og implementere forskningsresultater er beskrevet.

### Opkobling til databaser en nødvendighed

For at kunne retfærdiggøre evidensbaserede forandringer inden for pleje og behandling er det nødvendigt at fremskaffe den nyeste og bedste forskningsvidens (7). Blandt både de danske pilotstudiedeltagere og deltagerne i de udenlandske studier bliver en forbedring af forskningens tilgængelighed opfattet som en faktor, der kan

fremme anvendelsen (2). I organisationen må der derfor være opkobling til relevante databaser såsom Cochrane, PubMed, CINAHL og internationale centre for evidensbaseret sygepleje m.m. Endvidere må der være adgang til let at fremskaffe relevante videnskabelige tidsskrifter.

### Sygeplejerskers kompetencer

Majoriteten af kliniske sygeplejersker i Danmark er uddannet, før forskning blev integreret i deres grunduddannelse. Men der er en ny generation af sygeplejersker på vej, som har tilegnet sig de nødvendige akademiske kompetencer gennem deres grunduddannelse. Det samme kan forventes af sygeplejersker med suppleringsuddannelsen i sygepleje og af sygeplejersker med diplomuddannelser. Fem af deltagerne i det danske pilotstudie havde enten gennemført eller var i gang med en af disse uddannelser. Desværre viser pilotstudiet, at det også for disse sygeplejersker er en udfordring at læse og forstå forskning, især hvis litteraturen er skrevet på engelsk og indeholder statistiske analyser, ligesom også de har problemer med at evaluere forskningens kvalitet. Dette er på linje med resultater fra udlandet, hvor sygepleje har været integreret i universitetsmiljøer i årtier (2). Det vil derfor være oplagt, at undervisere ved disse uddannelser jævnlig undersøger og evaluerer, om studerende er tilstrækkelig grad bliver klædt på til at kunne gennemføre alle trin i EBP (se boks 1). Det er også nødvendigt med fortsat undervisning i forskningsmetoder, specielt statistik, samt hvordan forskningsvidens læses og kritisk vurderes, fordi disse barrierer generelt antyder, at kliniske sygeplejersker har behov for øget viden om og færdigheder i anvendelse af forskning. Integrationen af forskningsresultater og klinisk ekspertise er en vigtig forudsætning for at kunne foretage valide kliniske vurderinger og træffe relevante beslutninger (8).

Med tilgængelighed af tidsskrifter såsom Evidence Based Nursing og databaser som Cochrane Database of Systematic Reviews har sygeplejersker mulighed for at indhente og anvende forskningsresultater, som er sammenfattede og vurderede på bl.a. klinisk relevans (7). Systematisk anvendelse af kliniske retningslinjer, der er kvalitetsvurderet i det nye danske Center for Kliniske Retningslinjer – Nationalt Clearinghouse for Sygepleje, vil yderligere være en hjælp, da man derved kan dele allerede udarbejdede retningslinjer med hinanden og være sikker på, at niveauet er i orden (9).

### Manglende bevidsthed om eksisterende tilbud

Set i lyset af kliniske sygeplejerskers besvær med at vurdere forskningens kvalitet og forstå statistiske analyser bør de opmuntres til at anvende disse kilder til syntetise-

#### »» BOKS 2. PILOTSTUDIE OG LITTERATURGENNEMGANG

I 2006 blev et dansk pilotstudie og en litteraturgennemgang gennemført i forbindelse med afhandlingen ”Kliniske sygeplejerskers opfattelse af barrierer og fremmende faktorer for anvendelse af forskningsresultater i praksis ...” (2).

I det danske pilotstudie er Barriereskalaen anvendt blandt 18 kliniske sygeplejersker ansat i samme hospitalsafdeling med en svarprocent på 81. Barriererne i Barriereskalaen blev rangeret ud fra procentdelen af de 18 sygeplejersker i pilotstudiet, der identificerede hver barriere som en stor eller moderat barriere. Tabel 1 side 53 præsenterer de 10 højest rangerede barrierer. En konkret vurdering af skalaen er beskrevet i afhandlingen.

Barriereskalaen indeholder desuden et spørgsmål om, hvilke faktorer der vil kunne fremme sygeplejerskers anvendelse af forskningsresultater. Resultaterne fra dette spørgsmål i pilotstudiet og de udenlandske studier er også beskrevet i ovennævnte afhandling. Disse resultater henvises der til i diskussionen om, hvordan barrierer kan reduceres, og anvendelsen af forskningsresultater kan fremmes. En diskussion omkring forbehold ved at overføre udenlandske resultater til danske forhold er beskrevet i afhandlingen.

#### Litteraturgennemgang

I marts 2007 blev litteraturgennemgangen fra 2006 opdateret via litteratursøgning i databasen CINAHL med henblik på at identificere alle dansk- og engelsksprogede forskningsartikler i tidsperioden 1991-2006, der rapporterede en anvendelse af Barriereskalaen blandt kliniske sygeplejersker.

Litteratursøgningen afdækkede i alt 36 artikler, som præsenterer empiriske studier blandt sygeplejersker fra 11 lande. Der indgår mellem 20-2.000 respondenter i de enkelte studier, og svarprocenten er 17-80. Studierne er gennemført blandt sygeplejersker inden for forskellige kliniske specialer og sektorer og med forskellige uddannelsesniveauer og kliniske jobfunktioner. Et resumé af hver artikel kan fås ved henvendelse til forfatterne.

Søgestrategien og inklusionskriterier for de udenlandske studier er beskrevet i afhandlingen. I marts 2007 blev søgestrategien suppleret med søgning i artiklernes referencelister. Opdateringen viste to artikler, som det ikke har været muligt at skaffe. Studier, som er ekskluderet fra tabel 1, repræsenterer anvendelsen af en stærkt revideret udgave af Barriereskalaen, manglende rangering af barrierer, anvendelse af Barriereskalaen blandt andre faggrupper, bl.a. fysioterapeuter, ph.d.-afhandlinger samt enkelte artikler på andet sprog end engelsk og dansk.



ret forskningsevidens. Desuden afspejler forskningens tilgængelighed som barrierer muligvis en uvidenhed om, at anvendelse af forskning primært skal have fokus på reviews og retningslinjer. Nogle af svarene på, hvad der kan fremme anvendelsen af forskning fra de danske pilotstudiedeltagere, indikerede nemlig, at de ikke var bevidste om tilgængelige databaser m.m. via hospitalsbibliotekets og afdelingens computerfaciliteter, og at de mangler tradition for og kompetence til at søge litteratur.

### Undervisning gavner patienterne

Men tilgængelighed er ikke tilstrækkelig, hvis metoden ikke er kendt, og hvis EBP skal slå igennem inden for alle områder af sundhedsvæsenet, skal sygeplejersker have tilbudt undervisning i litteratursøgning, kritisk litteraturlæsning, forskningsprocessen, forskningsmetoder, samt implementerings- og evalueringsstrategier.

Både nationalt og internationalt har fortsat uddannelse i forskning vist sig som en faktor, der kan øge kliniske sygeplejerskers anvendelse af forskning (2). I Hjertecentret på Rigshospitalet har man f.eks. systematisk gennemført kurser for sygeplejersker i implementering af forskningsresultater i praksis (10). Ved et af kursusforløbene blev der foretaget før- og eftermåling af undervisningens effekt hos både patienter og deltagere. Studiet viste, at undervisningen har positiv effekt hos patienterne. Resultaterne vil blive publiceret internationalt i 2008, og når de foreligger, vil der blive givet en kort faglig information i *Sygeplejersken*.

I 2008 gennemføres endvidere et uddannelsesforløb for sygeplejersker i praksis med henblik på at ruste sygeplejerskerne til at søge, læse og vurdere videnskabelige artikler samt at integrere denne viden i deres daglige kliniske beslutninger. Kurset udbydes af Center for Kliniske Retningslinjer – Nationalt Clearinghouse i Sygepleje. Når det endelige kursusstidspunkt er fastlagt, vil man kunne finde oplysningerne på centrets hjemmeside.

### Udvikling af forandringsagenter

Følelsen af at have en vis forandringsautoritet i egen praksis indebærer, at det kliniske miljø er åbent over for, at medarbejdere kan stille spørgsmål til egen praksis (6).

Opfattelsen af manglende faciliteter for implementering kan indikere behovet for, at daglige arbejdsmønstre og linjer for autoritets- og ansvarsbevidsthed skal omstruktureres, så sygeplejersker stimuleres til at være effektive forandringsagenter.

Og, som strukturen for faglig udvikling i Hjertecentret på Rigshospitalet viser, kan det lade sig gøre at skabe en kultur, hvor viden fra forsknings- og udviklingsprojekter indgår i kliniske retningslinjer og kliniske beslutnings-

**TABEL 1. BARRIERER BLANDT KLINISKE SYGEPLEJERSKER**

De 10 højest rangerede barrierer blandt 18 sygeplejersker i et dansk pilotstudie og barrierernes hyppighed i udenlandske studier.

Rangering af barrierer for brug af forskningsresultater i dansk pilotstudie	Procentdelen af 18 sygeplejersker, der identificerer hver barriere som stor eller moderat	Antal udenlandske studier, hvor barrieren indgår blandt de tre højest rangerede barrierer N= 33
1. Forskningsrapporter/artikler er ikke gjort let tilgængelige	94,1	3
2. Statistiske analyser er ikke forståelige	89,9	11
3. Der er ikke tilstrækkelig tid på jobbet til at implementere nye idéer	88,9	24
4. Forskningsrapporter/artikler er skrevet på engelsk og udgør derfor en barriere	88,9	1
5. Sygeplejersken føler sig ikke i stand til at evaluere kvaliteten af forskningen	83,3	1
6. Sygeplejersken har ikke tid til at læse forskning	77,8	10
7. Den relevante litteratur er ikke samlet på ét sted	77,7	3
8. Forskningen er ikke rapporteret klart og læseligt	77,7	2
9. Faciliteterne er utilstrækkelige for implementering	72,2	8
10. Mængden af forskningsinformation er overvældende	70,6	1

”Skal EBP være en systematisk og integreret proces i daglig klinisk praksis, er det nødvendigt, at sygeplejelederne identificerer barrierer lokalt.”

» processer. Men det forudsætter, at EBP prioriteres, at forskningen gøres tilgængelig, at der tilknyttes sygeplejersker med forsknings- og udviklingskompetencer og tilbydes kursusforløb med henblik på at ruste kliniske sygeplejersker til at evidensbasere klinisk praksis (10).

### Betydning for praksis

Hvis EBP, herunder anvendelsen af forskningsresultater, ikke kun skal være en ad hoc-aktivitet, men en integreret og systematisk proces med henblik på at sikre en pleje og behandling, der er til gavn for patienterne, er det nødvendigt, at ledere fremmer et miljø, der befordrer EBP. Processen i EBP (boks 1) samt kliniske sygeplejerskers opfattelse af manglende tid, faciliteter og kompetence til at gennemføre denne proces i klinisk praksis viser, at der er behov for multifacetterede strategier, der har fokus på disse barrierer samtidigt.

*Lea Deichmann Nielsen er ansat som adjunkt på Professionshøjskolen University College Vest, Sundhedsfagligt Fakultet, Sygeplejerskeuddannelsen, Esbjerg; leadnielsen@ofir.dk*

*Preben Ulrich Pedersen er lektor på Institut for Folkesundhed, afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet; pup@sygeplejevid.dk*

### ))) ENGLISH ABSTRACT

Nielsen LD, Pedersen PU. Barriers to the use of research by clinical nurses. *Sygeplejersken* 2008;(5):50-4.

The development of evidence-based practice (EBP) requires that the practice be given priority, that research is made accessible within the organisation and that clinical nurses are offered training in the knowledge and use of research.

Based on a review of literature from foreign studies and a Danish pilot study, this article shows that clinical nurses perceive research literature as inaccessible and difficult to understand, difficult to read and evaluate the quality of. They also find that they do not have enough time or facilities for the introduction of evidence-based activities.

If EBP is to become a systematic and integrated process in daily clinical practice, it is necessary for clinical nursing practice managers to identify the barriers at a local level with a view to developing strategies for training and research, participation in research activities and the implementation of research. They must subsequently evaluate whether the clinical nurses' perception of the barriers to the use of research is reduced or eliminated and the strategies must be continuously adjusted to further promote the development of EBP.

Key words: Barriers, evidence-based practice, utilisation of research.



### Litteratur

1. Willman A, Stoltz P. Evidensbaseret sygepleje. En bro mellem forskning og klinisk virksomhed. København: G.E.C. Gads Forlag; 2004; p.31,44.
2. Nielsen LD. Kliniske sygeplejerskers opfattelse af barrierer og fremmede faktorer for anvendelse af forskningsresultater i praksis. En litteraturgennemgang og et pilotstudie i testning af ”The Barriers to Research Utilization Scale” som en spørgeskemaundersøgelse blandt et sample af kliniske sygeplejersker. Århus: Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed; 2007.
3. Funk SG, Champagne MT, Wiese RA et al. Barriers: The Barriers to research Utilization Scale. *Applied Nursing Research* 1991;4:39-45.
4. Adamsen L, Larsen K, Bjerregaard L et al. Danish research-active clinical nurses overcome barriers in research utilization. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2003;(17):57-65.
5. Egerod I, Hansen GM. Evidence-based practice among Danish cardiac nurses: a national survey. *Journal of Advanced Nursing* 2005;51(5):465-73.
6. Funk SG, Champagne MT, Wiese RA et al. Barriers to Using Research Findings in Practice: The Clinician's Perspective. *Applied Nursing Research* 1991;4(2):90-5.
7. Hutchinson AM, Johnston L. Beyond the Barriers Scale. Commonly reported barriers to research use. *The Journal of Nursing Administration* 2006;36(4):189-99.
8. Hørdam B, Overgaard D, Pedersen PU. Klinisk sygeplejeforskning. København: Gads Forlag; 2007.
9. Krøll V, Madsen I, Pedersen PU. Center for kliniske retningslinjer under opbygning. *Sygeplejersken* 2007;107(22):62-4.
10. Tewes M, Pedersen PU. Udvikling og implementering af en profession i praksis. *Tidsskrift for Sygeplejeforskning* 2006;(1):24-30.

En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatterne.



# Hvorfor accepterer eller afslår kvinder med brystkræft at deltage i et randomiseret, psykosocialt forskningsprojekt?

## Artiklen henvender sig

til sygeplejersker, som arbejder med inklusion af patienter i randomiserede, kontrollerede undersøgelser. Hvorfor vælger nogle patienter at deltage i en randomiseret, kontrolleret undersøgelse og hvorfor siger andre nej tak? Artiklen beskriver en undersøgelse af patienternes accept af eller afslag på deltagelse i en specifik randomiseret, psykosocial undersøgelse, CAMMA. Undersøgelsen viser, at patienter, som vælger at deltage i CAMMA, gør det pga. af altruisme og behandlingsbehov, mens afslag på deltagelse er begrundet i praktiske omstændigheder, tidsforbrug og modstand imod gruppesamtaler.

## RESUMÉ

**Indledning:** Inklusion af patienter til randomiserede, kontrollerede undersøgelser er ofte forbundet med store arbejdsmæssige og økonomiske omkostninger og er samtidig af afgørende betydning for den gennemførte undersøgelses resultat og generaliserbarhed.

**Formål:** At beskrive, hvilke faktorer der havde betydning for patienters accept eller afslag på deltagelse i en specifik, randomiseret psykosocial interventionsundersøgelse, CAMMA (Cancer mAMMA), som tilbød undervisning og gruppesamtaler til kvinder opereret for brystkræft.

**Metode:** Undersøgelsen blev udført på brystkirurgisk afdeling F på Herlev Amtssygehus. I perioden fra maj 2005 til december 2005 fik alle kvinder i alderen 18-70 år, opereret for primær brystkræft stadie I og II, og som opfyldte inklusionskriterierne til CAMMA-undersøgelsen, udleveret et spørgeskema med 17 mulige årsager til accept eller afslag på deltagelse i CAMMA.

**Resultater:** 64 kvinder udfyldte spørgeskemaet; 44, som accepterede deltagelse, og 20, som afslog deltagelse i CAMMA. De væsentligste årsager til deltagelse var altruisme og behovet for den tilbudte behandling. De hyppigste årsager til at afslå deltagelse var de praktiske omstændigheder, tidsforbruget og ikke at bryde sig om deltagelse i gruppesamtaler. Der var ikke forskel på holdningen til randomiseringen blandt deltagerne og dem, der afslog deltagelse i CAMMA.

**Konklusion:** Deltagelse i CAMMA-undersøgelsen var positivt associeret med altruisme og behandlingsbehov, mens afslag på deltagelse var forbundet med praktiske omstændigheder, tidsforbruget og modstand imod gruppesamtaler. Randomiseringen var ikke af betydning for hverken accept eller afslag på deltagelse i CAMMA.

**Søgeord:** Brystkræft, psykosocial intervention, randomisering, patientdeltagelse, kræftstøttegrupper.

AF RANDI KARLSEN, SYGEPLEJERSKE, ELLEN BOESEN, CAND.PSYCH., PH.D., LONE ROSS, CAND.MED., PH.D., CHRISTOFFER JOHANSEN, DR.MED., PH.D.

## Indledning

Randomiserede kliniske undersøgelser er på verdensplan accepteret som værende det stærkeste design til afprøvning af nye behandlinger og beslutning om, hvilke kræftpatienter der efterfølgende vil have gavn af at modtage de klinisk dokumenterede behandlinger. Det er reelt meget få kræftpatienter, der deltager i en formaliseret klinisk undersøgelse, og blandt engelske kræftpatienter er det dokumenteret, at færre end 5 pct. deltager i kliniske undersøgelser, dog med en vis variation i tallene i forhold til diagnose og behandlingssted (1).

Inklusion af patienter til deltagelse i randomiserede,

kliniske undersøgelser er forbundet med omfattende arbejdsmæssige og økonomiske omkostninger (2). Den forsinkede og til tider manglende patientdeltagelse har konsekvenser for den hastighed, hvormed udvikling af nye og mere effektive behandlinger til bl.a. kræftpatienter kan afprøves og efterfølgende implementeres i praksis. Endvidere er det af hensyn til undersøgelsens generaliserbarhed og efterfølgende anvendelsesmuligheder i klinikken af afgørende betydning, at så mange som muligt af de patienter, der opfylder inklusionskriterierne til de specifikke undersøgelser, indvilliger i at deltage.

Et frafald før randomiseringen kan føre til, at patient-

populationen ikke er repræsentativ, hvilket har betydning for generaliserbarhed og den statistiske styrke af undersøgelsens resultat. Det er derfor vigtigt at få kendskab til, hvilke overvejelser der ligger til grund for patienternes valg af accept eller afslag på deltagelse i randomiserede undersøgelser. Vanskeligheden ved inklusion af patienter til klinisk kontrollerede og randomiserede undersøgelser er beskrevet i flere arbejder, der hovedsagelig har beskæftiget sig med inklusion af patienter til kliniske afprøvninger af ny medicin eller anden invasiv behandling (2,3). Derimod er emnet kun sparsomt belyst i forhold til psykosocial interventionsforskning af kræftpatienter (4).

På baggrund af ovenstående og med udgangspunkt i en igangværende randomiseret psykosocial interventionsundersøgelse kaldet CAMMA (Cancer mAMMA), der oplevede problemer med manglende patientdeltagelse, besluttede vi at gennemføre en spørgeskemaundersøgelse, som skulle beskrive, hvilke faktorer der havde afgørende betydning for patienternes valg af accept eller afslag på deltagelse.

CAMMA-undersøgelsen blev udført i Afdelingen for Psykosocial Kræftforskning i samarbejde med brystkirurgisk Afdeling på Herlev Amtssygehus og skulle afdekke, om undervisning og gruppesamtaler var et effektivt psykosocialt efterbehandlingstilbud til kvinder opereret for brystkræft. Inklusion og intervention til CAMMA blev gennemført i perioden fra februar 2004 til januar 2006, og der blev i alt inkluderet 220 patienter til undersøgelsen. I inklusionsperioden fra februar 2004 til november 2004 indvilligede ca. 56 pct. af de adspurgte kvinder i at deltage i undersøgelsen. Derfor blev det besluttet, at vi i hovedparten af den resterende del af CAMMA-undersøgelsens inklusionsperiode fra maj 2005 til december 2005 ville undersøge, hvilke begrundelser patienterne angav for accept eller afslag på deltagelse i CAMMA-undersøgelsen.

## Litteratur

En gennemgang af litteraturen på området afslører, at vanskeligheder ved at rekruttere deltagere til randomiserede undersøgelser er et velkendt fænomen, som er blevet anskuet fra flere forskellige vinkler. En oversigtsartikel fra 1999 har identificeret 78 videnskabelige undersøgelser offentliggjort i perioden 1986-96, som rap-

porterer barrierer for inklusion i randomiserede kliniske undersøgelser (RCT) set fra lægens og patientens synsvinkel (6). Resultatet af denne systematiske gennemgang konkluderede følgende barrierer for patienterne:

1. De øgede krav, som det indebærer for patienten at deltage i RCT.
2. Præference for én bestemt behandling. Ønsket om ikke at deltage i forskning eller modstand imod randomiseringen.
3. Patienternes usikkerhed over for at skulle tage stilling til et behandlingstilbud, som ikke er afprøvet som værende effektivt.
4. Information og indhentning af samtykke.
5. Lægen som barriere i form af manglende tillid til lægen.

En anden oversigtsartikel fra 2000 (3) støtter ovenstående fund. Artiklen diskuterer resultatet af en søgning på flere elektroniske databaser (Medline, Embase, Psychlit og CINAHL), hvor søgningen var fokuseret på emner som kliniske afprøvninger, randomiserede undersøgelser, patientdeltagelse, personaleholdning til randomiserede undersøgelser, informeret samtykke, patientinformation, læge-patient-forhold etc. Antallet af identificerede artikler fremgår ikke, men artiklen fremhæver specielt tre randomiserede undersøgelser, der evaluerer forskellige strategier til at øge patientens forståelse for kliniske undersøgelser igennem en bedre information.

En af undersøgelseerne har afprøvet forskelligt skriftligt informationsmateriale (5), en anden har varieret informationsmængden til patienterne (6), og en tredje (7) har udvidet informationen med en efterfølgende opringning fra en sygeplejerske. Resultaterne af disse undersøgelser antyder, at mere information kan forbedre patienternes grundlag for at træffe beslutning om at ville deltage i en undersøgelse, idet patienternes autonomi øges, og dette kan mindske deres tilskyndelse til at deltage i kliniske undersøgelser.

I en original artikel af *Jenkins og Fallowfield* fra 2000 (1) har 204 patienter besvaret et spørgeskema om årsager til accept eller afslag på at indgå i en randomiseret undersøgelse af behandling for kræft. I spørgeskemaet, udviklet af *Penman et al.* i 1984 (8), er 16 forskellige årsager til patienters accept eller afslag på deltagelse i RCT opstillet, og patienterne blev bedt om

» at tage stilling til de 16 udsagn. Hovedårsagerne til patienternes accept var altruisme, tillid til lægen og formodningen om, at de modtog den bedste behandling. Årsagerne til afslag var mistillid til lægen (i undersøgelsen tolket som at lægen ikke var entusiastisk omkring deltagelse i undersøgelsen, og dette påvirkede patientens beslutning) og randomiseringen, dvs. det synspunkt, at behandlingen ikke skulle bero på lodtrækning.

### Psykosociale studier

I psykosociale interventionsundersøgelser blandt kræftpatienter varierer deltagelsesprocenten fra 40 til 80, og der findes kun begrænset viden om de personer, som afslår deltagelse (4). I en svensk randomiseret interventionsundersøgelse af patientundervisning til patienter behandlet kurativt for kræft i bryst, underliv, testis og prostata, havde de personer, som afsløgte deltagelse, lavere grad af psykologiske problemer, end dem som accepterede at indgå i studiet (4). Blandt dem, som afsløgte deltagelse, var der signifikant flere mænd end kvinder (4).

I en amerikansk undersøgelse blandt 73 patienter med forskellige kræftformer var 25 pct. af patienterne interesserede i at deltage i støttegrupper (9). Patienterne begrundede interessen med muligheden for gensidig støtte og udveksling af erfaringer i gruppen. Den hyppigste årsag til ikke at ville deltage i støttegrupper var tvivlen om nytteværdien af at deltage i patientgrupper og det indtryk, at andre former for støtte fra bl.a. familie og venner var mere vigtige (9).

Der er ikke tidligere lavet danske undersøgelser, der belyser patienters indstilling til deltagelse i randomiserede, psykosociale undersøgelser, hvor gruppedeltagelse er en del af interventionen. Formålet med vores undersøgelse var således:

- At indsamle en detaljeret viden om, hvad patienterne angav som årsager til accept eller afslag på deltagelse i en randomiseret psykosocial interventionsundersøgelse CAMMA, hvor gruppesamtaler var en del af interventionen.

### Metode

Undersøgelsen blev udført på brystkirurgisk afdeling F, Herlev Amtssygehus. I perioden fra maj 2005 til december 2005 fik alle kvinder i alderen 18-70 år opereret for primær brystkræft udleveret et spørgeskema med 17 mulige årsager til accept eller afslag på deltagelse i CAMMA-undersøgelsen. Patienterne blev bedt om at præcisere, hvilket af de 17 udsagn der var udslagsgivende for deres beslutning om accept eller afslag på deltagelse i CAMMA. Herudover blev patienterne bedt om at anføre alder, og om de var samboende eller boede alene.

Spørgeskemaet var en revideret og oversat udgave af det spørgeskema, som Jenkins og Fallowfield brugte i deres undersøgelse (1). Spørgeskemaet blev oversat fra

engelsk til dansk, de enkelte udsagn omhandlende medikamentel behandling blev fjernet, og udsagn omkring den psykosociale intervention tilføjet. Spørgsmålene var således orienteret omkring informationsdelen til undersøgelsen, herunder informeret samtykke, tillid til klinikerne, følelsesmæssige aspekter omkring deltagelse i gruppesamtaler, praktiske omstændigheder i forbindelse med deltagelse i CAMMA, blodprøvetagningen, randomiseringen, altruisme, og endelig om, hvorvidt den enkelte patient følte sig presset til at deltage i undersøgelsen af såvel klinikerne som af familie og venner. Patienterne havde mulighed for at besvare spørgsmålene ud fra følgende fem svarkategorier: helt enig, delvis enig, hverken enig eller uenig, delvis uenig eller helt uenig.

Spørgeskemaet blev med frankeret svarkuvert udleveret af en sygeplejerske på brystkirurgisk afdeling sammen med informationspjece til CAMMA-undersøgelsen i forbindelse med patienternes sidste kontrol, hvor de fik det endelige svar på mikroskopi og cancerstadiet. Patienten blev kort informeret om undersøgelsen af sygeplejersken i ambulatoriet, samtidig med at den sædvanlige information om CAMMA blev givet. Det blev understreget, at deltagelse var frivillig i såvel denne undersøgelse som i CAMMA og på ingen måde fik konsekvenser for den øvrige behandling på afdelingen, samt at patienten til enhver tid kunne trække et eventuelt tilsagn om samtykke tilbage uden begrundelse. De patienter, som ikke var interesserede i at møde op til inklussionsamtale, og som ikke returnerede spørgeskemaet, valgte vi af etiske årsager ikke at kontakte yderligere.

### Statistisk analyse

Spørgeskemabesvarelsenerne blev tastet ind i en database, og det benyttede software var statistikpakken SAS v. 8,2. til UNIX platformen. En relativ sandsynlighed med tilhørende 90 pct. konfidensintervaller blev beregnet som andelen af deltagere, der var helt eller delvist enige i hvert enkelt udsagn, divideret med andelen af ikkedeltagere, der var helt eller delvist enige i det pågældende udsagn.

Andelen af henholdsvis deltagere og ikke deltagere, der var helt eller delvist enige i hvert enkelt udsagn, blev desuden sammenlignet med Chi2 test. Alder var normalfordelt, og gennemsnitlig alder i de to grupper blev derfor sammenlignet med t-test. Signifikansniveauet blev sat til 0,05.

### Resultater

I perioden fra maj 2005 til december 2005 blev 62 ud af 108 inviterede kvinder inkluderet i CAMMA-undersøgelsen. Heraf udfyldte 44 (71 pct. af de inkluderede) et spørgeskema til den aktuelle undersøgelse. Desuden modtog vi 20 spørgeskemaer fra kvinder, der havde afslået deltagelse i CAMMA, hvilket giver en svarprocent på 43 (20/46) blandt dem, der i perioden ikke ønskede

**»»» TABEL 1. RESULTATER AF BESVARELSERNE AF DE ENKELTE UDSAGN, SOM ANDELEN AF HENHOLDSVIS DELTAGERE OG IKKEDELTAGERE VAR HELT ELLER DELVIST ENIGE I**

Angivelse af enighed i forskellige udsagn omhandlende årsager til at acceptere eller afslå deltagelse i en randomiseret, psykosocial interventionsundersøgelse (CAMMA) blandt kvinder opereret for brystkræft på Herlev Amtssygehus, 2005.

Udsagn	Procentdel/antal der angiver, at de er helt eller delvis enige				Beregnet relativ sandsynlighed med 90 pct. konfidensintervaller (90 pct. CI)		Forskell på de to grupper
	Deltager ikke i CAMMA N = 20		Deltager i CAMMA N = 44		RS	(90 pct. CI)	
	Pct.	(N)	Pct.	(N)			
1. Jeg fik tilstrækkelig skriftlig information omkring CAMMA	70	(14)	98	(43)	1,43	(1,12-1,82)	0,0002*
2. Lægen/sygeplejersken, der informerede mig om CAMMA, fortalte, hvad jeg behøvede at vide om undersøgelsen	65	(13)	93	(41)	1,39	(1,07-1,81)	0,035*
3. Lægen/sygeplejersken ønsker, at jeg deltager i CAMMA	25	(5)	52	(23)	1,99	(1,01-3,90)	0,057*
4. Jeg følte mig ikke i stand til at sige nej	5	(1)	18	(8)	3,53	(0,66-19,06)	0,17
5. Jeg vil gerne hjælpe til med forskning i min sygdom	70	(14)	100	(44)	1,43	(1,12-1,82)	0,0001*
6. Jeg føler, at andre vil få gavn af undersøgelsens resultat	80	(16)	98	(43)	1,25	(1,04-1,50)	0,0024*
7. Det er ikke praktisk muligt for mig at deltage i CAMMA	50	(10)	11	(5)	0,23	(0,10-0,50)	0,0007*
8. Jeg føler, at det er for tidskrævende at deltage i undersøgelsen	85	(17)	14	(6)	0,16	(0,08-0,31)	<0,0001*
9. De økonomiske omkostninger er for store ved at deltage i CAMMA (tabt arbejdsfortjeneste-/transportudgifter)	20	(4)	7	(3)	0,35	(0,11-1,23)	0,13
10. Det, at jeg skal afgive blodprøver, hindrer min deltagelse i CAMMA	0	(0)	2	(1)	0,98	(0,94-1,02)	0,49
11. Jeg var bekymret for resultatet af lodtrækningen	5	(1)	9	(4)	1,86	(0,31-11,08)	0,56
12. Jeg finder det uetisk at foretage lodtrækning om deltagelse i projektet	5	(1)	9	(4)	1,90	(0,32-11,34)	0,54
13. Jeg er indforstået med, at lodtrækning er nødvendig for at vurdere effekten af nye behandlingstilbud	70	(14)	80	(35)	1,14	(0,87-1,49)	0,40
14. Jeg bryder mig ikke om at være i en gruppe for at tale om min sygdom	75	(15)	16	(7)	0,21	(0,12-0,39)	<0,0001*
15. Jeg er bekymret for, at de andre i gruppen vil være mere syge end jeg	40	(8)	20	(9)	0,51	(0,26-0,99)	0,10
16. Jeg føler, at CAMMA's behandlingstilbud er lige, hvad jeg har brug for	0	(0)	75	(33)	0,23	(0,15-0,37)	<0,0001*
Samboende	85	(17)	82	(36)	0,96	(0,79-1,17)	0,75

De med stjerne markerede værdier er signifikante

» at deltage i CAMMA-undersøgelsen. I tabel 1 side 59 har vi opgjort resultaterne af besvarelsener af de enkelte udsagn som andelen af henholdsvis deltagere og ikkedeltagere, der var helt eller delvist enige i det pågældende udsagn. Gennemsnitsalderen for deltagere var 53 år og for ikke-deltagere 59 år ( $p=0,009$ ).

For deltagerne var de tre vigtigste grunde til at deltage:

1. at de gerne ville hjælpe til med forskning, 39 pct. (N=17)
2. at CAMMA-undersøgelsens behandlingstilbud lige var, hvad de havde brug for, 25 pct. (N=11)
3. at andre ville få gavn af undersøgelsens resultater, 20 pct. (N=8).

For ikkedeltagere var de tre vigtigste grunde til at afslå deltagelse:

1. at de ikke brød sig om at deltage i grupper, 30 pct. (N=6)
2. praktiske forhindringer, 25 pct. (N=5)
3. at det var for tidskrævende at deltage, 20 pct. (N=4).

## Diskussion

Som udgangspunkt for undersøgelsen valgte vi at revidere det spørgeskema, som Jenkins og Fallowfield brugte i deres undersøgelse (1). Jenkins og Fallowfields undersøgelse beskæftigede sig med rekruttering af patienter til RCT, hvor patienterne blev tilbudt forskellige former for medikamentel og konventionel behandling af en kræftsygdom.

De tilbud, den psykosociale intervention i CAMMA-undersøgelsen havde til patienterne i form af gruppesamtaler og undervisning, må antages ikke at have den samme direkte fysiske effekt på patientens sygdom eller behandling, og årsagerne til accept eller afslag på deltagelse i CAMMA kunne derfor tænkes at være anderledes.

Vi oversatte og reviderede derfor selv Jenkins og Fallowfields spørgeskema, så der blev tilføjet udsagn om den psykosociale intervention, dvs. udsagn, hvor patienterne skulle tage stilling til, om de følte behov for de behandlingstilbud, som CAMMA-programmet tilbød og herunder specifikt om deres indstilling til gruppesamtalerne.

Efterfølgende fjernede vi de udsagn, som direkte omhandlede stillingtagen til eksperimentel og medikamentel behandling, idet de ikke var relevante for patienternes deltagelse i CAMMA. Spørgeskemaet blev i Jenkins og Fallowfields undersøgelse pilottestet på 50 engelske kræftpatienter, som havde accepteret deltagelse i klinisk kontrollerede undersøgelser.

Skemaet er ikke tidligere anvendt på danske patienter og ikke pilottestet.

Der var meget få ubesvarede udsagn, højst 1-2 udfald pr. udsagn, og der var ikke systematik i udfaldene på de

enkelte udsagn, der var fordelt på 10 ud af de i alt 17 udsagn. Der var ni personer med enkelte ubesvarede udsagn, hvoraf de seks havde undladt at svare på et udsagn, to personer havde to ubesvarede, og en person havde undladt at besvare tre udsagn. Det lave antal af ubesvarede udsagn indikerer, at spørgeskemaet har virket meningsfuldt og let at besvare.

## Altruistisk indstilling

Det fremgår af resultaterne i tabel 1, at både deltagere og ikkedeltagere var meget altruistisk indstillede (udsagn 6-7) og derfor villige til at deltage i forskning, hvilket stemmer overens med tidligere studier (1,2), dog således at deltagerne var signifikant mere altruistiske end ikkedeltagerne i vores studie. I modstrid med tidligere studier (1,2), fandt vi, at begge grupper var indforstået med, at der blev benyttet lodtrækning (udsagn 13), og ikke var meget bekymrede for resultatet af lodtrækningen (udsagn 12).

Jenkins og Fallowfield (1) fandt, at ikkedeltagere var mere bekymrede for udfaldet af randomiseringen (62,7 pct.) end deltagere (38,1 pct.), hvilket var en grænsesignifikant forskel ( $p=0,049$ ), og vi formoder, at dette skyldes, at deres undersøgelse omhandlede afprøvning af konventionelle kræftbehandlingsformer som kemobehandling, stråleterapi, hormonbehandling eller andet.

Resultatet af vores spørgeskemaundersøgelse indikerer således, at lodtrækning, både for deltagere og for ikkedeltagere, ikke giver grundlag for bekymring, og at de i begge grupper endvidere var indforståede med, at det er nødvendigt at trække lod for at vurdere effekten af den givne behandling (udsagn 14). Vi fandt ingen signifikant forskel på de to grupper på udsagnene om randomiseringen.

## Praktiske omstændigheder

Det lader til, at de væsentligste grunde til at afslå deltagelse i CAMMA-undersøgelsen var de rent praktiske omstændigheder herunder specielt tidsforbruget og modstand imod gruppesamtalerne, hvor knap halvdelen af ikkedeltagerne angav at være bekymrede for, at nogen i gruppen var mere syge end dem selv (udsagn 16). Det kan undre, at 11 pct. af deltagerne svarede, at det ikke er praktisk muligt for dem at deltage (udsagn 8), når de nu alligevel valgte at indgå i studiet. Det kan måske være et udtryk for, at de syntes, at de praktiske omstændigheder ved undersøgelsen var krævende, men at de på trods heraf alligevel havde valgt at skabe mulighed for deltagelse i undersøgelsen.

## Aspekter ved gruppesamtaler

Ved nærmere eftertænkning burde vi have spurgt mere detaljeret ind til, hvilke aspekter omkring deltagelse i gruppesamtaler der gjorde, at hele 75 pct. af ikkedeltagerne svarede, at de ikke brød sig om at være i en



gruppe for at tale om deres sygdom (udsagn 15). Ligeledes skal det bemærkes, at der i gruppen af deltagere var 16 pct., der svarede, at de ikke brød sig om at være i en gruppe for at tale om sygdom, men som på trods heraf alligevel har overvundet denne følelse og accepteret deltagelse.

I en engelsk undersøgelse af Grande (10) fra 2006 blev flere variable med association til gruppedeltagelse undersøgt blandt 63 deltagere og 44 ikke-deltagere udrullet tilfældigt fra Cancerregisteret. Undersøgelsen viste, at deltagere i kræftstøttegrupper overvejende var yngre kvinder uden partner, som havde mere uddannelse og mere ydre støtte end ikkedeltagere (10). Vi spurgte ikke kvinderne om deres uddannelse, men fandt ligeledes, at deltagerne var signifikant yngre end ikkedeltagerne. Derimod var der ikke forskel på samboendes og enliges villighed til at deltage i CAMMA-undersøgelsen.

I Grandes undersøgelse var signifikant betydende faktorer for deltagelse i kræftstøttegrupper troen på, at det var gavnligt at deltage og derigennem at få støtte fra andre via en aktiv mestring, mangel på støtte fra en speciel person, og endelig at en betydningsfuld anden person, f.eks. lægen, var positiv over for deltagelse i gruppen. Grande mener, at man kan få flere kræftpacienter til at deltage i kræftstøttegrupper, såfremt deres mangel på tiltro til støttegrupper adresseres, og at det sundhedsfaglige personale opmuntrer kræftpacienterne til deltagelse (10).

Det kan på baggrund heraf diskuteres, om det er et udtryk for det sundhedsfaglige personales opmuntring om deltagelse, der giver sig udslag i, at 18 pct. af deltagerne i CAMMA-undersøgelsen følte, at de ikke kunne sige nej til at deltage. Det er ikke umiddelbart muligt ud fra besvarelsenerne af spørgeskemaet at vurdere, om denne følelse af ikke at kunne sige nej kommer fra dem selv, da samtlige deltagere i CAMMA var meget altruistisk indstillede (udsagn 6-7), eller om de føler sig opmuntret eller presset til at deltage enten fra det sundhedsfaglige personale eller fra familie og venner.

Det kan imidlertid være problematisk, at det er afdelingens personale, der inkluderer patienterne, trods forsikringen om at et afslag på deltagelse ikke får konsekvenser for deres videre behandling.

Endvidere fremgår det af Grande et al.s gennemgang af tidligere studier, at deltagere i kræftstøttegrupper bruger flere aktive mestringsstrategier, føler mere kontrol over deres sygdom, men er mere ulykkelige og bekymrede end ikkedeltagerne, imens ikkedeltagere rapporterede, at de fik mere støtte fra én bestemt person (10).

Ovenstående fund giver derfor anledning til overvejelser om, at ikke alle kræftpacienter har behov for og gavn af deltagelse i kræftstøttegrupper, og at der er flere

måder at håndtere sin kræftsygdom på. Dette diskuteres Grande et al. da også og henviser til et studie af Helgeson et al. (11), som finder, at deltagelse i støttegrupper kun er gavnlige for kvinder, som mangler støtte, og faktisk kan være skadelig for kvinder, der allerede føler sig godt støttet. Det vil derfor være en misforståelse at etablere støttegrupper til alle patienter med kræft.

### Svarprocenter

En begrænsning ved vores undersøgelse er, at kun 64 ud af de 108 adspurgte kvinder besvarede spørgeskemaet, og vi kan derfor ikke vide, om disse er repræsentative for hele gruppen af brystkræftpacienter på Herlev Amtssygehus.

Svarprocenten for gruppen af ikke-deltagere, var kun 43, og med denne lave svarprocent kan selektionsbias ikke udelukkes, således at svarene for gruppen af ikkedeltagere muligvis repræsenterer en speciel gruppe, som enten ligner eller adskiller sig mere fra deltagerne, end den totale gruppe af ikkedeltagere ville have gjort.

Denne undersøgelse indikerer, at deltagelse i CAMMA-undersøgelsen først og fremmest skete, fordi man som patient følte, at behandlingstilbuddet var relevant, hvorimod lav deltagelse kunne tyde på, at kvinderne enten nærede modstand imod selve interventionen eller fandt støtte andre steder.

I fremtidige psykosociale interventionsstudier kan deltagelesprocenten formentlig øges ved at fokusere på kendskabet til gruppeinterventioner, så det står mere klart for patienterne, hvad deltagelse i gruppesamtaler indebærer, samt hvilken gensidig støtte man kan opnå ved udveksling af oplevelser og erfaringer med andre ligestillede.

Endvidere må de praktiske omstændigheder og tidsforbruget ved deltagelse i interventionsundersøgelser i højere grad tilpasses kræftpacienternes formåen på inklusionstidspunktet.

Fremtidige studier bør forsøge at afdække kræftpacienters kendskab og holdning til deltagelse i kræftstøttegrupper, og det vil være nødvendigt at anvende kvalitative metoder til at belyse disse aspekter.

*En stor tak til hele personalet på brystkirurgisk afdeling F, Amtssygehuset i Herlev for rekruttering af deltagere til CAMMA, herunder til denne undersøgelse. Ligeledes tak til de patienter, som velvilligt har besvaret de udleverede spørgeskemaer. Undersøgelsen er støttet af IMK fonden.*

*Randi Karlsen er projektsygeplejerske i Afdeling for Psykosocial Kræftforskning, Institut for Epidemiologisk Kræftforskning, Kræftens Bekæmpelse; randi@cancer.dk  
Ellen Boesen er postdoc i*

» *Afdeling for Psykosocial Kræftforskning,  
 Institut for Epidemiologisk Kræftforskning,  
 Kræftens Bekæmpelse.  
 Lone Ross er ansat som seniorforsker ved  
 Forskningsenheden ved Palliativ Medicinsk Afd. P,  
 Bispebjerg Hospital.  
 Christoffer Johansen er overlæge og  
 ansat som afdelingsleder i  
 Afdelingen for Psykosocial Kræftforskning,  
 Institut for Epidemiologisk Kræftforskning,  
 Kræftens Bekæmpelse.*

#### Litteratur

- Jenkins V et al. Reasons for accepting or declining to participate in randomised clinical trials for cancer therapy. *Br J Cancer* 2000;82(11):1783-8.
- Ross S et al. Barriers to participation in randomised controlled trials: A systematic review. *J Clin Epidemiol.* 1999;52:1143-56.
- Ellis PM Attitudes towards and participation in randomised clinical trials in oncology: A review of the literature. *Ann Oncol.* 2000;11:939-945.
- Berglund G et al. Is the wish to participate in a cancer rehabilitation program an indicator of the need? Comparisons of participants and non-participants in a randomised study. *Psychooncology.* 1997; 6:35-46.
- Davis SW et al. Evaluation of the National Cancer Institute's clinical booklet. *Journal of National Cancer Institute Monograph* 1993;14:139-145.
- Simes RJ et al. Randomised comparison of procedures for obtaining informed consent in clinical trials of treatment of cancer. *BMJ.* 1986;293:1065-68.
- Aaronson NK et al. Telephone-based nursing intervention improves the effectiveness of the informed consent process in cancer clinical trials. *J Clin Oncol.* 1996; 4:984-96.
- Penman DT et al. Informed consent for investigational chemotherapy: Patient's and physician's perceptions. *J Clin Oncol.* 1984; 2:849-855.
- Thiel de Bocanegra H. Cancer Patients' interest in group support programs. *Cancer Nurs.* 1992;15(5):347-52.
- Grande GE, Myers LB, Sutton SR. How do patients who participate in cancer support groups differ from those who do not. *Psychooncology.* 15, 2006: 321-34.
- Helgeson VS, Cohen S, Schulz R, Yasko J. Group support interventions for women with breast cancer: Who benefits from what? *Health Psychol.* 19, 2000:107-14.

#### ENGLISH ABSTRACT

Karlsen R, Boesen E, Ross L, Johansen. C. Why do women with breast cancer agree or refuse to participate in a randomised psychosocial research project. *Syggeplejersken* 2008;(5):56-62.

*Introduction:* The inclusion of patients in randomised, controlled studies often involves substantial financial and work-related costs and is at the same time crucial to the significance of the result of the study and its generalisability.

*Purpose:* To describe which factors are significant to patients' willingness or unwillingness to take part in a specific, randomised psychosocial intervention study, CAMMA (Cancer mamma), which offered teaching and group therapy for women who have undergone breast cancer surgery.

*Method:* The study was carried out at Breast Cancer Department F at Herlev County Hospital. During the period May to December 2005, all women aged between 18 and 70 who underwent surgery for primary breast cancer at stages I and II, and who met the inclusion criteria of the CAMMA study, were given a questionnaire with 17 possible reasons for agreeing or refusing to participate in CAMMA.

*Result:* 64 women completed the questionnaire; 44 who agreed and 20 who declined to participate in CAMMA. The main reasons for taking part were altruism and a need for the treatment offered. The most frequent reasons for declining were practical circumstances, the time it would take and a dislike of participating in group therapy. There were no differences in attitude to randomisation among those who took part and declined to take part in CAMMA.

*Conclusion:* Participation in the CAMMA study was positively associated with altruism and a need for treatment, while refusal was associated with practical circumstances, the time it would take and a dislike of group therapy. Randomisation was not an issue when it came to agreeing to or declining to participate in CAMMA.

*Key words:* Breast cancer, psychosocial intervention, randomisation, patient participation, cancer support groups.

## Rummer ikke kompleksiteten



Janne Lyngaa og Birgit Bidstrup Jørgensen (red.)  
**Sygeplejeleksikon**  
 Forlaget Munksgaard  
 Danmark 2007  
 408 sider – 398 kr.  
 ISBN 978-87-628-0542-2

I sygeplejeleksikonet er valgt en bred vifte af opslagsord med inspiration fra dansk sygepleje. F.eks. bias, bloddonor, blufærdighed og BST. For nogle af de engelske ord er der henvisning til et dansk opslag.

Ligesom der er stor spændvidde i begreberne, er der variation i forfatterens fortolkning af begrebets relation til sygeplejefaget. Hver forfatter har sin stil og sin analytiske tilgang, hvilket både kan ses som en styrke og en begrænsning. Selv om stikordene til forfatterne må have været udviklingen i moderne dansk sygepleje, er der i få opslag gjort rede for en sammenhæng mellem moderne sygepleje og moderne samfundsudvikling. Forfatteren skriver om fænomener og begreber, som hun (der er ingen mandlige forfattere) nu synes, det vil sige, at artiklerne ikke altid belyser begrebet fra flere vinkler og sjældent en kritisk, der findes kun få opslag med fremstilling af forskellige positioner, hvor opslagsordet er sat ind i en historisk/samtidshistorisk udviklingssammenhæng. På den måde skabes der i flere opslag en endimensionel fremstilling af komplicerede begreber og praksis. Der er ikke litteraturhenvisninger til opslagene.

Der er undtagelser, hvor forfatteren foretager en kritisk vurdering og analyse og præsenterer forskellige forståelser af opslagsordet. *Inge Christensen* har bl.a. i beskrivelsen af fænomenet "lindring" disponeret bidraget, så der præsenteres en hverdagsforståelse, en filosofisk forståelse, en folkesundhedsvidenskabelig forståelse og en sygeplejefaglig forståelse med praktiske dimensioner. Hun afslutter kort med at omtale *Katie Erikssons* tilgang til lindring. Et godt og hurtigt overblik.

Der er en serie videnskabsteoretiske opslag, hvor Ingrid Egerod prisværdigt og kortfattet får beskrevet bl.a. evidens, hermeneutik og reliabilitet.

Opslaget om hjemmesygepleje fylder kun seks linjer. Hjemmesygeplejen præsenteres som en specialsygepleje (?) på linje med anæstesiologisk sygepleje, der fylder ca. halvanden side. Desværre har forfatteren af hjemmesygeplejeopslaget undladt at nævne substansen i hjemmesygeplejen, som den beskrives i Sundhedsstyrelsens vejledning om hjemmesygepleje. Forfatteren beskriver hjemmesygeplejen som en ydelse, der kan rekvireres af forskellige. Ganske vist er der en pil i opslaget, der leder hen til opslaget "sundhedscenter", men det gør det ikke bedre. Opslaget afspejler en blanding af en medicinsk og en New Public Management-tilgang til sygeplejen på det kommunale felt.

Søgning efter "familiesygeplejerske" gav ikke gevinst, er det blevet umoderne?

Jeg ledte forgæves efter et opslag om komplementær sygepleje. Hvor ærgerligt! Det er ellers en sygeplejevirkosomhed i hastig udvikling og med et fagligt selskab: FS-KOMP, som ønsker at styrke menneskets selvhelbredende kræfter og fremme brug af alternative og komplementære terapiformer i sygeplejen.

Det er et stort anlagt sygeplejeleksikon. Moderne dansk sygepleje er retningsgivende for valg af opslagsord og forfattere, og målgruppen er sygeplejestuderende, uddannende sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle med interesse for faget. Der er 332 alfabetisk ordnede opslag og 29 forfattere, men det nye sygeplejeleksikon rummer ikke kompleksiteten i den moderne sygepleje i Danmark, trods gode intentioner og enkeltindslag.

*Af Marianne Mahler, sygeplejerske, MPH, ansat som sygeplejefaglig konsulent på Ældrekontor Østerbro.*

## Tiltænkt sygeplejersker i klinisk praksis



Ania Willman, Peter Stoltz og Christel Bathsevani  
**Evidensbaseret sygepleje**  
 – en bro mellem forskning og klinisk virksomhed  
 Gads Forlag  
 2. udgave 2007  
 201 sider – 245 kr.  
 ISBN 978-87-12-04308-9

Denne væsentlige bog foreligger nu i anden udgave. Den har i forhold til første udgave fået foretaget en del opdateringer til danske forhold, og teksten er gjort mere læsevenlig i forhold til tidligere, men vigtigst af alt, der er tilføjet to væsentlige kapitler om kliniske retningslinjer og implementering. Selv om disse to nye kapitler er korte, tjener de som en god introduktion til området og styrker bogen.

Forfatterne introducerer og behandler begrebet evidens, samtidig med at de beskriver processen med at opbygge en evidensbaseret praksis (EBP). Dette gøres godt og præcist, men illustrerer også, hvilke kompetencer, der reelt skal være til stede i praksis, for at processen med at implementere EBP har større mulighed for at lykkes.

Det er en bog, man ikke kan komme uden om, hvis man vil forholde sig kvalificeret til EBP, uanset hvad man mener om evidens som begreb. Forfatterne skriver i første kapitel "plejeindsatsen skal hvile på et videnskabeligt grundlag, således at personer, der er indlagt på et sygehus, vil få en god, sikker og tryk pleje." det vil sige, at går man ikke ind for evidens, må man pege på et alternativ, for målet kan ingen vel have noget imod!

Bogen kan anvendes på bachelor-, diplom-, master- og kandidatuddannelserne, men vigtigst af alt er den især tiltænkt de mange sygeplejersker, der arbejder i en klinisk praksis. Ledere og udviklere får et godt indblik i, hvilke kompetencer der skal styrkes, hvis man ønsker at opbygge en organisation, der vil implementere EBP.

Som appendiks er der en del gode bilag, der både indeholder konkrete redskaber (tjekklister), der letter vurderingen af videnskabelige artikler, men også indeholder henvisninger til interessante websider på internettet, hvor man bl.a. kan finde samlinger af kliniske retningslinjer.

Når alt dette er sagt, er og bliver bogen en introduktion, men denne introduktion illustrerer glimrende, hvilke områder, man med fordel kan dykke dybere ned i, hvis man vil forstå og arbejde inden for dette komplekse og komplicerede område. Formålet er til syvende og sidst at styrke de beslutninger, der dagligt træffes i klinikken, således at de i større udstrækning end i dag er til gavn for patienterne.

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

## Gud eller videnskabelighed?

Religion står højt på dagsordenen i verden og i sundhedsvæsenet. Men i de senere år har der også udspillet sig en heftig debat om forholdet mellem religion og videnskab. *Daniel Dennett*, professor i filosofi i Massachusetts og kendt som erklæret ateist, bidrager til debatten med et lille essay.

Baggrunden er, at Dennett i sommeren 2006 blev hestindlagt med ruptur af et aortaaneurisme. Dennett beretter i essayet, at venner i forbindelse med hans dramatiske sygeforløb var meget interesserede i, om forløbet havde haft indflydelse på Dennetts langvarige, offentlige ateisme, om han eventuelt var blevet omvendt eller havde fået en åbenbaring, som mange andre før ham ved alvorlig sygdom. Åbenbaring er et teologisk begreb, der i kristen sammenhæng betegner, at Gud meddeler sig til mennesket. I essayet imødegår Dennett, at angsten for døden bringer det religiøse frem.

Og ja: Daniel Dennett havde fået en åbenbaring. Dennett blev klar over, i hvor høj grad han påskønnede den medicinske videnskab og det kompetente sundhedspersonale. Kardiologerne, kirurgerne, neurologerne, anæstesiologerne, sygeplejerskerne, fysioterapeuterne, radiograferne, dem, der bragte ham mad, og dem, der vaskede hans sengelinned, åbenbarede sig for ham. Men teamet i sundhedsvæsenet kunne ikke have udført deres job uden bidrag fra den videnskabelige front. Her takker Dennett de videnskabsmænd, som opfandt CT-scanneren, medicin, teknologi og hele den videnskabelige tradition med bl.a. bedømmelser af forskning, der førte til, at han overlevede.

Den videnskabelige tradition adskiller sig markant fra de religiøse institutioner, som Dennett har studeret.

Dennett beskriver, at det inden for religion er de gode intentioner og Guds ord, der tæller. Hvis du har haft gode intentioner og gjort, hvad Gud har sagt, kan der ikke forlanges andet af dig. Men, spørger Dennett, hvordan ville de samme mennesker reagere, hvis en medicinalvirksomhed undskyldte et uvirksomt præparat med, at de skam havde bedt for, at det skulle virke?

Inden for den medicinske, videnskabelige verden tæller de gode intentioner næsten ikke. Og at tage udgangspunkt i troen er en alvorlig synd. Dennett mener ikke, at nogen religion forholder sine medlemmer den høje standard af ansvarlighed, som videnskaben og medicinen gør. Den høje standard tilskriver Dennett ikke kun den lægelige stab, men alle i teamworket, som medvirker til, at patienten kommer godt igennem sit hospitalsophold.

Essayet er interessant for sygeplejersker, fordi stigende åndelighed og religiøsitet måske gør sig gældende i sygeplejen, hvad udgivelse af bøger og artikler om åndelig omsorg og religiøse problemstillinger tyder på. Her gives et bud på, hvad nogle patienter først og fremmest oplever som vigtigt. Nogle møder Gud i alvorlige situationer, andre vil helst møde videnskabelighed. Om nogle møder begge dele, skal jeg lade være usagt. Men Daniel Dennett formulerede sætningen: "Don't Thank God, Thank Goodness." Godheden forstået som den videnskabelige praksis, der skaber det gode for mennesket.

Af Helle Mathar, lektor, sygeplejerske, cand.mag. i filosofi, Den Flerfaglige Professionshøjskole i Region Hovedstaden, Sygeplejerskeuddannelsen.

Daniel C. Dennett

Essay

Thank Goodness

Essayet kan læses på

www.edge.org > Edge Editions

> 2006 > Edge 195

## Tvungen er en snu størrelse

Det hænder, at jeg bliver fanget af en bog, så det mest af alt minder om en besættelse. Jeg har den med mig overalt og stjæler mig til at læse, så snart jeg har et ledigt minut. Sådan gik det med "Mødom på mode". Den fulgte mig i et døgn, for jeg måtte vide, hvordan det videre gik *Zafari*, *Sonia* og de andre kvinder, som fortæller deres historie. Historierne handler om kvinderoller, giftermål og traditioner, og om hvordan disse traditioner holdes i hævd af de ældre kvinder i familien. Det er kvinderne, som er kulturens tovholdere, siger forfatterne i forordet.

Der uddeles undervejs nogle drøje hug til velmenende integrationsfrontkæmpere og deres projekter. "Siger man: "Muslim, tæsk og mødom" i samme sætning, springer kommunens pengekasse op, og man får operationen til en ny mødom betalt," fortæller en af pigerne. Denne pige fortæller videre om en tid, hvor familien boede i Avedøre i en opgang, hvor de var omgivet af festende fulderikker. Det bevirkede, at hun, som den eneste fremmedarbejder i gymnasiet, kunne fremføre både tekst og melodi til "Der er fut i fejemøjet" og "Hvor skal vi sove i nat?" Noget, som virkelig gav plus på integrationskontoen.

Temaet tvangsægteskab er gennemgående, og der bliver gjort lidt grin med vores lovgivning på området og de såkaldte værktøjskasser, som skal hindre denne tvang. "Tvungen har mange ansigter og er en snu størrelse," siger en af pigerne. "En mors tårer og muskel-

smertes står eksempelvis ikke på listen over strafbare metoder i integrationsministeriets lovtekster."

Forfatternes pointe er, at forandringerne skal komme fra de etniske minoriteter selv. Det kræver, at de finder modet til at sige stop, når traditioner går forud for mennesker. Den sidste af historierne: "Hvordan jeg havnede i skabet," har dette tema. Den handler om et par, der, som forfatterne, har hver sin etniske baggrund. Den beskriver de vanskeligheder, det giver, når religion og tradition er forskellige, og hvordan parret arbejder sig igennem til en løsning. Den største udfordring er den pakistanske svigermor, som ikke har en dansk-kurdisk svigerdatter øverst på ønskelisten, til trods for at hun af udseende, med lidt god vilje, kan gå for at være pakistaner. Det med udseendet udnytter svigermoren til at forsøge at lappe lidt på æren, idet hun får den kommende svigerdatter sneget i pakistansk tøj og forvandet fra Sophia til *Miriam*, og billederne af denne *Miriam* sendes til familien i Pakistan. En graviditet kommer på tværs af svigermors bryllupsplaner og bliver startskuddet til, at hun sættes fra bestillingen som rorgænger, ikke nogen nem opgave, specielt ikke for hendes søn, som indleder en karriere som storryger for at klare mosten.

En faglig, skønlitterær bog, som kan holde én vågen om natten.

Af Hanne Lindhardt, sundhedsplejerske, ansat i Furesø Kommune.



Kristina Aamand og Asif Uddin

**Mødom på mode**

Gyldendal 2007

184 sider – 199 kr.

ISBN 978-87-02-06254-0

## I gang efter ammestrejke



Stine Roldgaard og  
Christina Tatarczuk

**Alt om amning**

Forlaget Iris 2007

209 sider – 248 kr.

ISBN 978-87-991622-0-8

Her er en titel, der holder, hvad den lover. Efter at have vendt sidste side havde jeg været i alle amningens krinkelkroge på en veldisponeret rejse uden trivielle gentagelser. Vi startede naturligvis ved begyndelsen, altså graviditeten og amningen af det nyfødte barn, startvanskeligheder og hvordan man kommer forbi dem. Oplevelserne er mangfoldige, problemerne og deres løsning ligeså. Ikke alle drømme går i opfyldelse, der kan være blod, sved og tårer iblandet mælk, træthed og babygylp, fedtet hår og ømme bryster. Beskrivelsen fortsætter kronologisk til den lykkelige ammeslutning.

Amning og familieliv er beskrevet. Jaloux søskende og ægtemænd, kærlighedslivets kår med en nyfødt baby, træthed, mælkestruttende bryster og tørre slimhinder.

”Hvordan ammer jeg, når mine bryster er meget små? Meget store? Jeg er overvægtig? Har fået tvillinger eller trillinger?” Slå op i registeret og find svaret under ”Udfordringer under amning.”

I kapitlet om amning af børn med sygdomme og medfødte handicap er det bl.a. beskrevet, hvordan det er muligt at amme børn med læbe- og ganespalte eller Downs syndrom helt eller delvist, og hvilke hjælpemidler, der evt. er brug for.

Der er gode trin for trin-instruktioner om, hvordan barnet lægges til brystet, udmalkning, og om, hvordan barnet overtages til at genoptage arbejdet efter ammestrejke for at nævne nogle eksempler.

Der er beskrivelse af de betænkeligheder, nogle kvin-

der kan have om amning før fødslen. Et kapitel handler om ikke at ville eller kunne amme og de grunde, der kan være til det. En fortælling om en ammestart, som gik skævt og endte med et sundt flaskebarn, illustrerer, at det ikke altid er de gode viljer alene, der får en amning i hus.

I forordet karakteriseres bogen som en ”ammebibel”. Et enkelt sted har den et let religiøst tilt. I afsnittet om natamning anbefales ubegrænset amning uanset hyppighed og barnets alder. Her savnede jeg den nuancering, som i øvrigt er bogens force. Flere gange refereres til Sundhedsstyrelsens ammevejledning, der anbefaler fuld amning i seks måneder. Sundhedsstyrelsen har dog en lidt blødere formulering end den, der her refereres, idet styrelsen skriver, at børn, som ikke bliver mætte af modernemælk alene, kan introduceres til overgangskost fra fire måneder. I praksis opleves mødre med skyldfølelse, fordi de ikke formår udelukkende at amme til barnet er seks måneder.

Bogen er ment som en opslagsbog, og som sådan fungerer den fint. Det er nemt at navigere rundt, der er henvisninger til relevante afsnit, og beskrivelserne er detaljerede.

Målgruppen er forældre, men både jordemødre, barselssygeplejersker, sygeplejersker på børneafdelinger og sundhedsplejersker kan have stor glæde af at læse med.

Af Hanne Lindhardt, sundhedsplejerske,  
ansat i Furesø Kommune.

## Er sundhedsvæsenet baseret på mennesker med skyldfølelse?



Åsa Nilssonne

**Smertebæren**

Elg & Co. 2007

197 sider – 199 kr.

ISBN 87-91818-00-1


Forfatteren, som er psykiater, har forstået at skrive en bog, som både er en spændingsroman og en meget indsigtfuld beskrivelse af menneskers psykiske smerter. Romanen handler om den ultimative hjælper Ada. Hun er ansat på en plastikkirurgisk klinik, og hun har nogle særlige evner, der gør det muligt for hende at overtage andre menneskers krop. Det er nyttigt for de patienter, der har svært ved at ændre livsstil, og som styres af fobier og impulser. Når Ada er færdig med en krop, er den sund og smertefri, og plastikkirurgen kan tage over og fuldføre forandringen. Ada tjener godt på sine empatiske evner. En dag får Ada ansvaret for en 44-årig kvindes krop. Ada er selv 26 år og har svært ved at forlige sig med en forsømt, midaldrende krop. Ada kan mærke reaktionerne i klientens krop, men hun har ikke adgang til personens tanker og erindringer. Den midaldrende kvinde er anderledes end de andre kvinder, Ada plejer at hjælpe, og hun har svært ved at forstå klientens kropslige reaktioner. Det viser sig, at klienten er forfulgt, og Ada bliver jagtet rundt i Europa af nogen, som vil tage livet af hendes klient.

Normalt kan Ada forlade en krop, når hun vil, men denne klient vil ikke overtage sin egen krop igen, og her begynder Adas mareridt. Fanget i den andens krop kommer hun tilbage til traumatiske minder om sin afdøde tvillingesøster.

Bogen er velskrevet og spændende og samtidig bliver svære psykologiske begreber konkretiseret indsigtfuldt og fagligt korrekt. Hjælperrollens problemstillinger bliver også smukt belyst. I bogen tilgiver Ada sig selv for ikke at have afværget sin søsters død. Med den ro i kroppen det giver, har hun ikke mere behov for at hjælpe andre som professionel. Hvis jeg skal overføre forfatterens hypotese til en generel antagelse, så er alle professionelle hjælpere styret af en trang til at hjælpe andre for at dulme egen skyldfølelse. Hvis det er rigtigt, hvor ville det danske sundhedsvæsen så være uden mennesker med skyldfølelse? Det er bare en af de associationer, jeg fik undervejs i læsningen. Spændende bog, som er anderledes end andre thrillere.

Af Berit Fekkes, psykoterapeut, MPF og sygeplejerske.

## Sygeplejersker er ikke terapeuter

 Mirakelspørgsmålet, undtagelserne og skalerede spørgsmål er hovedsubstansen i løsningsfokuseret korttidsterapi. Mirakelspørgsmålet handler om: Hvad nu hvis, hvad nu, hvis du vågner op en morgen og ikke har det problem, du har? Undtagelserne handler om, når problemet ikke er der, hvad sker der så? Skaleringsspørgsmålene handler om at få klienten til at vurdere, hvor han gerne vil være på en skala fra 0-10. I dette spændingsfelt tager terapeuten sit udgangspunkt og understøtter klientens ønsker om forandring, støtter klientens ressourcer til at leve en tilværelse, hvor konsekvenser af sygdom ikke sætter dagsordenen for en ønsket livskvalitet, eller sagt på anden måde reducerer eventuelle problemers indvirkning på deres liv, støtter potentialet for mulige forandringer, på løsninger, på at skabe en følelse af håb i forhold til den ofte uundgåelige funktionsnedsættelse.

Det er i udgangspunktet en meget tiltalende bog, som foruden teorien om den terapeutiske tilgang indeholder mange små cases, korte og længere terapiforløb, hvor hele den terapeutiske proces foldes ud. En proces man kan lære af, blive klog på og spejle sin egen måde at kommunikere i. Der gives eksempler på anvendelse af løsningsfokuseret korttidsterapi i og uden for sygehus til kronisk syge og inden for palliation. Forfatteren er logopæd, bogen er oversat fra engelsk, og de funktionsnedsættelser, der arbejdes med, er af neurologisk art, f.eks. dysfasi, dysfagi og stammen. Forfatteren fremhæver, at løsningsfokuseret korttidsterapi ”stemmer fint

overens med målsætningerne for sygeplejeinterventioner” ved at opbygge tillid samt fremme følelse af styrke og kontrol. Men der er tale om egentlige terapeutiske forløb, hvor klienten er henvist, der udformes en kontrakt, og der aftales et tidsforløb. Klassiske elementer i al terapi.

Spørgsmålet er nu, om sygeplejersker bedriver terapi. Nogle gør, fordi de er uddannet til det, det er en del af deres handlingskompetence, og det er klart for de involverede parter, hvad det er, der foregår.

Som løsningsfokuseret korttidsterapi fremstilles i denne bog, er det en metode, som indeholder en række definerede elementer: Mirakelspørgsmålet, undtagelserne og skalerede spørgsmål. Selvfølgelig kan sygeplejersker plukke elementer ud og bruge dem i deres kommunikation. Men det er min mening, og andre kan være uenige i den, at hvis sygeplejersker eller en afdeling beslutter sig for at anvende løsningsfokuseret korttidsterapi som metode, så skal det være nedfældet i afdelingens målsætning, personalet skal være uddannet, trænet og under supervision. På disse præmisser anbefales bogen som inspirationskilde til at forbedre kommunikationen, skærpe opmærksomheden på patientens reaktion og positivt støtte patienten i en ofte nødvendig forandringsproces.

Af Doris Christensen, forskningssygeplejerske,  
ansat på Neurologisk Afdeling,  
Århus Sygehus, Århus Universitetshospital.



Kidge Burns  
**Fokus på løsninger**  
– en vejledning til sundhedsprofessionelle  
Dansk Psykologisk Forlag 2007  
284 sider – 268 kr.  
ISBN 978-87-7706-482-1

Foreningen Krogerup Kurser



### Psykiatrisk Center Nordsjælland afholder

Internatkursus på Krogerup Højskole  
Mandag d. 16. juni – tirsdag d. 17. juni 2008

”Mindfulness” i klinisk praksis

#### Undervisere

**Susan Hart**, klinisk psykolog, specialist og supervisor i børnepsykologi, specialist i psykoterapi.

**Marianne Bentzen**, exam. afspændings- og bevægelsespædagog, kropsterapeut, medlem af Psykoterapeut Foreningen (PF)

”Mindfulness” er en form for opmærksomhedstræning. Seminaret vil beskrive denne metode praktisk og teoretisk, samt hvordan den kan bruges til følelsesregulering, selvberoligelse og træning i medmenneskeligt nærvær i psykiatrisk behandling.

Sted: Krogerup Højskole, Krogerupvej 13, 3050 Humlebæk

Pris: 3.200 kr. som inkluderer overnatning, fuld forplejning (ekskl. drikkevarer), inkl. festmiddag d. 16. med efterfølgende levende musik og dans.

Kursusbevis udstedes.

Tilmeldingsfrist: Bindende tilmelding ved indbetaling senest d. 14. maj.

Detaljeret kursusbeskrivelse, yderligere oplysning samt tilmelding til:  
Dorthe Mai - domai@noh.regionh.dk - tlf. 4829 3466  
Annette Holst Hessner - anhohe@noh.regionh.dk - tlf. 4829 3538

## Kurophold ved Vesterhavet



Fred til omsorg og fordybelse  
i dig og dit liv.

5 dages ophold med udgangspunkt  
i dine behov.

**Specialtilbud til 1. maj**  
**8000 kr.**

Tilskud fra Foreningen til støtte af  
sygdomsramte erhvervsaktive borgere.



Øster Løkke 3024 7103  
www.kurogvisioner.dk

## En forførende bog



Anette Harbech Olesen

**Mad for livet**

Lemuel Books 2007

302 sider – 299 kr.

ISBN 978-87-991820-2-2

”Mad for livet” er en forførende bog. Den har et layout, der er kræset for, flot indbundet, gode illustrationer og skrevet i et klart, medrivende og præcist sprog. Den henvender sig til: ”Dig, der gerne vil vide mere om kostens enorme betydning for helbredet,” som forfatteren skriver i indledningen. Forfatterens ambition er at videregive kostråd, der med stor sandsynlighed kan have markant indflydelse på, om det enkelte menneske udvikler sundhed eller sygdom.

Bogen har således fokus på sundhed, kost og helbred og er ikke direkte skrevet til sundhedsprofessionelle. I min læsning har jeg derfor forsøgt at lægge noget af min forførelse på hylden og se på, om bogen vil være et relevant bud på en lærebog inden for sundhedsuddannelserne.

Indholdsmæssigt er der en bred præsentation af emner, der er relevante i forhold til kost, sundhed og helbred. Emnerne sættes ind i sammenhænge, så de bliver til at forstå, og der rejses en del spørgsmål, som traditionelle bøger på området nok ikke ville rejse. Det er bogens styrke, at forfatteren ikke lægger skjul på, at hun går ind for økologi. Der henvises også til forskningsresultater, der viser, at økologisk grønt indeholder flere gavnlige stoffer for helbredet end ikke økologisk dyrket frugt og grønt. Jeg synes altid, det er befriende, at en forfatter klart angiver sin holdning, for den ligger alligevel bag udvælgelsen af referencer, vinkling af resultater og de konklusioner, der drages frem.

Intuitivt blev jeg forført til at sidde og tænke: ”Nej, hvor spændende...” ved flere af de pointer, der fremhæves. F.eks. følgende: ”Det virker paradoksalt, at mange mennesker i den vestlige verden i dag med de store overvægtsproblemer, vi står over for, rent faktisk lider af essentiel fedtsyremangel.” Men når min forskningshjerne tog over og begyndte at stille spørgsmål, hvem, hvor mange, hvor i verden, hvad er konsekvenserne osv., så var det meget vanskeligt at finde tydelige kildehenvisninger som belæg for denne interessante pointe. Tydelige kildehenvisninger er et absolut krav, hvis en bog skal kunne anbefales som lærebog i de danske sundhedsuddannelser og som baggrund for vejledning af patienter i klinisk sammenhæng.

Når dette er sagt, synes jeg, bogen kan benyttes som et supplement på professionsbacheloruddannelsen og til opfriskning af viden fra grunduddannelsen for uddannede sygeplejersker. Som underviser ville jeg anvende bogen til at få de studerende til at tænke i andre end de traditionelle baner, når de behandler stof om sundhed og kost og få dem til kritisk at søge litteratur, der enten underbygger eller forkaster de pointer, der fremhæves.

*Af Preben Ulrich Pedersen, lektor, ph.d.,  
Afdeling for Sygeplejevidenskab,  
Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.*

ÅBEN UDDANNELSE

DET HUMANISTISKE FAKULTET  
KØBENHAVNS UNIVERSITET



## Master i Professionsudvikling

– en forskningsbaseret uddannelse  
på Pædagogik  
Institut for Medier, Erkendelse og Formidling

### Informationsmøde:

Onsdag den 2. april kl. 17-19  
Sted: Njalsgade 120, 2300 København S  
Lokale 22.1.49

Uddannelsen henvender sig til undervisere og udviklere inden for uddannelses-, sundheds- eller socialområderne. Formålet med masteruddannelsen er at øge deltagerens teoretiske og metodiske kompetencer, så de kan udforske, uddanne og udvikle egen erhvervspraksis på et videnskabeligt grundlag.

Information om uddannelsen:

[www.master.hum.ku.dk/  
professionsudvikling](http://www.master.hum.ku.dk/professionsudvikling)

Dansk Selskab for  
**Patientsikkerhed**

## Patientsikkerheds- konferencen 2008

**21. april på  
Hotel Scandic Copenhagen**

Hør blandt andet om indretning af det patientsikre hospital og om at sige undskyld til patienter, der har været udsat for fejl.

Konferencepris:  
2.000 kr. for medlemmer af  
Dansk Selskab for Patientsikkerhed.  
2.300 kr. for øvrige.

Program og tilmelding på  
[www.patientsikkerhed.dk](http://www.patientsikkerhed.dk)

**Labtek**  
– laboratoriekurser til sundhedssektoren

## Nye udfordringer? Lær at tage blodprøver



Læs mere på vores hjemmeside  
[www.labtek.dk](http://www.labtek.dk), eller ring og bestil  
en folder på 70 20 30 31

## For den sørgende måles tiden i nærvær

Mennesker rammes af sorg, depression eller sygdom. Det medfører ensomhed. Mennesker, der har det svært, spørger ikke efter svar eller efter hjælp, men efter nærvær.

Det er ikke så dumt at gøre ingenting midt i det håbløse. Det er hovedbudskabet i bogen. Fremstillingen er baseret på forfatterens egne oplevelser som sygehuspræst. Det er fortællinger, som på troværdig vis berører og giver anledning til refleksion.

Nærvær er ingenting at gøre. Som hjælpere føler vi os ofte magtesløse. En følelse, som vi ikke formår at være nærværende i, fordi det er skræmmende og meningsløst.

Afmagt er den tungeste og sværeste følelse i mødet med et lidende menneske. For hvordan trøster man, når der ingen trøst er at give?

Trøsten findes i relationen, ikke i gøren og laden.

Så du skal ingenting gøre, men være sammen om det svære.

For den lidende måles tiden ikke i timer, men i nærvær. Tid er ikke noget, som kan indfanges, men kun modtages som en gave her og nu. Det handler om at være sammen hele tiden i den tid, vi mødes. Intensiteten i mødet giver en følelse af at være uden for tiden. Midt i mødet opstår der måske tårer, og samtalen slutter.

Hvis vi vil støtte et andet menneske, skal vi turde nærme os det menneske, også selv om personen græder voldsomt. Tårerne bevirker blot, at samtalen foregår lidt langsommere. Tårerne tilhører nuet og kan gøre livet uholdeligt her og nu, men det, som gør det muligt at leve med sorgen, er forståelsen af, hvad der er sket. Det er, når oplevelsen forstås i sammenhæng, tårerne kommer. En reaktion på det, der er sket.

Kunsten er at adskille den andens problemer fra sine egne. At jeg kan lægge det fra mig, når mødet er forbi. Fortsætter jeg derimod med at bekymre mig, er problemet flyttet fra den lidende til mig. Jeg skal kunne komme den anden så nær, som jeg vil, uden at det truer mit eget liv. En oplagt fælde for behandlere i det empatiske arbejde med patienter og klienter. Overinvolvering slider på personale, terapeuter mfl. og kræver supervision.

Bogen kan anbefales som baggrund for forståelse og til refleksion over, hvad nærværet betyder for nuet og for samværet med et andet menneske i en vanskelig situation.

Af Inger Jerichau, uddannelsesleder,  
ansat i Kvalitet og Udvikling i Region Sjælland.



Lars Björklund  
**Mod til at gøre ingenting**  
– mødet midt i det håbløse  
Unitas Forlag 2007  
112 sider – 158 kr.  
ISBN 978-87-7517-785-1

## Når arbejdet gør ondt



Smør Ibutop® (ibuprofen) creme direkte på de ømme muskler eller led. Ibutop® giver målrettet smertelindring, hvorved du undgår mavegener. Med lavendelolie.

Fås på apoteket.



**actavis** Lægemiddelform: Creme. Lægemidlets styrke: 1g Ibutop® creme indeholder 50 mg ibuprofen (50 mg/g). **Registreringsindehavere:** Dologiet Arzneimittel, Otto-von-Guericke strasse 1, D-53754 St. Augustin, Bonn, Tyskland. **Dansk repræsentant:** Actavis Nordic A/S, Ørnegårdsvej 16, DK-2820 Gentofte, tlf. 72 22 31 31. Her fås fuldt produktesumé. **Indikationer:** Anvendes mod lokale inflammatoriske lidelser. **Kontraindikationer:** Ibutop® creme må ikke anvendes af patienter med astma udløst af acetylsalicylsyre eller lignende stoffer. **Særlige advarsler:** Bør ikke anvendes på meget uren hud, åbne sår eller komme i kontakt med slimhinder og øjne. Bør ikke kombineres med andre lægemidler til anvendelse på huden, eller ved allergi overfor ibuprofen og andre indholdsstoffer i cremen. Bør ikke anvendes til børn under 15 år uden lægens anvisning. **Graviditet og amning:** Bør ikke benyttes af gravide de sidste tre måneder inden forventet fødsel. Kan anvendes under amning. **Dosering:** 4-10 cm Ibutop® creme masseres ind i huden på det angrebne område 3-4 gange i døgnet eller som foreskrevet af læge. Det anbefales at vaske hænder efter brug. **Bivirkninger:** Topikal anvendelse medfører overfølsomhedsreaktioner hos ca. 2% af patienterne i form af udslæt på huden, kløe eller andre eksem lignende irriterationer. **Opbevaring:** Ved almindelig temperatur. **Pakningsstørrelser:** Ibutop® creme leveres i 50 g samt 100 g tuber. Læs desuden indlægssedlen i pakningen omhyggeligt. **Udlevering:** HF.

## Gestaltterapeutisk Institut

25 års erfaring

### 4-årig gestaltterapeutuddannelse

Gestaltterapeutisk Institut er som det eneste psykoterapeutiske institut i Danmark akkrediteret efter højeste europæiske standard (EAGT og EAP).

- Vil du udvikle dine personlige og faglige kompetencer i dit arbejde med mennesker?
- Vil du udvikle dine ledelsesmæssige kompetencer på en mere effektiv og tilfredsstillende måde?
- Vil du udvikle dit fulde potentiale til brug i både privat- og arbejdsliv?
- Vil du arbejde som gestaltterapeut?
- Er du interesseret i en uddannelse, der kombinerer teori, praksis og personlig udvikling?

Kig ind på [gestaltterapi.dk](http://gestaltterapi.dk) og læs mere. Du kan passe et fuldtidsjob ved siden af uddannelsen hos os.

**Orienteringsmøde:** 11. april 2008 kl. 19.00

**Orienteringsdag:** 31. maj 2008 kl. 10.00-17.30

Godthåbsvej 4-6, 2.sal  
2000 Frederiksberg

Tilmelding på telefon 4848 5759  
(bedst mellem 8 og 9) eller på  
[gestaltterapi@kursus.dk](mailto:gestaltterapi@kursus.dk)

[gestaltterapi.dk](http://gestaltterapi.dk)



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,  
Lyngby/Taarbæk  
Kommune.



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



Birgitte Harild,  
sygeplejerske,  
leder af visitations-  
afdelingen i Halsnæs  
Kommune.

## Det kollegiale tankepoliti på sundhedsarbejde

Endnu har vi ikke en virksomhedspræst ansat i Kvæsthuset, men det er måske et spørgsmål om tid, inden vi er ligestillede med f.eks. Nordea. Her får de ansatte stimuleret deres åndelige velbefindende og behøver aldrig føle sig rådvilde, hvis de føler sig stressede, har problemer i privat- eller arbejdslivet eller har brug for en for- troelig snak med Gud. Allah er, så vidt jeg ved, endnu ikke et tilbud.

Hos os bekender vi os til gengæld til sundhed: Colaerne er skiftet ud med kildevand, sunde madopskrifter lander automatisk i vores dueslag, og foredrag om sund kost popper op på vores skærme. Rygeskuret er nedlagt til fordel for en udvidelse af cykelskuret, og en lille én skænkes kun ved helt ekstraordinære, festlige lejligheder. Til gengæld har alle fået tildelt en skridttæller, og vi kan spadsere i samlet trop, svede i motionsrummet eller trampe i pedalerne på firmacyklerne. Er vi i tvivl om sundhedsindekset, kan der bestilles tid til tjek af de mest afslørende parametre.

Sundhedsledelse er med andre ord på dagsordenen – her og mange andre steder, og med de mange tilbud er jeg privilegeret. Brugerbetalingen er ikke urimelig, og alt er frivilligt.

Men når livsstilsopdragelse holder sit indtog på arbejdspladsen, vælger arbejdspladsen samtidigt et helt bestemt værdisæt og menneskesyn. Og det vil være en blunder af de helt store at tro, at en underliggende fordømmelse af de kollegaer, der enten ikke vil eller kan tilpasse sig arbejdsstedets verdensbillede, ikke står ligefer; colaholikerne, der enten medbringer eller sniger sig til købmanden efter de forbudte sorte flasker. Rygerne, der lusker ud ad en sidedør og oser rundt om matriklen med frakkehæfterne trukket tæt op om hovedet. De overvægtige, der frekventerer frokostbuffeten flere gange og endda tillader sig kiks med ost.

Et udtryk for mangel på styrke, karakter, mådehold og evne til at kontrollere lyster og drifter kan det kollegiale tankepoliti hurtigt enes om over morgenkaffen. Og i disse tider, hvor overvågningen af den politiske sundhedskorrektthed gennemsyrrer arbejdspladsen i åbne kontorlandskaber, er der trods al tale om rummelighed stor risiko for huller i det anstændighedsfilter, der skal hindre spot, mobning og diskrimination.

Hvis de utilpassede personers udseende og gøren og laden tillige støder vores æstetiske sans, er der ikke langt til et spørgsmålstejn om personens faglige viden, kunnen og kompetencer og derved værdi for arbejdspladsen. Det kan reelt medføre, at ønsket om at være en del af et forebyggende samfund stik mod alle intentioner medfører et fordømmende, usundt arbejdsliv, der i stedet for velbefindende, kreativitet, nærvær og produktivitet skaber mistrivsel, mindreværd og fravær. At blive mødt med holdninger om en slap karakter hæver ingens selvværd og lyst til at se på egne vaner i et sundhedsperspektiv.

De ledere, der tager sundhedskappen på sig, kan hurtigt udvikle sig til smagsdommere over fristelser og nydelse, og det bliver helt nødvendigt at konvertere til sundhedsfreak for at få ansættelse i virksomheden. Hvor spørgsmålet "Er du med- eller modarbejder?" ikke drejer sig om virksomhedens kerneydelser, men om normer og værdier, der rager ind over medarbejdernes privatliv og frie valg.

I Kvæsthuset ses heldigvis stadig frodigt buttede ledere og medarbejdere, ligesom det stadig er muligt at få smør på brødet i kantinen. Men min grænse er ved at være nået i forhold til sundhed på arbejdspladsen, og jeg stiller ikke op til kollektiv vejning.

**"De ledere, der tager sundhedskappen på sig, kan hurtigt udvikle sig til smagsdommere over fristelser og nydelse, og det bliver helt nødvendigt at konvertere til sundhedsfreak for at få ansættelse i virksomheden."**

er@dsr.dk