

PATIENTHISTORIE: "JEG FØLTE MIG SOM ET TÆPPE, DER ER BLEVET TRAMPET PÅ MED BESKIDTE STØVLER"

SYGGEPLEJERSKEN

PERSPEKTIV

DANISH JOURNAL OF NURSING • NR. 13/14 • 30. JUNI 2008 • 108. ARGANG

UÅ

Læs om afstemningen og forhandlingsresultatet

 Irland har Europas strengeste rygeforbud

FERIELÆSNING
Fem bøger til ferien



28-35

10-27

6

ARTIKLER

SIDE 28-35: PATIENTHISTORIE

28 "Jeg følte mig som et tæppe, der er blevet trampet på med beskidte støvler"

Operationen blev udskudt efter en dags venten på hospitalet, journalen blev væk, sygeplejerskerne var stressede og skulle spise frokost, da patienten havde brug for hjælp. Adam Dyrvig Tatt havde blandede oplevelser, da han blev behandlet for testikelkræft.

33 "Vi arbejder hele tiden på at gøre tingene bedre"

34 Kræftafdelinger risikerer at ende som fabrikker

35 Kontaktperson kan hjælpe

46 FERIELÆSNING – fem til ferien

Sygeplejersken anbefaler fem bogtitler, der på hver sin skæve måde giver faglige vitaminer til sommerferien.

SIDE 36-44: UDSYN – SYGEPLEJERSKEN I IRLAND

36 Totalt stop

I marts 2004 lykkedes det den irske regering at gennemføre Europas første totale rygeforbud. Siden er resten af Europa fulgt efter – heriblandt også Danmark. Sygeplejersken har taget pulsen på det irske rygeforbud.

38 Europas første rygestop

Irlands rygestop er et af de strengeste til dato.

40 De mener det alvorligt

41 Patienterne røg i sengen

42 Hjertepatienter mere bevidste om rygning

44 Skar ned på cigaretterne

44 De unge ryger stadig på øverste dæk

J A

FOTO: CHRISTOFFER REGILD



36



36



62



70

SIDE 10-27: OM FORHANDLINGSRESULTATET

10 Sygeplejerskerne stemte ja

11 Interview med Connie Kruckow

Kampen for ligeløn fortsætter.

12 Forhandlingsresultatet – et overblik

14 Stor skuffelse over politikerne i Folketinget

14 Godt det er overstået

16 I holdt dampen oppe

Tæt på 2.000 tillidsrepræsentanter fra Sundhedskartellets 11 fagorganisationer var samlet til stormøde i Fredericia få dage efter indgåelsen af forhandlingsaftalerne med Danske Regioner og Kommunernes Landsforening.

18 ”Sejheden kan ingen tage fra os”

Det var ærgeligt, at vi ikke kunne få mere end 13,3 pct. Men alligevel har det været værd at strejke, lød det fra sygeplejerskerne på et medlemsmøde i Region Midtjylland.

20 Økonomiske tømmermænd i milliardklassen til regionerne

21 Alle studerende vil mærke konfliktens eftervirkninger

21 Strejkekassen skal fyldes op igen

22 Svendborgs svanesang for strejken

Der var ingen taberminer, da mere end 800 sygeplejersker fra hele Syddanmark samledes til fællessang og information om forliget.

24 ”Man skal kunne se sig selv i forliget”

Sygeplejersker fra hele hovedstadsregionen valfartede til Bella Centret i København til medlemsmøde med formand Connie Kruckow. Mange roste forliget, mens andre mente, at det ikke var godt nok.

26 Første hverdag efter konflikten – reportage fra Rigshospitalet

FAG

62 Praksispersonalets uddannelse og arbejde

Patienter skal vænne sig til, at lægepraksis i fremtiden vil organisere arbejdet anderledes, så man i nogle tilfælde går til lægen for at tale med en sygeplejerske.

70 Fænomenologi som forskningsmetode

Hvis man ønsker at lave en fænomenologisk undersøgelse, er det vigtigt at have indsigt i filosofiens nøglebegreber og metodens mulige faldgruber.

74 Udvikling af evidensbaserede kliniske retningslinjer i sygeplejen

Uddannelse, ejerskab og ledelsesmæssig opbakning til processen samt vejledning er vigtigt, hvis man skal udvikle kliniske retningslinjer.

I HVERT NUMMER

- 4 Eftertanker
- 5 Kort nyt
- 13 Dansk Sygeplejeråd mener
- 48 Debat
- 60 Fagtanker
- 60 Faglig information
- 61 Resuméer
- 68 Testen
- 77 Agenda
- 68 Anmeldelser
- 80 5 faglige minutter
- 81 Stillingsannoncer
- 90 Kurser/Møder/Meddelelser

God sommer

For de fleste er sommerferien lige om hjørnet. Også her på redaktionen. *Sygeplejersken* holder pause fra den 30. juni til den 8. august. Her har været lidt travlt. Vi har haft ekstra aktivitet i løbet af den otte og en halv uge lange strejke med særnumre og ekstra reportager fra konflikten.

Du kan læse alle artiklerne fra konflikten på vores hjemmeside: www.sygeplejersken.dk

Det har været en rekordlang strejke.

Som bekendt fik den sin afslutning den 13. juni. Da indgik Sundhedskartellet forlig med Danske Regioner og KL. Forhandlingsresultatet har været til afstemning blandt medlemmerne fra den 18. juni til den 24. juni. Resultatet af afstemningen blev offentliggjort den 25. juni. Hvad det endte med, kan du læse mere om på side 10 her i bladet.

Netop på grund af afstemningen udkommer denne udgave af *Sygeplejersken* først omkring den 30. juni – ca. to dage senere end planlagt. Vi synes, det var vigtigt at få afstemningsresultatet med i *Sygeplejersken* inden sommerferien.

I denne udgave af *Sygeplejersken* har vi også sat fokus på en del af kræftbehandlingen i Danmark. Historien er fortalt gennem en patients egne oplevelser af et kræftbehandlingsforløb. Det er sjældent, vi bringer patienters egne historier. De er ofte det, vi med journalistsprog kalder partsindlæg. Det vil sige kun den ene side af en historie. Men denne er godt fortalt og rejser vigtige spørgsmål, som vi synes skal videre til læserne. Den er ikke tænkt som en "pege fingre"-historie, men en historie, som forhåbentlig vækker til eftertanke og refleksion.

God læselyst og god sommer.



Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør
snp@dsr.dk



Patienter får



AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

Sammenhæng. Fra 1. januar næste år er det ulovligt, hvis sygehuse undlader at stille en kontaktperson til rådighed for den enkelte patient.

Den i dag 28-årige kræftpatient Adam Dyrvig Tatt blev efterladt i et venteværelse i to timer og fik ingen kontaktperson, da han første gang kom i behandling for kræft på Herlev Hospital.

Adam Dyrvig Tatts tilfælde er ikke enestående. I en ny spørgeskemaundersøgelse foretaget blandt 20.000 patienter fra Region Hovedstaden og Region Sjælland svarer over halvdelen "meget negativt", når de bliver spurgt, om de oplever fast tilknytning til bestemte sygeplejersker eller læger.

Regeringen og Dansk Folkeparti vil nu styrke indsatsen for at sikre patienter en mere sammenhængende behandling. Fra 1. januar 2009 har danske patienter et retskrav på at få tilknyttet en fast kontaktperson, hvis de er indlagt eller i ambulant behandling mere end et døgn. Det fremgår af en ændring i sundhedsloven, der blev vedtaget, inden Folketinget gik på sommerferie.

Siden 2005 har det været en del af økonomiaftalen mellem staten og de daværende amter, at patienterne skulle sikres adgang til en kontaktperson. Alligevel viser undersøgelser på sygehusene, at det stadig kun er mellem 60 og 90 pct. af patienterne, som får tilbuddet.

"Der er eksempler på, at folk, som burde have en kontaktperson, ikke har fået det.

Det er vigtigt, at syge mennesker bliver guidet gennem deres sygdomsforløb. Derfor mener vi, at det stiller patienterne bedre, at kontaktpersonen bliver et lovkrav," siger sundhedsminister Jakob Axel Nielsen (K).

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
(På barsel)



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



ret til en kontaktperson



FOTO: SIMON KNUDSEN

Den i dag 28-årige Adam Dyrvig Tatt blev for halvandet år siden behandlet for testikelkræft på Herlev Hospital. Da han mødte op til behandling, måtte han vente to timer uden at få besked om, hvad der skulle ske. Han oplevede stressede sygeplejersker, og på intet tidspunkt var det den samme læge, der tilså ham. Lægerne havde ikke læst journalen enten, fordi de ikke kunne finde den eller ikke havde tid.

Kræftens Bekæmpelse finder det positivt, at regeringen nu indskærper patienters ret til et sammenhængende forløb.

"Det synes at være en af de sværeste ting i det danske sundhedsvæsen at få omlagt arbejdsgange, så man sikrer, at patienten oplever kontinuitet og har en oplevelse af fast plejepersonale og læger. Det er vigtigt at sikre, at der er en ankerperson i behandlingsforløbet, som sikrer, at tingene rent faktisk sker som planlagt," siger leder af kvalitetsenheden i Kræftens Bekæmpelse *Janne Lehmann Knudsen*. Janne Lehmann Knudsen understreger dog samtidig, at den nye lov ikke løser det problem, at sygehuse har vidt forskellige definitioner på begrebet kontaktperson.

"At en afdeling har en kontaktperson, siger ikke noget om, hvordan ordningen føres ud i livet. Det er ikke nok at give patienterne et visitkort. Vi savner en mere præcis definition af, hvad ordet kontaktperson dækker," siger Janne Lehmann Knudsen, som også opfordrer politikerne til at lade patienterne evaluere kontaktpersonordningen.

Sundhedsminister *Jakob Axel Nielsen* er ikke enig i kritikken.

"Det er afgrænset i loven, at kontaktpersonen skal være en sundhedsperson, som medvirker ved patientens behandling. Men vi er nødt til at overlade det til sygehuse selv at vurdere, hvilke funktioner en kontaktperson skal have," lyder det fra sundhedsministeren.

Læs også tema side 28.

))) KONTAKTPERSON PÅ SYGEHUSE

Fra 1. januar 2009 skal alle patienter på sygehuse have en kontaktperson:

- Ved indlæggelsen eller ambulante behandling, der varer mere end et døgn, skal der udpeges en kontaktperson senest 24 timer efter indlæggelsen. Ordningen gælder også på private sygehuse, som det offentlige benytter.
- Kontaktpersonen skal være en sundhedsperson, der er direkte involveret i patientforløbet.
- Patienten skal have oplyst navnet på kontaktpersonen både skriftligt og mundtligt.
- Hvis patienten ikke får tildelt en kontaktperson, kan vedkommende klage til regionsrådet.

60-timers arbejdsuge i EU

I Danmark er arbejdsmarkedets parter enige om, at en normal arbejdsuge omfatter 37 timer. Men nu er EU's beskæftigelsesministre blevet enige om, at man i EU godt må bede folk arbejde i op til 60 timer om ugen. Og det finder de faglige danske organisationer LO, FTF og AC helt urimeligt.

"I fagbevægelsen gør vi alt, hvad vi kan for at nedbringe antallet af arbejdsulykker og begrænse nedslidningen af lønmodtagerne, og derfor er det her forslag fuldkommen uacceptabelt og hører ikke hjemme på et moderne arbejdsmarked," siger LO's *Harald Børsting* i en pressemeddelelse og understreger samtidig, at han tager det for givet, at undtagelsen ikke fremover vil blive benyttet i Danmark.

Aftalen betyder, at arbejdstiden i EU's medlemslande fremover gerne må overstige 48 timer om ugen, hvis det bliver vedtaget ved lov i det enkelte land, eller hvis arbejdsmarkedsparterne kan blive enige om andet – den øvre grænse er fastsat til 60 timer om ugen.

De tre danske organisationer opfordrede forud for afstemningen i EU's ministerråd i juni den danske beskæftigelsesminister til at stemme mod forslaget om en 60-timers arbejdsuge, men den danske minister valgte at stemme for forslaget.

Nu skal aftalen til afstemning i Europa-Parlamentet, og den danske fagbevægelse rustet sig til kamp for at overtale de europæiske parlamentarikere til at stemme nej.

(kbc)

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



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



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



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



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



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



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



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



Tusind studerende arbejder som

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST

Frisk fra fad. Vikarbureauer, der udelukkende ansætter sygeplejestuderende, blomstrer op i takt med, at manglen på sygeplejersker stiger.

Traditionelle fritidsjob for sygeplejestuderende som kassedamen, postomdeleren og rengøringsdamen er i stærkt stigende omfang erstattet af jobbet som sygeplejerskevikar. Udsigten til bedre løn og mere fleksibilitet har fået mere end 1.000 sygeplejestuderende til at melde sig som vikarer.

"Vi oplever flere og flere af de sygeplejestuderende, der tager job i vikarbureauerne i weekender og ferier," siger formanden for de sygeplejestuderende (SLS), Kirsten Salling Rasmussen.

1st Care, der er et vikarbureau udelukkende for sygeplejestuderende, startede i 2005 med 30 studerende i folden. I dag er der godt 1.000.

Også PN Vikarteam har succes med vikarordningen. På under et år er bureauet vokset fra 20 ansatte til 180 i København.

En af dem, der i dag arbejder ved siden af studierne hos 1st Care, er Janne Meisner Madsen,

der er 24 år og studerer på 5. semester på Sygeplejeskolen i København. Alene i hendes klasse har 10 ud af 30 studerende job hos vikarbureauet. Hun lægger ikke skjul på, at god løn, fleksible arbejdstider og varierende arbejdsopgaver harmonerer godt med tilværelsen som studerende.

God løn ved siden af

"Jeg kan tjene 3.000 kr. om måneden efter skat ved at arbejde samme antal timer i et vikarbureau, som på et plejehjem, hvor lønnen ville være 2.000 kr. efter skat," siger Janne Meisner Madsen, der for to år siden droppede sit fritidsjob på plejehjemmet for at blive vikar.

Direktør for PN Vikarteam, Monica Petersen, tror, at vikarbureauerne er blevet så populære som studiejob, fordi praktiktiden på studiet er blevet kortere.

"Jeg oplevede selv, at jeg havde brug for mere praktik, så jeg kender til behovet," siger Monica Petersen, der selv er nyuddannet sygeplejerske.

Vikarbureauerne har fundet inspiration i de lægestuderendes ordning med FADL-vagter, og de



FOTO: HEINE PEDERSEN

"Vikarbureauerne går benhårdt efter de studerende på skolerne. De kommer ud med standere og introdage og arrangerer sommerfester," fortæller formanden for de sygeplejestuderende (SLS), Kirsten Salling Rasmussen.

er populære blandt de sygeplejestuderende og arbejdsgiverne i sundhedsvæsenet.

"Da jeg startede op i 2005, begyndte jeg forsigtigt med 30 stu-

derende. Jeg endte i en sand telefonstorm, hvor plejehjem, sygehuse og de studerende kimedede mig ned. Der er virkelig brug for hænderne overalt i sundhedsvæ-

Gentofte Hospital: Introduktion til nye sygeplejersker er en investering

AF NINA VINTHER ANDERSEN, JOURNALIST

Når nyuddannede sygeplejersker begynder at arbejde på Thoraxkirurgisk afdeling på Gentofte Hospital, får de en grundig introduktion, som samlet set varer op til et halvt år.

Formålet er bl.a., at den nyuddannede sygeplejerske får en positiv modtagelse og hurtigt føler sig som en del af personalegruppen. Dertil kommer, at vedkommende får de fornødne kundskaber og færdigheder til at kunne varetage de opgaver, som er specifikke for de thoraxkirurgiske patienter.

Det fortæller ledende oversygeplejerske Kirsten Prehn til *Sygeplejersken*, efter at sygeplejer-

ske Line Most i sidste nummer af *Sygeplejersken* (nr. 12/2008, red.) fortalte om sine oplevelser på afdelingen som nyuddannet sygeplejerske for tre år siden.

Efter fire en halv måned sagde Line Most op, fordi hun ikke følte, hun magtede jobbet. Bl.a. betød travlhed på afdelingen ifølge Line Most, at hun aldrig fik den fornødne oplæring og det introduktionsforløb, som hun var blevet stillet i udsigt.

Afdelingen blev siden fusioneret med en anden afdeling, og da artiklen byggede på Line Mosts oplevelser, vurderede *Sygeplejersken* ikke, at afdelingen skulle høres. Det var en forkert vurde-

ring, som der nu rettes op på med denne artikel.

Til Line Mosts oplevelse siger Kirsten Prehn:

"Jeg kan ikke gå ind i den konkrete sag. Vi kan ikke tage hendes oplevelser og fortolkninger fra hende, men jeg vil gerne understrege, at vi selvfølgelig har en forventning om engagement og medansvar for, at forløbet bliver godt."

Oplæringsprogrammet er opbygget, så det indebærer øvelse i og læring af instrumentelle og praktiske færdigheder. Primært med dagvagter, men der er også enkelte aften- og nattevagter, forudsat at der ligger et lærings-

perspektiv, samt at det foregår som "føl" i følgeskab med den oplæringsansvarlige kontaktsygeplejerske.

I løbet af introduktions- og oplæringsperioden er der planlagt fire strukturerede samtaler. Formålet med disse samtaler er dels at drøfte forventninger til perioden, dels at drøfte og planlægge, hvordan oplæringen skal foregå, og sætte mål frem til næste status.

I introduktionsforløbet starter dagen med en gennemgang af de aktuelle læringsmuligheder og afrundes med en refleksion over dagens indhold.

"Jeg har i dag adspurgte den sidst ankomne sygeplejerske, om

vikarer

senet, og det giver samtidig de studerende en god mulighed for at lære mere," siger *Susanne Nielsen*, sygeplejerske og direktør for 1st Care vikarbureau.

Formand for SLS, Kirsten Salling Rasmussen, forstår godt, at de studerende lokkes af den gode løn hos vikarbureauerne, men hun frygter for fremtidens sundhedsvæsen.

"Vi mener, at vi skal have et så godt offentligt sundhedsvæsen, at der ikke er brug for vikarbureauer i det omfang, som de bruges i dag. Det er bekymrende, at de studerende allerede inden de er færdige som sygeplejersker vænnes til at være ansat i vikarbureauerne frem for de offentlige arbejdspladser," siger hun.

For Janne Meisner Madsen er det dog ikke fremtidsplanen.

"Når jeg er færdig, vil jeg gerne fastansættes på en hospitalsafdeling. Jeg ved, jeg vil kunne tjene mere som vikar, men jeg vil gerne være fast et sted med udviklingsmuligheder og efteruddannelse. Så kan det være, jeg supplerer med lidt vikartimer," siger hun.

hun mente, vi fulgte introduktionsprogrammet, og det svarede hun ja til. Hun havde læst artiklen og kunne ikke genkende det beskrevne, hvilket vi selvfølgelig er glade for, idet vi gør en stor indsats for at give nystartede sygeplejersker en god oplevelse," siger Kirsten Prehn.

Som led i hospitalsplanen blev Thoraxkirurgisk afdeling pr. 1. januar 2008 fusioneret med Hjertecentret på Rigshospitalet og er en klinik, der ledelsesmæssigt og organisatorisk er en del af Hjertecenteret. Klinikken vil pr. 1. oktober udelukkende beskæftige sig med hjertekirurgi.

Motionér med kollegerne i september

Den landsdækkende kampagne "Arbejdspladsen motioner" ligger i år i uge 38, 39 og 40.

Saml et hold på din arbejdsplads på mellem fire og 16 deltagere og meld jer til kampagnen. Hver deltager skal motionere 30 minutter om dagen hver for sig eller sammen. Der bliver trukket lod blandt deltagerholdene om en rejse til den Dominikanske Republik. (kb)

Tilmelding og mere information på: www.dfif.dk

Sygeplejersken efterlyser

Kontakt til diabetespatienter til større portrætserie/tema om social ulighed i sundhed. Vi søger hjælp til at få kontakt til diabetespatienter med type 1. Patienten er mellem 40-65 år og har oplevet, at sociale forhold i livet har gjort det vanskeligt at passe sukkersygen. Patienten skal medvirke i et interview af ca. 1½ times varighed og 2-3 korte opfølgende telefonsamtaler.

Kontakt journalist Sine Madsen på sma@dsr.dk eller tlf. 4695 4206.

Etniske minoriteter har massive sundhedsproblemer

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

Livsstil. *Indvandrere er mere syge og lever mere usundt end danskere, men til gengæld dropper deres børn cigaretterne og dyrker motion.*

Sukkersyge, depression og hjerteproblemer er langt mere udbredt blandt etniske minoriteter end blandt danskere. Det viser den første større undersøgelse af sundhed og livsstil blandt indvandrere fra Eksjugo-slavien, Tyrkiet, Somalia, Iran, Irak, Pakistan og Libanon/Palæstina. Mellem 23 og 40 pct. af indvandrere fra Eksjugo-slavien, Irak, Iran, Libanon/Palæstina har haft en forbigående psykisk lidelse mod 10 pct. af alle etniske danskere. 12 til 17 pct. af indvandrerne i undersøgelsen lider af diabetes mod 2 pct. af de etniske danskere. Undersøgelsen viser også, at mere end en tredjedel af de mandlige indvandrere ryger dagligt mod en fjerdedel af de etniske danskere. Men der er også lyspunkter. De nye tal viser, at indvandrernes børn ryger mindre end deres forældre, og efterkommere fra Pakistan og Tyrkiet er mere flittige til at dyrke motion end danskerne.

"Der er behov for en særlig indsats over for ind-

vandrere, både når de er syge og med hensyn til forebyggelse. Vi håber bl.a., at undersøgelsen kan bruges af kommunerne, når de skal tilrettelægge forebyggelsen," siger *John Singhammer* fra Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, der har gennemført undersøgelsen. Souschef *Annemarie Knigge* fra Sundhedsstyrelsens Forebyggelseskontor fremhæver, at undersøgelsens resultat stiller store krav til sundhedspersonalet. I en endnu ikke offentliggjort undersøgelse fra Sundhedsstyrelsen siger 46 pct. af de adspurgte læger og sygeplejersker, at behandlingen af patienter med anden etnisk baggrund "af og til" eller "ofte" volder problemer.

"Det stiller nye krav til sundhedspersonalets kompetencer og til sundhedsvæsnets evne og villighed til at tilpasse sig til de forskellige gruppers behov. Det er nødvendigt, hvis vi vil sikre lige adgang til sundhed," sagde Annemarie Knigge, da rapporten for nylig blev diskuteret på en konference i Århus.

Hele undersøgelsen kan downloades på: www.centerforfolkesundhed.dk

Gode tip til at spare penge efterlyses

Har I på jeres afdeling fundet på idéer til, hvordan man kan spare tid eller penge i hverdagen? I så fald hører vi gerne om det til kommende artikler i bladet om sygeplejerskers egne kreative idéer til, hvordan sundhedsvæsenet kan spare penge. (sbk)

Kontakt journalisterne *Christina Sommer* på tlf. 4695 4264 eller mail: cso@dsr.dk eller *Susanne Bloch Kjeldsen* på tlf. 4695 4178 eller mail: sbk@dsr.dk



www.dsr.dk

►►► INFORMATION OM SYGEPLEJERSKEPORTALEN



PIA GEDE NIELSEN,
WEBREDAKTØR,
PGN@DSR.DK



KRISTIAN ESKILDSEN
WEBJOURNALIST,
KFE@DSR.DK



ANDERS VON BENZON
KJÆRSGAARD,
WEBUDVIKLER,
ABK@DSR.DK

Penge lokkede nye brugere til

Muligheden for at få konfliktunderstøttelse fik 24.000 sygeplejersker til at gå ind og bruge konfliktberegneren i både april og maj. Mange af brugerne var helt nye på portalen, og enkelte måtte have hjælp til at logge ind. Fra portalredaktionen byder vi de nye brugere velkommen.

Konflikten i levende billeder

Mange medlemmer har også filmet med video-, digital- og mobilkameraer og efterfølgende sendt dem ind. Nogle af filmene bliver streamet fra portalen, mens andre er lagt på YouTube. Der er link til dem alle fra siden Konfliktaktiviteter, som man kan komme til fra www.dsr.dk/konflikt På YouTube ligger der ved redaktionens slutning 49 videoer. De er blevet startet mere end 38.000 gange tilsammen. Den mest sete er Connie Kruckow gør status 16. maj. Den er set over 5.300 gange.

Historiske dage for portalen

175.000 unikke brugere var inde på sygeplejerskeportalen i perioden 21. april til 21. maj. I alt blev der i den periode vist 2,7 millioner sider. Den travleste dag i portalens historie var den 15. april. Det var mandagen, før strejken startede. De første dage efter, formand Connie Kruckow varslede strejke, var portalen meget overbelastet og langsom at bruge. Derfor måtte kapaciteten udvides til det femdobbelte.

”Poul Erik blev kun 58 år”

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

”Stærke” mænd. Prostatakræft er lige så farlig en sygdom som brystkræft. Alligevel ved otte ud af 10 mænd stort set ikke noget om sygdommen.

De seneste tre år har den tidligere tv-vært Flemming Leth været med til to begravelser. Hans svoger døde af prostatakræft som 71-årig. En god kollega blev kun 58 år. Også han døde af prostatakræft.

Selv fik Flemming Leth konstateret prostatakræft for fire år siden. Kræften blev opdaget ved en tilfældighed, da han var indlagt for blodforgiftning.

Flemming Leth var en af de oplægsholdere, som åbnede den årlige sundhedsuge for mænd, Men's Health Week 2008, ved et arrangement i Dansk Sygeplejeråd.

”Da jeg fik konstateret prostatakræft, anede jeg intet om sygdommen.

Jeg var heldig, og i dag er jeg rask. Men min gode kollega Poul Erik blev kun 58 år. Han døde alt for tidligt, fordi hans sygdom blev opdaget for sent,” fortalte Flemming Leth.

På mødet modtog formanden for Prostatacancer Patientforeningen, Poul Erik Pyndt, Men's Health Prisen 2008. Foreningen har de seneste otte år forsøgt at udvide kendskabet til sygdommen, der hvert år koster 1.200 mænd livet. Foreningen har netop offentliggjort en undersøgelse, som viser, at otte ud af 10 mænd over 50 år har ingen eller meget begrænset viden om prostatakræft.

”Der dør lige så mange danskere af prostatacancer som af brystcancer. Alligevel ved mændene ikke, at f.eks. hyppig vandladningstrang kan være et symptom på prostatacancer,” fortalte Poul Erik Pyndt.

Rettelse

Artiklen ”Sorggrupper for efterladte ægtefæller” i *Sygeplejersken* nr. 12/2008 var desværre forsynet med en forkert e-mail-adresse til forfatteren. Den korrekte e-mail-adresse til Ulla Thorup Jessen er: e-u.jessen@webspeed.dk

Redaktionen

Vil lære skizofrene at håndtere hverdagen

AF MAJBRITT LUND, JOURNALIST

Ph.d.-projekt. *Sygeplejerske og cand.cur.* Jens Peter Hansen går senere på året i gang med et ph.d.-projekt i samarbejde med Odense Universitet. Her vil han undersøge effekten af at lære patienter med skizofreni at løse konkrete problemer i hverdagen.

De næste to år vil sygeplejerske og cand.cur. Jens Peter Hansen fra Klinik for Skizofreni i Esbjerg undersøge, i hvilket omfang han kan lære unge patienter med skizofreni at få hverdagen til at fungere ved at lære dem forskellige strategier.

”Jeg har altid arbejdet med patienter med skizofreni og ser det som en spændende udfordring at kunne hjælpe dem til at få deres hverdag til at hænge sammen. Det er helt elementære ting som at købe ind og komme i bad, de kan have problemer med,” fortæller han.

Derfor vil han i løbet af en toårig periode lave et ph.d.-projekt, hvor han vil lære dem teknikker til, hvordan de helt konkret kan løse de problemer, de står med i hverdagen, som hvordan de overhovedet kommer ud af sengen, får købt ind og ryddet op i deres lejligheder.

”Når vi arbejder terapeutisk med denne gruppe, laver vi nogle aftaler med dem, men når vi så ikke er hos dem, har de meget svært ved at overholde aftalerne, og deres hverdag bryder sammen igen, fordi de så let bliver forstyrret af deres egne tanker og pludselige indfald,” siger Jens Peter Hansen.

I forsøget vil han følge to grupper af hver omkring 70 personer, der alle får besøg af opsøgende psykoseteam, der taler med dem og giver dem medicin. Men den ene gruppe vil herudover også deltage i Jens Peter Hansens projekt, hvor han vil se, hvilke resultater

han kan opnå ved at hjælpe dem med at strukturere deres hverdag. Den gruppe, der ikke kommer med i projektet, skal så fungere som en kontrolgruppe.

”Det kunne være at lave en aftale om, at jeg sender en sms til dem på et bestemt tidspunkt. Eller vi kunne lave en ordning med at pakke deres tøj i nogle poser, så de lettere kunne finde ud af at skifte på nogle faste dage. Deltagerne har deres sygdom i forskellige sværhedsgrader, og jeg forventer de største resultater ved de hårdest ramte,” siger Jens Peter Hansen.

Den nye forskningsfond i Region Syddanmark, Psykiatriens Forskningsfond, har netop uddelt 3 mio. kr. til forskning i psykiatrien, og heraf fik Jens Peter Hansen det største beløb på 600.000 kr. til sit projekt.



Poul Erik Pyndt er formand for Prostatacancer Patientforeningen, der forsøger at udbrede kendskabet til sygdommen, som hvert år koster 1.200 danske mænd livet. Poul Erik Pyndt fik overrakt Men's Health Prisen 2008 af leder af Sundhedsstyrelsens forebyggelsescenter, Else Smith, ved et arrangement i Dansk Sygeplejeråd den 9. juni 2008.

Men's Health Week står bag en lang række kampagner på arbejdspladser og i kantiner. Blandt arrangørerne er bl.a. Sundhedsstyrelsen, 3F, Dansk Metal og Dansk Sygeplejeråd.

"I øjeblikket kæmper sygeplejerskerne en kamp for ligestilling. Men der er også nogle ligestillingsproblemer, som er negative for mændene. Mænd lever i snit tre år kortere end kvinder, og mænd går senere til læge

end kvinder. Hvis vi vil ændre de forhold, er vi nødt til at have arbejdspladsen med som arena for sundhedsfremme," sagde 2.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd, *Dorte Steenberg*, ved åbningen af mændenes sundhedsuge.

Læs mere om de mange aktiviteter i Men's Health Week på: www.sundmand.dk

Europæisk aftale om vikarvilkår

Godt otte millioner mennesker på tværs af Europa arbejder i dag som vikarer. Et nyt politisk kompromis mellem EU's social- og beskæftigelsesministre baner nu vejen for at sikre samme løn og rettigheder til vikarer som til fastansatte medarbejdere. Forslaget om ligebehandling af vikarer har været på EU's dagsorden siden begyndelsen af 1980'erne, men særligt England har blokeret for en aftale, fordi de frygtede for, at deres arbejdsmarkedssystem ville lide under lovfæstede rettigheder til vikarer. Men ved at skrive en undtagelse ind i aftalen har englænderne nu accepteret den. Undtagelsen drejer sig om, at vikarerne ikke nødvendigvis opnår samme rettigheder fra første dag på en arbejdsplads – faktisk kan arbejdsgiverne vente i op til 12 uger, før de ligestiller vikarerne med de øvrige medarbejdere. Denne undtagelsesmulighed til trods hilser bl.a. LO den nye aftale mellem EU's 27 medlemslande velkommen. (kbc)

ER DU GLAD FOR SYGEPLEJEN...

...men længes efter at arbejde under andre rammer?

- Ønsker du en større viden om muskel, nerve og knoglevæv?
- Søger du en helhedsorienteret tilgang til bevægeapparatet?
- Har du behov for mere fleksible arbejdstider?
- Trives du med gymnastik og bevægelse?
- Betyder tid til det enkelte menneske noget for dig?
- Er du visions- & idérig, men mangler et frirum til at føre det ud i praksis?

Vækker ovenstående interesse er vores 1-årige suppleringsuddannelse måske noget for dig!

Vi har mulighed for at klæde dig på til et job, hvor du vil kunne arbejde i tværfaglige teams eller selvstændigt. På vores hjemmeside www.eilbygaard.dk vil du bl.a. kunne finde oplysninger omkring hvilken type af helbredsproblemer, du efter endt uddannelse vil kunne arbejde med.

For yderligere information kontakt Benedikte C. Eilby på telefon 2624 8139 eller rekvirer vores uddannelsespejce på info@eilbygaard.dk

E i l b y g a a r d[®]
SUNDHEDSFREMME & FOREBYGGELSE

• SENETENSBEHANDLING & UDDANNELSE • HOLDNINGSKORREKTION • GYMNASTIK
• RIDETERAPI • FOREDRAG • FØDSELS & FORÆLDRE FORBEREDELSE • ØKOLOGISKE SPECIALVARER

Klik ind på www.eilbygaard.dk for yderligere information.

På vej mod ligeløn

Sygeplejerskerne har stemt ja til overenskomsten. Knap 68 procent af sygeplejerskerne stemte, og et massivt flertal på 84 procent har nu sagt ja til 13,3 procent over tre år, som vi har kæmpet os frem til efter 8½ uge i konflikt.

Jeg er glad for, at der er så klar opbakning blandt medlemmerne til forhandlingsresultatet. Det samme er hele hovedbestyrelsen. For det betyder, at sygeplejerskerne nu får de forbedringer i hus, som ligger i den nye overenskomst.

Vi har kæmpet længe, før det lykkedes os at sprænge rammen.

I virkeligheden begyndte overenskomstforhandlingerne for mere end et år siden, da vi indsamlede medlemmernes krav. Dengang var meldingen fra sygeplejerskerne helt entydig: Løn, løn og atter løn. Sygeplejerskerne vil ganske enkelt ikke blive ved med at halve 27 procent efter de privatansatte. Vi vil have ligeløn. Derfor er det så vigtigt, at vi denne gang får 13,3 procent og dermed tager et skridt på vej mod ligeløn.

Undervejs har vi været oppe imod hårde odds.

F.eks. begyndte arbejdsgiverne forhandlingerne med at erklære lønfesten for død. Og arbejdsgiverne har fået støtte i deres kamp af regeringen, bankøkonomer, OECD, Dansk Arbejdsgiverforening og andre faglige organisationer i den offentlige sektor – for nu blot at nævne nogle.

Arbejdsgiverne er også blevet bakket op af en lang række af arbejdsmarkedsforskere. De har bl.a. kaldt vores ligelønsprojekt for en håbløs mission, og de har gang på gang spået, at vi ikke ville få en krone ud af at strejke. Men *Storm P* har ret: Det er svært at spå – især om fremtiden. Det har arbejdsmarkedsforskere måttet sande.

For vi fik noget ud af at strejke. Vi sprængte rammen og fik de ekstra penge direkte fra arbejdsgivernes egen lomme. Ikke via skævdeling fra andre faglige organisationer. Dermed er vi lykkedes med den strategi, vi lagde, da vi meldte os ud af KTO i 2003: Vi vil kæmpe med arbejdsgiverne. Ikke med de andre fagforeninger.

Nu har vi et kæmpe arbejde foran os: Ligelønskommissionen er endnu ikke helt i hus, og når den kommer det, fortsætter vi kampen for ligeløn. Vi fortsætter også kampen for et stærkt offentligt sundhedsvæsen og for en fornyelse af den danske aftalemodel. Også på de indre linjer bliver der meget at se til. Bl.a. skal Garantifonden fyldes op igen, så vi er kampklare til 2011, og når udgifterne til konflikten er endeligt gjort op til efteråret, ved vi, hvor stort strejkekontingentet bliver.

Mange journalister har spurgt: Har det været kampen værd? Mit svar er krystalklart: Det har det! For med 13,3 procent har vi taget et skridt på vej mod ligeløn. Men vi er ikke i mål endnu. Så selv om konflikten er slut, fortsætter kampen i de kommende år.

"For vi fik noget ud af at strejke. Vi sprængte rammen og fik de ekstra penge direkte fra arbejdsgivernes egen lomme. Ikke via skævdeling fra andre faglige organisationer."



Connie Kruckow, formand

A photograph of Adam Dyrvig Tatt, a man with short dark hair and a light beard, wearing a dark jacket over a green shirt. He is standing in front of a modern, multi-story building at night. The building's facade is illuminated with blue and yellow lights, creating a dramatic, geometric pattern of light and shadow. The sky is a deep blue. Adam is looking slightly to the right of the camera with a neutral expression.

AF ADAM DYRVIG TATT

Adam Dyrvig Tatt er i dag kureret for sin kræftsygdom. Han oplevede et hospitalssystem, der havde samme effektivitet som et slagteri. Men den menneskelige side af behandlingen fejlede.

**”Jeg føler mig som et tæppe,
der er blevet trampet**

Kræft. Operationen blev udskudt efter en dags venten på hospitalet, journalen blev væk, sygeplejerskerne var stressede og skulle spise frokost, da patienten havde brug for hjælp. Adam Dyrvig Tatt havde meget blandede oplevelser, da han blev behandlet for testikelkræft på Herlev Sygehus. Er effektiviseringen af kræftbehandlingen gået så vidt, at omsorgen bliver frasorteret i de stadig mere effektive arbejdsgange? spørger den i dag 28-årige kræftpatient.

AF ADAM DYRVIG TATT • FOTO: SIMON KNUDSEN

”Du kan godt regne med, at det er kræft.” Den kvindelige læge tager gummihandskerne af, mens hun fortæller mig sandheden.

Jeg ligger på undersøgelsesbriksen med bukserne nede om knæene. Hun har lige undersøgt min venstre testikel, og selvom mine værste forudannelser godt vidste besked, så rammer meldingen hårdt. Kræft! Pludselig går jeg fra at være en almindelig sund fyr på 27 år til at være dødeligt syg.

I dagene op til undersøgelsen havde jeg kigget på internettet og sat mig ind i testikelkræftens væsen og behandling. Den starter i 98 pct. af tilfældene i venstre testikel, og så spreder den sig aggressivt op langs ryggraden via lymferne. Når så først kræften har fået fat i lymferne, går det uhyggeligt stærkt. I løbet af meget kort tid spreder det sig til lungerne og til sidst til hjernen. Lige nu ved jeg kun, at jeg har kræft i testiklen. Hvor langt har det nået at sprede sig? Uvisheden er det værste.

”Vi skal jo have dig opereret så hurtigt som muligt, så skal jeg ikke lige gå ind og booke en operationstid til dig med det samme?” spørger lægen, mens jeg tager bukserne på.

Tanken om, at sygdommen vokser og spreder sig time for time, er ikke til at holde ud.

Allerede en måned inden havde jeg opdaget en lille knude på min testikel, og på den korte tid havde den vokset sig dobbelt så stor. Det eneste, der kører rundt i mit hoved, er, at det bare skal væk så hurtigt som muligt.

”Det var heldigt. Du kan komme til allerede i overmorgen på Herlev,” siger lægen.

I gode hænder

Det er december måned og mørkt udenfor. Klokken er fire om eftermiddagen. Så længe jeg er i undersøgelsesrummet på Amager Hospital, føler jeg en slags helle fra sygdommen, for så er jeg i en læges hænder. Jeg stoler på, at mit liv ikke er ligegyldigt for hende, og at hun vil gøre alt for at redde mig. Amager Hospital tager sig dog ikke af kræftpatienter og opererer ikke urologisk, men alligevel giver det mig en trykthed at være sammen med en læge.

”Det virker ikke som en særlig stor svulst,” prøver hun at berolige mig.

Det eneste, jeg tænker på, er, om det har spredt sig. Hvor langt er det nået ud i min krop? Hvor syg er jeg? Skal jeg dø?

”Halvdelen af alle patienter med testikelkræft bliver bare opereret, og så er de raske,” fortsætter hun. Hun ved godt, at der skal handles hurtigt, så kræften ikke spreder sig.

”Når du kommer ud på Herlev, så skal du møde fastende om morgenen. Under operationen laver de en orkiektomi. Det vil sige, at de åbner din lyske og tager testiklen ud den vej. Så bliver den undersøgt for kræft, og bagefter får du svar på, om det var kræft, og om det er en seminom eller en non-seminom kræftform,” forklarer hun, mens hun bladrer i min journal.

Jeg har sat mig grundigt ind i tingene, så jeg ved godt, at hvis det er en non-seminom kræftform, så er den meget aggressiv og vil med stor sandsynlighed have spredt sig allerede.

”Får jeg det at vide lige bagefter operationen?” spørger jeg, for jeg vil gerne have hurtig og klar besked om min tilstand, og hvad mine muligheder er for at overleve.

”Ja, det gør du. Du kan også godt regne med, at du kan gå hjem samme dag.”

Hun lægger papirerne fra sig:

”Egentlig skulle jeg tage en blodprøve af dig nu, hvor vi skulle se på dine tumor-markører, men fordi du skal til allerede i overmorgen, så skal du have dem taget på Herlev. Jeg har givet dem besked, men det er bare vigtigt, at du husker dem på det, for ellers er der en risiko for, at de glemmer det.”

Tumor-markørerne er et udtryk for, hvilket stadie sygdommen er på.

”Er der noget, du er i tvivl om?” spørger hun.

”Nej, jeg vil bare gerne have den fjernet så hurtigt som muligt, så jeg er glad for, at jeg kan komme til med det samme,” svarer jeg.

”Det kan jeg godt forstå. Og så er det godt, at de er så dygtige derude,” svarer hun.

Jeg rejser mig op og tager min jakke på. Jeg er overrasket over, hvor uhyre effektivt det hele virker. Jeg glæder mig ligefrem til, at jeg

))) MENNESKELIGHED KVÆLES I TRAVLHEDEN

Hvert år får 34.000 danskere at vide, at de har kræft. Diagnosen udløser voldsomme tanker om liv og død hos hver enkelt patient. De seneste års debat om manglerne i kræftbehandlingen har først og fremmest fokuseret på at nedbringe ventetiden og lave mere effektive behandlingsforløb. Men risikoen ved den stigende effektivisering er, at den menneskelige del af kræftbehandlingen går tabt. Adam Dyrvig Tatt oplevede manglende omsorg og indlevelse fra personalet, da han blev behandlet for testikelkræft, og ifølge en stor undersøgelse fra Kræftens Bekæmpelse er hans eksempel langt fra enestående.

på med beskidte støvler”

”38 timer senere er jeg på vej ud til Herlev. Jeg sidder i bilen med min kæreste. Hun har også fået konstateret kræft mindre end to måneder forinden. Det var i virkeligheden det chok, der ændrede min verden. Pludselig går man fra at være ung og usårlig til at være dødelig. Nu er døden ikke på den anden side af et helt liv, børn, ægteskab og karriere, for måske kommer den nu. At skulle forholde sig til døden, når man er 27 år, synes urimeligt.”

» skal ud på Herlev og behandles af de bedste eksperter.

Magtesløse

38 timer senere er jeg på vej til Herlev Hospital. Jeg sidder i bilen med min kæreste. Hun har også fået konstateret kræft mindre end to måneder forinden.

Det var i virkeligheden det chok, der ændrede min verden. Pludselig går man fra at være ung og usårlig til at være dødelig. Nu er døden ikke på den anden side af et helt liv, børn, ægteskab og karriere, for måske kommer den nu. At skulle forholde sig til døden, når man er 27 år, synes urimeligt.

Vi sidder ved siden af hinanden og græder lidt. Det har vi gjort meget på det sidste. Jeg vil så gerne hjælpe hende og hun mig. Men vi kan ikke. Vi er magtesløse og må lægge hinandens liv i andres hænder.

Jeg vil bare tages hånd om af en læge, som beroligende siger: ”Vi skal nok klare det her for jer,” tænker jeg.

Vi kører ind foran den 24 etager høje bygning. Da vi kommer ind i ankomsthallen, har jeg en følelse af, at jeg nu endelig er i trygge hænder. Jeg har bare lyst til at give op og falde tudende om halsen på den første læge.

”Det føles næsten som at komme hjem til sine forældre, da man var ulykkeligt forelsket første gang,” siger jeg til min kæreste. Hun nikker, for hun kender følelsen.

Udsigten er fantastisk, da vi træder ud af elevatoren til afdelingen på 22. etage. Jeg går hen til skranken med mine papirer i hånden. Klokkeren er 8.15, og det er lige efter vagtskiftet. Sygeplejerskerne stryger rundt mellem hinanden, og én støder ind i mig. Hun skyn-der sig videre uden at sige undskyld.

”Jeg skal opereres her i dag,” siger jeg til kontordamen.

”Øhh, ja.” Hun er meget stresset, det er tydeligt.

”Hvis du bare lige sætter dig udenfor lidt, så kommer vi og henter dig.”

Vi sætter os ud og ser på nyhederne i morgen-tv. Tophistorien er den mangelfulde kræftbehandling.

Jeg er sulten og tørstig, for jeg har fastet i 10 timer.

”Hvad tror du, der skal ske?” spørger jeg min kæreste.

”Jeg ved det ikke rigtigt, men de kommer jo sikkert ud og fortæller dig, hvordan dagen skal forløbe,” vurderer hun.

Vi venter næsten to timer, så går jeg hen til skranken.

”Undskyld,” afbryder jeg den forbipasserende kontordame:

”Jeg har siddet herude i snart to timer, og jeg har ikke engang fået at vide, hvad der skal ske. Jeg skal opereres for testikelkræft i dag,” prøver jeg at appellere til hende:

”Ja, men ved du hvad, vi har ret travlt, og jeg skal nok komme ud til dig,” vrisser hun.

Jeg vender mig om og går tilbage til min kæreste.

Endelig kommer kontordamen ud med nogle blodprøvepapirer.

”Du skal gå ned i blodbanken og så komme tilbage igen,” siger hun kort.

”Har I husket, at jeg også skal have taget prøver af mine tumor-markører?” spørger jeg.

”Øhh, jaja,” svarer hun.

”Hvor ligger blodbanken henne, og hvad skal der ske bagefter?” spørger jeg hende, mens hun allerede er på vej tilbage.

”Jamen, så skal du tale med en læge, som vil undersøge dig, hvis der bliver tid til det. Men jeg tror ikke, at vi kan operere dig i dag. Så du skal nok bare gå hjem bagefter,” skyn-der hun sig at sige.

Jeg kigger opgivende på min kæreste:

”Tænk, hvis man nu var en gammel dame, der sad her alene og ingenting vidste og bare ikke ville være til besvær og forstyrre dem i deres travle arbejde. Så ville hun dø, inden nogen hjalp hende,” siger jeg.

Nede i blodbanken sidder knap 50 mennesker i kø. Da jeg endelig kommer til, spørger jeg sygeplejersken, om hun kan se, at der også skal tages prøver til mine tumor-markører.

”Det tror jeg ikke,” svarer hun. Hun går ud og ringer op til afdelingen.

Jeg føler mig fuldstændig alene som et produkt i et stort maskineri.

”Jeg har kræft, og I er de eneste, der kan hjælpe mig,” græder jeg indvendig.

Da sygeplejersken kommer tilbage, ler hun opgivende.

”Det havde de sørme lige glemt,” siger hun og ryster på hovedet.

Operation udskudt

Tilbage på afdelingen får jeg lov at sidde i endnu to timer. Jeg rejser mig til sidst med et gabende hul i maven af sult og er frygtelig tørstig. Jeg er ved at eksplodere indvendig. Ingen tager hånd om mig.

”Nu vil jeg altså gerne tale med en læge,” siger jeg hidsigt til kontordamen, som kommer forbi.

”Jamen, det skal du også nok snart komme til,” svarer hun irriteret.

”Du kan gå ud og tage noget frokost imens,” foreslår hun.

”Jamen, jeg faster jo, for helvede. Altså har I ikke styr på, hvad der foregår?” raser jeg. Ingen har taget notits af mig. Ingen har præsenteret sig for mig og fortalt, hvad der skal ske. De ved tilsyneladende ikke, at jeg går og faster. Skal jeg overhovedet opereres?

”Du kommer ikke til i dag,” svarer hun.

”Men sæt dig ned, så skal jeg finde en læge.” Der går endnu 20 minutter. Så kommer der en læge. Han er blevet tilkaldt, fordi jeg brokkede mig.

”Vi har ikke fået din journal, tror jeg, så kan du fortælle mig, hvilken side det er?”

Han undersøger mig kort og fortæller lidt om operationen.

”Men vi kan desværre ikke operere dig i dag, så hvis du kan komme i morgen kl. 6.00 fastende, så skal vi nok operere dig med det samme,” undskylder han.

”Jojo, det er vel fint,” svarer jeg. Jeg har givet op og vil bare væk.

”Det er bare ikke særlig betryggende at være her,” prøver jeg at forklare ham.

”Jeg har lige for to dage siden fået at vide, at jeg har kræft ligesom min kæreste. Når man så kommer her, er der ingen, der fortæl-



»» MÅ LEVE MED EFTERVIRKNINGERNE

Det er et år siden, at den i dag 28-årige journaliststuderende *Adam Dyrvig Tatt* fik sin sidste behandling med kemoterapi. I dag er han rask, men må leve med eftervirkningerne af behandlingen.

"Jeg blev helbredt, og det gjorde min eks-kæreste, der led af livmoderhalskræft, også. Der ligger en forståelse fra omverdenens side, at når man overlever kræft, så er det det. Og sådan er det ikke. Jeg har fået en masse bivirkninger, som jeg skal leve med," siger Adam Dyrvig Tatt, der bl.a. har fået tinnitus, lungeskader og hvide fingre på grund af kemoterapien.

"Kræftsygdommen sætter spor i ens sjæl. Når man er 27 år, er man udødelig, og det er man så pludselig ikke alligevel. Jeg er blevet rask, men sådan et sygdomsforløb har store omkostninger," siger Adam Dyrvig Tatt. I øjeblikket er han i gang med at lave sin afsluttende hovedopgave på Journalisthøjskolen. Adam Dyrvig Tatt har tidligere arbejdet på Bastard Film. I tre måneder var han ansat på handicapinstitutionen Strandvænget, hvor han dokumenterede omsorgssvigt i TV2-udsendelsen "Er du åndssvag?"

ler, hvad der skal ske i løbet af dagen. Så laver I fejl i mine blodprøver og har ikke min journal. I morgen skal jeg så skæres op af jer. Det er meget lidt betryggende, og jeg bliver faktisk lidt ked af det."

"Jamen, det kan jeg da godt forstå," svarer lægen sikkert oprigtigt.

Som et slagteri

Klokken er lidt i seks, da jeg møder på afdelingen. Alle sover stadig, og sygeplejersken, der tager imod mig, hvisker, da hun giver mig den beroligende pille inden operationen.

20 minutter senere er jeg på vej ned til operationsbordet. Operationsstuerne ligger på række som slagterier. Bagefter køres patienterne tilbage i sorterede stabler. Man kan ikke andet end at føle sig som et slagtesvin, men meningen er god, og det virker tilsyneladende effektivt.

Tre timer efter vågner jeg på opvågningsstuen. Lægen kommer ind og ser til mig.

"Vi har fjernet din venstre testikel, og alt er gået fint," beroliger han mig.

Mere husker jeg ikke derfra, for morfinen

"Da vi kommer ind i ankomsthallen, har jeg en følelse af, at jeg nu endelig er i trygge hænder. Jeg har bare lyst til at give op og falde tudende om halsen på den første læge."

døser mig væk i en dejlig søvn uden drømme. Oppe på stuen står mine forældre og tager imod. Jeg er glad, for nu er det hele vel overstået, håber jeg.

Da lægen kommer ind til mig med en sygeplejerske, er det for at fortælle mig, at det var kræft.

"Det er en non-seminom kræftknode, vi har fjernet i dag, men dine tumor-markører ser fine ud," forklarer han.

Det var altså den aggressive form, men indtil videre håber jeg på, at markørerne har ret, og at spredningen ikke allerede har fået fat. Jeg priser mig lykkelig for, at jeg er kommet til så hurtigt.

Tænk, hvis jeg skulle have ventet to til tre måneder på operationen. Så var der ingen tvivl om, at spredningen havde minimeret mine chancer for at overleve.

Da lægen og sygeplejersken går, er jeg meget træt, og mine forældre lader mig sove lidt.

Ufattelige smerter

Da jeg igen vågner, kigger jeg på mit ar. Den side af min pung, hvor de har fjernet testiklen, er pludselig vokset til en tennisbolds størrelse. Jeg kalder hurtigt på en læge, og hun kommer stresset ind. Det viser sig, at jeg har fået en indre blødning, som skal standses nu. »

”Allerede en måned inden havde jeg opdaget en lille knude på min testikel, og på den korte tid havde den vokset sig dobbelt så stor. Det eneste, der kører rundt i mit hoved, er, at det bare skal væk så hurtigt som muligt.”

» Pludselig står der tre læger og et par sygeplejersker og trykker med is på mit skridt. Det gør afsindigt ondt, men langsomt stoppes blødningen.

”Du skal nok regne med at blive i tre til fire dage,” forklarer lægen mig.

Det er o.k., tænker jeg, for jeg føler mig i trygge hænder.

De næste dage må jeg kun ligge på ryggen, og det giver mig ufattelige smerter. Jeg sover dårligt, og frygten for spredning kører i mit hoved. Jeg ringer til min kæreste, som er blevet indlagt på Rigshospitalet for at få indvendig strålebehandling. Hun har det heller ikke godt. Jeg er meget ked af det, for tragedien er uoverstigelig. Jeg beder om en sovepille.

”Det har sådan en ung fyr da ikke brug for,” afviser sygeplejersken mig.

Jeg overraskes fuldstændig af hendes attitude.

Jeg prøver at forklare hende, at jeg ikke har det så godt og er bange for, hvad der skal ske med mig selv og min kæreste.

”Det skal nok gå det hele,” siger hun bare, mens hun giver mig en Panodil.

De næste tre dage er det på intet tidspunkt den samme læge, som tilser mig. Det er helt tydeligt for mig, at lægerne ikke har læst min journal.

Jeg spørger til den, men får svaret, at de ikke lige kan finde den. Jeg er rystet.

På grund af det store tryk fra blødningen kan jeg ikke tisse. Til sidst beder jeg om at få lagt et kateter. Jeg ved, det ikke er sjovt, så det er først, da det gør rigtigt ondt, at jeg spørger. Sygeplejersken vender dog aldrig tilbage. Hun har øjensynligt glemt mig. Efter to timer er jeg ved at eksplodere, men ingen reagerer på mine kald. Til sidst hiver jeg to gange i snoren. Det betyder hjertestop. Sygeplejerskerne kommer væltende ind med opspærrede øjne. Jeg skælder ud og siger, at nu vil jeg altså have lagt det kateter. Jeg er ved at eksplodere.

”Ved du hvad, vi sidder lige og spiser frokost, og så må du lige vente,” snerrer sygeplejersken.

”Det er altså to timer siden, at jeg ikke længere kunne holde det ud,” prøver jeg.

”Jo, men vi skal jo altså have pauser en gang imellem, ik!?”

De forsvinder alle ud igen. 20 minutter senere kommer hun tilbage.

”Nåh, hvad siger den utålmodige til det?” spørger hun sarkastisk, da hun åbner døren.

Sådan fortsætter mine oplevelser på Herlev Amtssygehus. Stressede sygeplejersker, som er ved at blive slidt ned. Læger, som ikke læser journalen, enten fordi de ikke kan finde den, eller fordi de ikke har tid.

Intensiv kemoterapi

Halvanden måned senere får jeg dommen efter mange undersøgelser. Kræften har spredt sig til lymferne omkring min rygrad. Dermed venter knap tre måneders intensiv kemoterapi, hvor jeg indlægges i mere end fire uger på Rigshospitalet.

Havde de ikke kunnet tilbyde mig så hurtig en operation, havde det uden tvivl set meget værre ud. Så havde jeg skullet gennemgå, hvad lægen betegnede som den helt store omgang med fem måneders intensiv kemoterapi.

I dag halvandet år efter er jeg helbredt og har det godt.

Mine oplevelser med det danske sygehusvæsen er meget blandede. Jeg føler mig vel som et tæppe, der er blevet rensset, men som også er blevet trådt på med beskidte støvler. Som patient kan man ikke lade være med at spørge sig selv, om omsorgen er blevet trimmet væk i de stadigt mere effektive arbejds-gange.

Hvornår indser politikerne mon, at effektivitet nok redder liv, men at der også skal komme en hel patient ud i den anden ende?

bso@dssr.dk

”Ved du hvad, vi sidder lige og spiser frokost, og så må du lige vente,” snerrer sygeplejersken.

))) KRÆFT I DANMARK

I Danmark er antallet af nye årlige kræfttilfælde steget fra godt 9.000 i 1940'erne til 34.161 i 2003 ifølge den nyeste opgørelse (september 2007) fra Cancerregisteret i Sundhedsstyrelsen. Der var 16.647 nye tilfælde hos mænd og 17.514 hos kvinder i 2003, mens 15.452 i 2001 døde af en kræftsygdom, heraf 7.760 mænd og 7.682 kvinder. 220.623 danskere levede pr. 31. december 2003 med en kræftdiagnose, hvilket svarer til 4,3 pct. af den danske befolkning.

Kilde: Kræftens Bekæmpelse.



”Vi arbejder hele tiden på at gøre tingene bedre”

Fejlkultur. Urologisk Afdeling på Herlev Hospital beklager, at Adam Dyrvig Tatt har oplevet et dårligt forløb. Afdelingens egne undersøgelser viser, at en meget stor del af patienterne er tilfredse med forløbet.

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: SIMON KNUDSEN

”Det er trist, at en patient oplever sådan et forløb, og det kan vi kun beklage.” Sådan siger ledende oversygeplejerske *Helle Lauridsen* fra Urologisk Afdeling på Herlev Hospital, der har læst *Adam Dyrvig Tatts* beretning. Helle Lauridsen understreger samtidig, at afdelingen behandler 6.000 patienter om året. Afdelingen har selv taget initiativ til at foretage en patienttilfredshedsundersøgelse hvert halve år, og den seneste undersøgelse viser, at 88 pct. er meget tilfredse med forløbet.

”Når man har så mange patienter, ville det være usædvanligt, hvis der ikke i ny og nær var en, der oplevede et dårligt forløb. Vi ved, at det især er ved patientens overgang mellem afdelinger og sygehuse, at der opstår fejl i sund-

hedssektoren. F.eks. når patienten kommer fra et andet hospital. Det er vi meget bevidste om, og vi arbejder på at minimere fejlmulighederne i overgangssituationer,” siger Helle Lauridsen.

Adam Dyrvig Tatt beskriver en modtagelse, hvor han måtte vente to timer uden at få besked på, hvad der skulle ske. Ifølge Helle Lauridsen har afdelingen forbedret modtagelsen, siden han blev behandlet. I løbet af det seneste trekvarter år er der oprettet et særligt modtage-afsnit, hvor personalet venter patienterne og giver dem en plan over det forløb, de skal igennem.

”Vi kan hele tiden blive bedre til at imødekomme patientens behov og lære af vores fejl. Vi har f.eks. holdt en stor temadag, hvor en pa-

tient fortalte kritisk om sine oplevelser. Vi gør også meget ud af at undervise personale i nye behandlingsmetoder, omsorg og smertelindring f.eks. i forhold til kræftpatienter,” siger Helle Lauridsen. Hun mener ikke, at de meget effektive patientforløb behøver at gå ud over menneskeligheden i behandlingen.

”Effektivitet og god menneskelig behandling af patienterne er ikke hinandens modsætning. Vi har et højt specialiseret personale, som kan skelne mellem de patienter, der har brug for meget omsorg, og de patienter, som er indlagt med nogle lettere lidelser,” siger Helle Lauridsen.

bso@dsr.dk



”Et patientforløb er en kæde af hændelser, hvor alle led skal være i orden. Patienten møder måske en flink sygeplejerske ni gange, men den 10. gang går noget galt i kommunikationen. Det efterlader en følelse, der kan være et stort problem for patienten.”

Mogens Grønvald, overlæge og forsker, Bispebjerg Hospital.

Kræftafdelinger risikerer at ende som fabrikker

Medmenneskelighed. De seneste 10 år er kræftpatienters forløb blevet stadig mere effektive, og personalet skal løbe stærkere. Risikoen er, at menneskeligheden i kræftbehandlingen går tabt.

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: SIMON KNUDSEN

I løbet af 48 timer skal hospitalet kunne udrede, om knuden i brystet eller den hvide plet på lungen er kræft. Sådan er et af de nyeste tiltag i de såkaldte pakkeforløb for brystkræft, tarmkræft, lungekræft eller hoved/halskræft, som blev indført 1. april i år.

De seneste 10 år har den danske kræftbehandling gennemgået en revolution, og behandlingsforløbene er blevet langt mere effektive. Et af målene er at bringe danske kræftpatienters overlevelse på højde med overlevelsen i Sverige og Norge. Men kravet om øget effektivitet har også en bagside.

Som overlæge og forsker *Mogens Grønvold* fra Bispebjerg Hospital og Afdeling for Sundhedstjenesteforskning på Københavns Universitet udtrykker det:

”Risikoen er, at hospitalerne bliver omdannet til små fabrikker, og at menneskeligheden går tabt.”

Mogens Grønvold har som en af de første i verden lavet en omfattende undersøgelse af, hvordan kræftpatienter opfatter omsorgen og den psykosociale del af kræftbehandlingen. Undersøgelsen ”Kræftpatientens verden” blev offentliggjort for to år siden. Den dokumenterer, at den menneskelige behandling af kræftpatienter er et stort problem. *Adam Dyrvig Tatts* (se den foregående historie) beretning om sit møde med hospitalet er derfor langt fra enestående. Den svarer til de oplevelser, nogle

))) KRÆFTPATIENTER SAVNER OMSORG

Undersøgelsen ”Kræftpatientens verden” viser, at danske kræftpatienter hverken klager over at være syge eller over den faglige behandling. En stor del er derimod utilfredse med den menneskelige behandling på hospitalet.

En tredjedel var utilfredse med mindst et element i omsorg og psykosocial støtte.

Kun 46 pct. oplevede altid at blive set som individ, og 16 pct. oplevede kun dette nogle gange eller slet ikke.

Se mere om undersøgelsen ”Kræftpatientens verden” på www.cancer.dk

kræftramte beskriver i undersøgelsen, der er foretaget blandt 2.245 patienter på 52 danske hospitalsafdelinger.

Et kritisk billede

Normalt viser hospitalernes egne målinger, at omkring 80 pct. af patienterne er tilfredse med forløbet. I ”Kræftpatientens verden” er forskerne gået dybere og har spurgt til de enkelte elementer i det samlede patientforløb. Undersøgelsen giver derfor et langt mere kritisk billede af patienternes møde med hospitalet end de traditionelle målinger.

”Patienterne i undersøgelsen har tillid til, at de får den rigtige behandling. Men der er mange trin i forløbet, hvor patienten er afhængig af den menneskelige omsorg, og den er ikke altid god nok,” siger Mogens Grønvold og henviser til, at en tredjedel af patienterne i ”Kræftpatientens

verden” er utilfredse med mindst et element i omsorg og kommunikation.

”Et patientforløb er en kæde af hændelser, hvor alle led skal være i orden. Patienten møder måske en flink sygeplejerske ni gange, men den 10. gang går noget galt i kommunikationen. Det efterlader en følelse, der kan være et stort problem for patienten,” siger Mogens Grønvold. Han ser det som en af hospitalsvæsenets helt store udfordringer at skabe plads til mere menneskelighed i en kræftbehandling, der hele tiden presses af effektivisering, strukturomlægninger og personalemangel.

”Det er ikke nogen nem opgave for personalet. Hospitalerne har de seneste år haft en produktivitetsforøgelse på 2-4 pct. om året. Det kan være svært at yde det optimale, når tiden til det bliver stadig mindre. Alle ved for så vidt, hvordan den ideelle kræftbehandling

”Patienter har stor forståelse, hvis de får at vide, at sygeplejersken har travlt og derfor først kommer om 10 minutter. Men de har meget lidt forståelse for en kultur, hvor de bliver overset.”

Kai Evan Pedersen, leder af telefonrådgivningen i Kræftens Bekæmpelse.





skal være. Det store problem er at få tingene til at fungere,” siger Mogens Grønvold.

Dårlig kultur

I Kræftens Bekæmpelse er lederen af patientstøtteafdelingen, *Anne Nissen*, heller ikke i tvivl om, at øgede krav til produktion, pressede arbejdsforhold og travlhed blandt personalet er en af årsagerne til, at patienter kan opleve dårlig omsorg.

”Vi oplever, at der er fantastisk travlt på afdelingerne. Nogle patienter fortæller, at de føler hospitalerne som kemofabrikker. Men det handler selvfølgelig også om kulturen på den enkelte afdeling,” siger Anne Nissen og henviser til, at Kræftens Bekæmpelse netop har bevilget 15 mio. kr. til afdelinger, som arbejder med at udvikle kulturen.

Lederen af telefonrådgivningen i Kræftens

Bekæmpelse, psykolog *Kai Evan Pedersen*, understreger, at forholdene er meget forskellige fra afdeling til afdeling.

”Der findes afdelinger, hvor personalet har kanontravlt, men hvor de alligevel har en god kultur, og hvor patienterne føler sig godt behandlet rent menneskeligt. Klos op ad den gode afdeling ligger måske en anden afdeling, hvor patienterne får dårlig omsorg og møder stresset personale. Det er både ledelsens og personalets ansvar, at travlhed ikke bliver en kultur i sig selv, og at personalet takler travlheden på en måde, så patienterne stadig føler sig godt behandlet. Patienter har stor forståelse, hvis de får at vide, at sygeplejersken har travlt og derfor først kommer om 10 minutter. Men de har meget lidt forståelse for en kultur, hvor de bliver overset,” siger Kai Evan Pedersen. Han understreger samtidig, at telefonrådgivningen kun

modtager ganske få henvendelser fra patienter, som klager over dårlig omsorg og pleje.

”De fleste patienter er meget fokuserede på selve behandlingen, og det er primært de patienter, der har overskud, som bider mærke i, hvordan omsorgen fungerer,” lyder det fra Kai Evan Pedersen. Både Kræftens Bekæmpelse og Mogens Grønvold opfordrer de enkelte afdelinger til at holde konstant fokus på, hvordan patienterne oplever behandlingen.

”Hvis den menneskelige del af behandlingen skal sikres, er hver afdeling nødt til at have forskellige typer evaluering, så de ved, hvordan patienterne oplever forløbet. Når man færdes på et hospital, så bliver man jo forbavset over, hvor mange ting der ikke ses fra patientens perspektiv,” siger Mogens Grønvold.

bso@dsr.dk

Kontaktperson kan hjælpe

Kræftpatienter, der føler sig fortabt i behandlingen, fordi personalet har for travlt og ikke har tid til den menneskelige omsorg.

Det er et problem, som Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker er meget opmærksom på, fortæller formanden for selskabet *Birgitte Grube*.

Hun mener, at indførelsen af en fast kontaktperson et af svarene på problemet.

”En kræftpatient er jo i kontakt med hele fladen af afdelinger. Derfor er det vigtigt, at

patienten har en kontaktperson, der kan fungere som en koordinator i forløbet. Men selv om politikerne faktisk har vedtaget, at alle patienter skal have en fast kontaktperson, så fungerer ordningen stadig ikke på alle afdelinger,” siger Birgitte Grube.

Formanden for Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker understreger samtidig, at de enkelte afdelinger skal arbejde for, at travlheden ikke bliver en kultur i sig selv.

”Jeg ved, at nogle afdelinger har så travlt,

at sygeplejerskerne næsten ikke kan holde ud at møde patienterne på gangen, fordi de ikke føler, de har tid til at standse op og sige hej. Men det er i orden at sige: ”Hej. Jeg har ikke tid til at tale med dig lige nu, fordi jeg skal ind til en anden patient.” Det er meget vigtigt, at afdelingerne er trænet i at vise omsorg for patienterne, selvom de har en travl dagligdag,” lyder det fra Birgitte Grube.

(bso)

Bararbejder Elaine Dowling sammen med manager Patsy Doyle bag baren.



AF SINE MADSEN, JOURNALIST • FOTO: DAVID COLEMAN OG STEPHEN O'BRIEN

Røgfri zone. I marts 2004 lykkedes det den irske regering at gennemføre Europas første totale rygeforbud, og et år efter støttede 98 pct. irerne forbudet. Også rygerne var glade for det, selv om de ikke længere kunne drikke deres berømte Guinness og samtidig ryge en cigaret på pubben. Siden er resten af Europa fulgt efter. Fagbladet Sygeplejersken har taget pulsen på det irske rygeforbud. Vi har talt med lovgivere, pubejere, sygeplejersker og almindelige irere.

NO SMOKING





TOTALT STOP

»» DE VAR DE FØRSTE

Irlands rygeforbud blev indført den 29. marts 2004 som en ny lovgivning implementeret af det irske sundhedsministerium. Det forbød rygning på alle indendørs arbejdspladser inklusive pubber og barer. Ierne var de første i Europa, der indførte et forbud, men ud over at være de første har forbuddet vist sig at være særdeles restriktivt. Undtagelserne i rygeforbuddet er fængsler og psykiatrien.



Røgen er rykket ud på gaden. Det er fyraften, og kontorfolk er stimlet sammen foran pubben for at ryge en cigaret og få sig en lille en, inden de tager hjem.

EUROPAS FØRSTE

AF SINE MADSEN, JOURNALIST • FOTO: DAVID COLEMAN OG STEPHEN O'BRIEN

No smoking. Ikerne var de første i Europa, da de for fire år siden fjernede røgen fra alle indendørs arbejdspladser. Rygeforbuddet er også et af Europas strengeste til dato.

I De står fem mand bag baren. Det går hurtigt, når de med kyndig og erfaren hånd trækker øltappen ned og hælder den ene Guinness øl efter den anden op i store glas. Baren er fyldt til bristepunktet, og folk vifter med pengesedler, som var de tilskuere til en hankamp. Det er fredag aften, og der er gang i ølsalget på en pub midt i Dublin. Men der mangler noget. Røgen! Der burde hænge en dyne af røg over de ivrige øldrikkere, men luften er helt klar. Der hænger heller ikke en kvalm stank af røg i tøj og hår, når man møder den lune aftenluft for at gå videre til næste pub.

Ude i det fri møder vi rekrutteringsmedarbejder *Hugh Murray*, som er gået ud for at ryge en cigaret. Han tager et stort sug, mens han remser op, hvorfor han er glad for det irske rygeforbud.

”Faktisk ryger jeg kun, når jeg drikker øl, og aldrig når jeg arbejder. Det er godt, at ens

tøj ikke længere lugter så meget, og man føler sig også lidt sundere,” siger *Hugh Murray* og drager et sug mere fra cigaretten.

De irske rygevaner har ændret sig, og det skyldes alt sammen rygeforbuddet, der blev indført i marts 2004 efter et års intensiv medie-kampagne.

Den direkte anledning til forbuddet var en rapport bestilt af den irske tobakskontrol. Den konkluderede, at passiv rygning er farlig. Og rapporten fik daværende sundhedsminister *Micheál Martin* til at annoncere et totalt forbud mod rygning på alle indendørs arbejdspladser i slutningen af marts 2004.

Samme år kørte en heftig debat i medierne mellem tilhængere og modstandere af rygeforbuddet. Politisk havde man diskuteret muligheden for ventilation, rygerum, og andre kompromiser, men forbuddet endte med at være totalt, fordi ingen af de løsninger kunne



Hugh Murray er glad for rygeforbuddet. Tidligere røg han på fuld tid, men nu ryger han kun, når han drikker.



De ses overalt i bybilledet. Da forbuddet trådte i kraft, øgede regeringen antallet af skraldespande med et askebæger i toppen.

RYGESTOP

hindre røgen i at sprede sig. Europas første totale forbud blev en realitet den 29. marts 2004 klokken seks om morgenen.

Journalister fra hele kloden var samlet i Dublin. Men med risikoen for en bøde på over 20.000 kr. var der ingen lovovertrædere i sigte. Så pressen tog hjem igen.

I dag fire år efter fremhæver forebyggelsesminister for sundhed, *Pat Gallagher*, at rygeforbuddet først og fremmest skal beskytte alle ansatte på arbejdspladserne.

”Rygning er hovedårsagen til over 7.000 unødvendige dødsfald i Irland, og det tal håber vi bliver kraftigt reduceret,” siger han.

Røgfri pubber

Foreløbig er den eneste forskning i resultater lavet i barmiljøet, hvor man især kan spore gevinsten hos det ikkerygende barpersonale.

”Forskningsinstituttet for et Tobaksfrit Sam-

fund” undersøgte luftkvaliteten på 42 pubber før og efter forbuddet. De testede også 73 medarbejders lungekapacitet og deres fysiske velvære. Dét ændrede sig radikalt for ikkerygerne, fordi de ikke længere var udsat for røg. Ikkerygerne havde tidligere oplevet gener som hovedpine, ondt i halsen, kløe og andet ube-

hag, men de gener forsvandt. Luften i pubberne var også blevet renere. Der var 83 pct. færre skadelige partikler og 80,2 pct. mindre af giftstoffet benzen i indendørsluften. For rygerne derimod, betød rygeforbuddet ikke de store ændringer i deres fysiske velvære.

En af dem, der har mærket effekterne af ry-

))) ET ÅR EFTER FORBUDET

93 pct. mente, at loven var en god idé – heraf 80 pct. af rygerne.

96 pct. mente, at loven havde været en succes – heraf 89 pct. af rygerne.

98 pct. mente, at arbejdspladserne var blevet sundere.

87 pct. af de ansatte på barer og restauranter sagde, de havde fået det bedre efter rygeforbuddet. De hostede mindre og havde lettere ved at trække vejret.

96 pct. af alle, som arbejder inden døre, er nu fri for røgen i arbejdstiden.

Kilde: ”Office of Tobacco Control.”

))) DET DANSKE FORBUD

Det danske rygeforbud kom 15. august 2007 ved lov om røgfri miljøer. Generelt gælder forbuddet indendørs, men der er mange undtagelser i loven, som f.eks. at arbejdspladsen kan beslutte, at der må oprettes rygerum eller rygekabiner. Det tillades f.eks. også, at man ryger på enkeltmandskontorer eller i rygerum. På restaurationer er det tilladt at ryge, hvis arealet er på under 40 m². Generelt gælder det, at der kan oprettes rygerum eller rygekabiner i institutioner, offentlige rum og på arbejdspladser.



geforbuddet, er bararbejder *Elaine Dowling*, tidligere ryger, som arbejder på baren *Bowe's* i Fleet Street i Dublin.

"Jeg hoster ikke mere om morgenen og føler mig meget sundere nu end før. Alle de ansatte her i baren holdt op med at ryge på samme tid, og rygeforbuddet har helt klart gjort det nemmere for os alle sammen at holde op," siger *Elaine Dowling*.

Ifølge professor *Luke Clancy*, der er formand for "Forskningsinstituttet for et Tobaksfrit Samfund", var det ikke overraskende, at de første resultater viste sig blandt de ansatte i barmiljøet. De var nemlig udsat for røg hver eneste dag.

"Resultaterne taler deres eget sprog. Hvis du havde fået samme arbejdsskade på et kontor, så var det ikke blevet accepteret, men fordi det foregik på en bar, så har man tolereret det," siger *Luke Clancy*.

Vi er et lille land

Men Rom blev ikke bygget på én dag, og blandt irske eksperter er der bred enighed om,

at rygeforbuddet vil give flere gevinster i fremtiden. *Luke Clancy* forventer, at der vil komme resultater på lunge-, astma- og hjerteområdet, og på langt sigt håber han, at der vil ske ændringer på kræftområdet.

"Der kan godt gå en hel generation, før resultaterne kommer. Og selvom der sker et fald i antallet af kræftframte, vil det være svært at

trast mellem et travlt europæisk byliv og 1600-tallets pompøse arkitektur.

Shane Allwright var formand for en arbejdsgruppe, der udarbejdede en rapport, som i 2003 for alvor overbeviste den daværende sundhedsminister, *Micheál Martin* om nødvendigheden af et rygeforbud.

Hun mener, at der tidligst vil komme foran-

"Det er som regel aldrig en enkelt faktor, som udgør problemet, der er tit tale om flere. Derfor er det svært at lave målinger."

Professor Luke Clancy.

påvise, at det netop er på grund af rygeforbuddet, at det sker. Det er som regel aldrig en enkelt faktor, som forårsager en sygdom. Derfor er det svært at lave målinger. Vi er et lille land, og det gør det sværere at se de helt store forandringer," siger han.

Det synspunkt deler professor i folkesundhed, *Shane Allwright*. Vi møder hende på det over 400 år gamle universitet, Trinity College, der ligger lige midt i Dublin som en stærk kon-

dringer på lungeområdet om 10 år.

"Virkningen mellem aktiv rygning og lungekræft er så meget større end mellem passiv rygning og lungekræft. Derfor skal vi have færre rygere, og det får man ved at sætte priserne på cigaretter op," siger hun og fortsætter:

"Det vil også hjælpe på antallet af rygere, hvis man opretter et licenssystem til forretningerne. Forretninger kan dermed miste deres licens, hvis de sælger cigaretter til mindreårige,

DE MENER DET ALVORLIGT

Oprettelsen af tobakskontrollen var et udtryk for, at regeringen mener det alvorligt. Den har været helt central i håndhævelsen af det irske rygeforbud.

Den skal ses som en slags forlænget arm til sundhedsministeriet. Den blev stiftet i 2001, og i dag er det kontrollens hovedopgave at rådgive sundhedsministeren, føre statistikker og udarbejde tilfredshedsundersøgelser.

Det var også tobakskontrollen, der stod bag udarbejdelsen af en central rapport, som overbeviste den daværende sundhedsminister *Mi-*

cheál Martin om, at passiv rygning er skadeligt og fører til sygdomme. Rapporten udkom i 2003 og var den direkte anledning til beslutningen om at indføre et rygeforbud.

Idéen skabte furor blandt barejerne, og cigaretindustrien og en pengestærk opposition blev dannet. Den såkaldte "Hospitality Industry Alliance" inkluderede repræsentanter fra

barejernes organisation. Alliancens hovedargumenter var, at forbuddet ville skade turismen, som er Irlands største indtægtskilde, og at 56.000 arbejdspladser ville gå tabt. Flere parter mistænker alliancen for, at den blev støttet af tobaksindustrien. Efter at forbuddet er trådt i kraft, har man ikke hørt fra alliancen igen.

(sma)

”Jeg hoster ikke mere om morgenen og føler mig meget sundere nu end før.”

Elaine Dowling.

og det vil begrænse salget. Men det er også vigtigt at oprette flere og bedre rygestoptilbud,” lyder det fra Shane Allwright.

Før rygeforbuddet var 250.000 mennesker udsat for passiv rygning hver dag, og ifølge *Kathleen Quinlan*, leder af kommunikation og uddannelsesafdelingen ved den irske tobaks-kontrol, vil der komme sundhedsresultater, når røgen er væk. Hun peger endvidere på, at rygeloven stadig ikke er fuldt udbygget. Næste skridt i loven er, at cigaretterne fjernes fra hylderne, så de ikke er synlige i forretningen.

”Cigaretterne skal væk fra hylderne, for på den måde bliver det mere og mere unormalt at ryge, og det er i den retning, vi gerne vil hen,” siger *Kathleen Quinlan*.

De seneste undersøgelser viser, at 95 pct. af den irske befolkning er tilfredse med rygeforbuddet. Og jo større tilfredshed med rygeforbuddet, jo flere sundhedsmæssige gevinster, lyder vurderingen.

”Hvis folk er tilfredse med forbuddet, vil de overholde det. Hvis vi antager, at det er den passive rygning, der skaber sygdomme, så vil der komme resultater,” mener *Luke Clancy* fra ”Forskningsinstituttet for et Tobaksfrit Samfund.”

På en bar midt i Dublins gamle bydel er et lille hold af irske musikere ved at indfinde sig på et gadehjørne. Guitaren bliver stemt, og mikrofonen sat til strøm.

Bartender *Daragh Aherne-Clarke* er glad for forbuddet, selv om han er ryger.

”Jeg synes, det er godt, og jeg kender mange, der er holdt op på grund af forbuddet. Jeg ryger selv mindre, end jeg gjorde før,” siger *Daragh Aherne-Clarke* og skænker en Guinness øl op til journalisten.

sma@dsr.dk

Vidste du at ...

... Frankrig var faktisk det første land i Europa, der overvejede at indføre et rygeforbud – i 1992, men det mislykkedes, fordi der i modsætning til Irland ikke var nogen effektiv kampagne til at støtte op om forbuddet. Frankrig indførte først et rygeforbud i 2007.



PATIENTERNE RØG I SENGEN

Deirdre Long er respirationssygeplejerske på Beaumont Hospital i Dublin. Her leder hun i samarbejde med to kolleger et center for KOL-patienter.

”Jeg har arbejdet som sygeplejerske siden 1984, og dengang var alting meget anderledes. Patienterne røg i sengen, og de pårørende sad og pustede røgen lige ud i iltmaskerne på patienterne. Jeg har da selv været med til at hente en lighter til en patient, der ville have tændt en cigaret i sengen. Men meget er sket siden, heldigvis.”

Deirdre fortæller, at hun var bange for, hvordan patienterne ville reagere, da de hørte, at rygeforbuddet snart ville blive en realitet.

”Jeg og mine kolleger var bange for, at patienterne bare ville begynde at ryge på toilettet. Før forbuddet havde de et rygerum, og nu skal de gå helt udenfor, og det er der mange af patienterne, der ikke kan klare rent fysisk, hvor de tidligere kunne gå tyve meter ned ad gangen og få sig en cigaret.”

Da rygeforbuddet endelig blev en realitet, håbede Deirdre og hendes kolleger, at flere patienter ville bede om hjælp til at holde op med at ryge.

”Men det skete desværre ikke. Selv om patienterne godt ved, at det er meget forkert, så er de desværre meget afhængige af deres cigaretter. Vi kan rådgive og opmuntre dem til at holde op med at ryge, alt det vi vil, men i sidste ende er det jo patientens eget initiativ, der gør forskellen.”



Rehabiliteringsteamet i patienternes træningslokale med Brenda Hannon (tv.), Katriona Slack (i midten) og Deidre Dodd (th.). Sammen finder de ud af, hvor meget patienten kan holde til rent fysisk.

HJERTEPATIENTER MERE

Please don't smoke. På kardiologisk rehabiliteringscenter i Dublin har de ældre hjertepatienter taget forbuddet til sig og er blevet langt mere bevidste om risikoen ved rygning.

AF SINE MADSEN, JOURNALIST • FOTO: DAVID COLEMAN

”Undskyld, at der roder sådan,” siger **Katriona Slack** og begynder straks at rydde op i papirerne, der ligger spredt på skrivebordet på det lille forkontor, hvor *Sygeplejersken* møder hende. Det ligner naturligt rod, som skyldes, at der bliver arbejdet. Og det gør der her på kardiologisk rehabiliteringscenter, hvor Katriona Slack er ansat. Hun er sygeplejerske, men har taget en uddannelse som kardiologisk rehabiliteringskoordinator. Det er hendes opgave i samarbejde med diætister og farmaceuter at tilrettelægge et program for hjertepatienter. Der indgår bl.a. forebyggende rådgivning om kost, medicin og træning, men ikke mindst om, hvordan patienterne tackler deres sygdom fremover – og det er her, Katriona Slack kommer ind.

”Det er meget traumatisk for dem, der har haft et anfald. Derfor kommer de her og får hjælp til at håndtere deres sygdom, som de skal leve med resten af livet. En af de ting, vi opfordrer dem til, er at holde op med at ryge,” siger Katriona Slack.

Efter at rygeforbuddet blev indført, er patienterne blevet mere bevidste om deres rygning. Og det er en positiv udvikling, mener Katriona Slack.

”De har fået en dybere forståelse for, hvem det går ud over, når de ryger på offentlige steder. Men det gælder også de pårørende i hjemmet. Her er det et nyt fænomen, at familien indretter rygerum til hjertepatienten, eller de ryger udendørs for at tage hensyn til patienten. Tidligere kom patienten tilbage til

hjem, der var meget røgfylde,” siger Katriona Slack.

Mange ryger mindre

I rehabiliteringscenterets træningslokale er luften kølig, og en lille transistor i vindueskarmen spiller gamle 60'ers melodier. Gulvet er lavet af blåt linoleum. Ud ad store vinduer åbnebaret en trøstesløs udsigt over grå halvtage. Men her i træningslokalet er stemningen munter og varm, og personalet går rundt og hjælper patienterne med træningen.

”Det går lidt for stærkt der,” siger hendes kollega, *Deidre Dodd*, til en patient, som træder lidt for hurtigt på stepmaskinen. Patienten er en ældre herre i blåt joggingtøj, som har sat tempoet op, og det kan ses på den monitor,



Katriona Slack og Brenda Hannon arbejder tæt sammen om de problemstillinger, som patienterne kommer med.



Motion er vigtigt i rehabiliteringsprogrammet, og alle patienterne får et træningsprogram, de skal følge. Katriona opmuntrer patienterne under træningen og sørger for at humøret er højt.

BEVIDSTE OM RYGNING



Den tid, hvor man kunne købe cigaretter på hospitalet eller ryge i indrettede rygerum, er forbi. Nu er patienter og pårørende henvist til en rygehule, der er placeret ude foran hospitalsindgangen.

der følger hans ekg-tal for hjerterytme. Han sætter farten ned.

Hvert år kommer 400 patienter igennem forløbet. Patienterne træner tre gange om ugen over 10 uger. De er seks på hvert hold på de i alt otte klasser. I modsætning til før rygeforbuddet kender patienterne i dag de sundhedsskadelige virkninger af passiv rygning.

”Patienterne ved mere om rygningens virkninger nu. Ikkerygerne i dag er klar over, at passiv rygning spiller en rolle for deres sygdom. Dem, der ryger, udtrykker, at de ryger meget mindre, og især de ældre har fået noget ud af forbuddet, fordi de ryger mindre. Det betyder jo, at der er en risikofaktor mindre at bearbejde,” siger hun. I begyndelsen var personalet nervøse for, om patienterne ville begynde at ryge på toiletterne.

”Men det gjorde de slet ikke. Faktisk var der opbakning til forbuddet med det samme,” siger hun smilende og gør sig klar til næste hold hjertepatienter, som skal op på cyklen igen.

SKAR NED PÅ CIGARETTERNE



Bernie Darcey er frugthandler på Moore Street i Dublin. Hun arvede forretningen af sin mor og har solgt frugt på denne gade i 35 år.

Bernie har skåret en hel del ned på sit forbrug af cigaretter, også selv om hun kan ryge alt det, hun vil, fordi hun arbejder ude i det fri.

”Nu ryger jeg kun halvdelen af, hvad jeg gjorde før forbuddet – fra 20 til 10 om dagen,” siger Bernie Darcey og fortæller, at hun ikke har planer om at holde op med at ryge. Hun forsøgte engang at holde op, men så tog hun på i vægt, så det var ikke nogen succes.

Bernie Darcey syntes, det var hårdt i starten, da man ikke længere måtte ryge på pubberne.

”Det var ikke så rart, at man skulle gå udenfor for at ryge i begyndelsen, men efterhånden har jeg vænnet mig til det, og i dag er der også mange pubber, der har indrettet baghaven til en rygehavn, så kan man sidde derude og ryge og drikke sin øl,” siger Bernie Darcey.

DE UNGE RYGER STADIG PÅ ØVERSTE DÆK

Brian Connolly har kørt bus i 29 år. For tiden kører han dobbeltdækkeren nr. 39 mod Huntstown, som er et svært belastet kvarter. Før 2004 var det tilladt at ryge på det øverste dæk, men efter rygeforbuddet blev det forbudt. Brian har aldrig selv ryget på jobbet, men han kan stadig huske, da røgen cirkulerede rundt i hele bussen.

”Røgen spredte sig jo til hele bussen. Men det gør den ikke længere, da det kun er meget få, der somme tider ryger en cigaret på øverste dæk,” siger han og påpeger, at de unge godt kan have problemer med at overholde forbuddet i bussen.

”De unge ryger af og til deroppe. Der er ikke meget, jeg kan gøre ved det. Jeg må ikke forlade min plads, når jeg kører, men jeg har en mikrofon, hvor jeg kan bede dem om at holde op. Det kræver også, at nogle fortæller mig, at der bliver røget på øverste dæk, hvis jeg skal gøre noget ved det, og det er folk ikke særlig gode til,” siger han, men understreger, at der dog er flere ikkerygere, der sidder på øverste dæk og nyder udsigten over Dublin. Tidligere sad der kun rygere.



Fem til ferien

Redaktionen modtager mellem alle tilsendte fagbøger også bøger, der er mere egnede til almen fornøjelse end til anmeldelse. Her følger en omtale af fem titler, som på hver sin skæve måde giver fagligheden vitaminer. God sommerferie.

AF JETTE BAGH, FAGREDAKTØR • ILLUSTRATION: BODIL MOLICH

Opløs skriveblokeringen



Anne Katrine Lund
Skriv så!
En effektiv vej til bedre tekster
Forlaget Samfundslitteratur
2007
141 sider – 198 kr.
ISBN 978-87-593-1238-4

Tænker du på at skrive en artikel eller et indlæg til *Sygeplejersken*?

Så er der hjælp at hente i denne gennemgang af skriveprocessen fra tanke til tekst.

At skrive er et håndværk, og gode redskaber og systematik kan gøre arbejdet lettere og mere tilfredsstillende for skribenten. Bogen henvender sig både til dem, der vil skrive en artikel, og til dem, der skriver forretningsbreve og mails.

Skrivecirklen kan skabe klarhed over teksten fra begyndelse til slut, og det retoriske kompas, som bygger på *Cicero*, kan bruges til en strategisk analyse inden skrivefasen. Bogen indeholder desuden kommahjælp, litteraturliste og en liste med tunge papir-ord, der kan erstattes af mere naturlige ord.

Gør noget



Johan Tell
100 måder at redde verden ...
Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
160 sider – 199 kr.
ISBN 978-87-17-03996-4

En billedbog med 100 korte råd om, hvordan vi hver især kan bidrage til at forlænge levetiden for vores betrængte klode. Tag cyklen, når det er muligt, lyder f.eks. råd nummer 74.

Råd nummer 73 er en opfordring til en nem måde at få motion på, samtidig med at tyngende problemer bliver løst. Gå en tur, "Solitur ambulando," kaldte romerne det. Man løser problemet, mens man går.

Råd nummer 21 er en påmindelse om at plukke en buket blomster i grøftekanten frem for at købe afskårne roser. De er nemlig ofte oversprøjtet med giftige kemikalier, kommer langvejsfra og belaster dermed miljøet på flere måder.

Råd nummer 80 er kort og godt: Gør rent som i gamle dage. Forklaringen er, at der bliver brugt alt for mange rengøringsmidler, som indeholder miljøskadelige stoffer. Vand, sæbe og eddike kan for det meste gøre det.

Billederne er lækre og tankevækkende, og vor miljøminister leverer forord om nødvendigheden af, at alle bidrager til planetens velbefindende med det, de kan.

Om at gå i hundene



Peter H. Olesen
Korrekturlæseren
Forfatteren og Gyldendal 2008
136 sider – 169 kr.
ISBN 978-87-02-06722-4

Mor er og har altid været et belastende bekendtskab. Det præger korrekturlæseren, som er temmelig tvangspræget anlagt. Det er han selv bevidst om, og i starten af bogen går livet nogenlunde. Men som handlingen skrider frem, og læseren kommer tættere på hovedpersonen, ekskonen og bankrådgiveren, som han er lidt vild med, smuldrer tilværelsen langsomt, men sikkert for korrekturlæseren. Hans deroute vises gennem et tiltagende forfald og en tiltagende lighed med den alkoholmisbruger, der bor på etagen nedenunder korrekturlæseren, og som en dag bliver fundet død. For den sygeplejerske, som arbejder i psykiatrien, er skildringen et billede på den glidende overgang, der er mellem person og patient.

Fra forskning til faglig artikel

Lær af journalister, når forskning skal formidles i artikelform. Det er budskabet i denne bog, der henvender sig til artikelskrivere. Bogen skelner mellem videnskabelig artikel, faglig artikel og formidlende artikel og de fremstillingsformer, der karakteriserer hver enkelt af disse typer artikler.

Hver enkelt artikeltype defineres og tages under grundig behandling i selvstændige kapitler, og fagbladet Sygeplejersken nævnes som et af flere tidsskrifter, der publicerer faglige artikler. Forfatterne slår til lyd for, at skribenten skelner mellem artikeltyperne og er bevidst om, hvilken genre hun vil skrive i, hvilket tidsskrift hun vil skrive til, og hvilke krav det enkelte tidsskrift stiller til manuskriptet. Bogen nævner også følgebrev til redaktionen og nødvendige oplysninger, som hører med til artiklen.

Lotte Rienecker
Peter Stray Jørgensen
Morten Gandil
Skriv en artikel
Om videnskabelige, faglige
og formidlende artikler
Forlaget Samfundslitteratur
2008
171 sider – 168 kr.
ISBN 978-87-5931-237-7



Lyden af mor

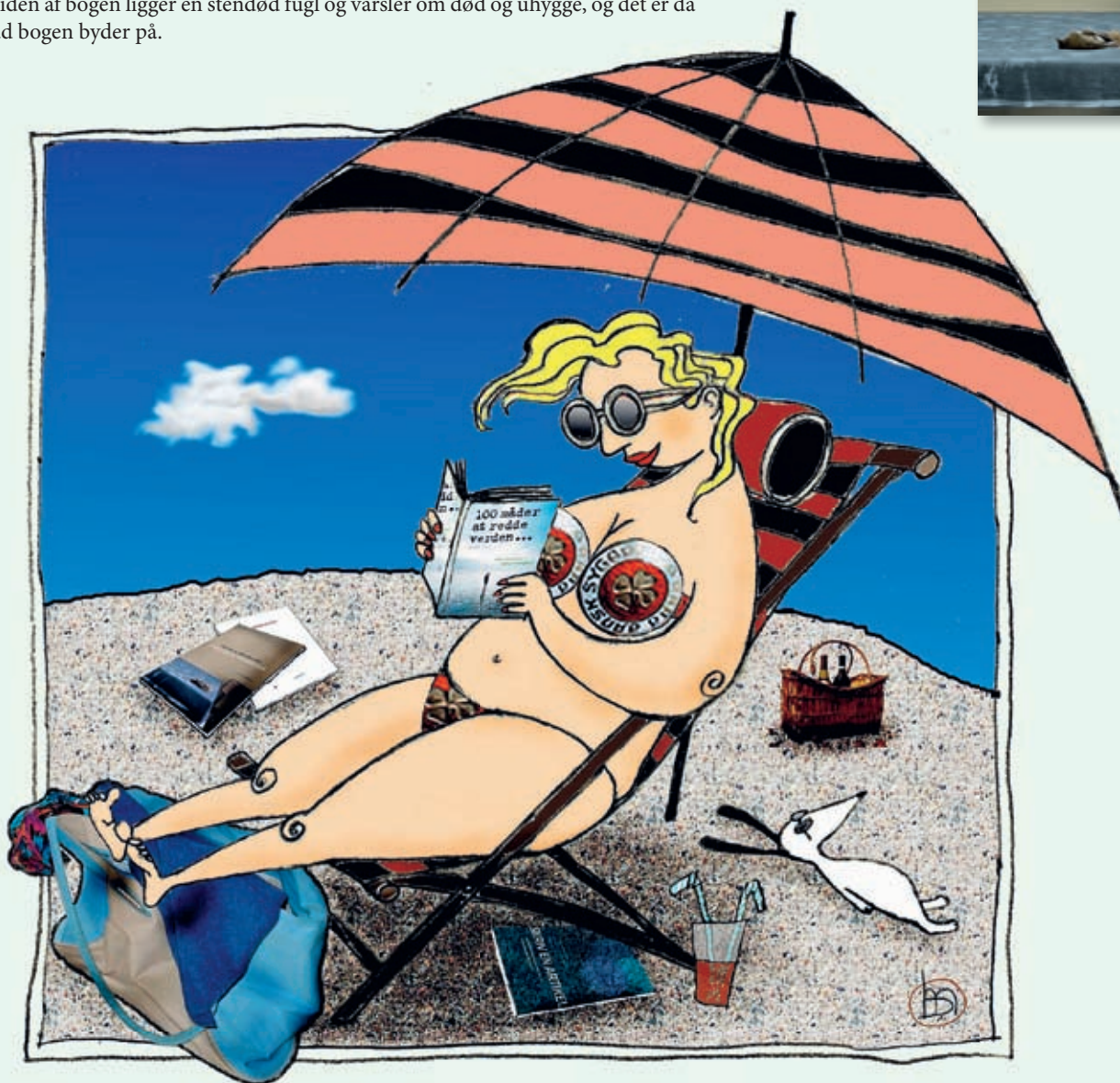
Helle er hjemmehjælper, hun gør pænt rent, stjæler lidt fra de gamle og samler døde fugle op fra gaden for at begrave dem om aftenen, når byen sover.

Beskrivelsen af de døde fugle, der ligger på rad og række i køleskabet, var ved at få mig til at klappe bogen i og finde anden lektüre, men den sarthed er ikke gangbar, tænkte jeg.

Mødet i hjemmehjælpergruppen og arbejdet med de gamle er ganske fængslende fortalt, men den underliggende historie, som oprulles lidt efter lidt, er grum og giver anledning til at huske på, at alle børn er alles børn.


På forsiden af bogen ligger en stendød fugl og varsler om død og uhygge, og det er da også, hvad bogen byder på.

Dorthe De Neergaard
Eventuelle pårørende
Gyldendal 2008
176 sider – 199 kr.
ISBN 978-87-02-06462-9



Man giver mere for mindre

Af Henrik Mortensen, sygeplejerske

 Jeg har brugt en del af mine 18 år i sygeplejefaget ved at arbejde for et par vikarbureauer. Da jeg startede, var jeg motiveret af dårlig lokal ledelse, hvis stramme beslutninger for driften af deres afdelinger tydeligvis var mest motiveret af at overholde budgetter. Jeg var frustreret over, at konkrete forslag for at løfte plejen kvalitativt og bringe fokus på trivsel ikke havde interesse. Dengang, må jeg retfærdigvis sige.

Min faglige indsigt som vikarsygeplejerske blev bred frem for dyb, jeg blev generalist frem for specialist. Det var tydeligt, at de offentlige sygehuses afdelinger typisk brugte vikaren til mindre ansvarsfulde plejeopgaver, mens de selv påtog sig det store ansvar for daglig drift, udvikling og ikke mindst plejen af de mere komplerede patientskæbner. Så som vikar levede jeg et nemt liv.

I dag, hvor manglen på sygeplejersker er så udtalt, som den er, er man på sygehusene tvunget til at give en stor del af ansvaret fra sig, da der simpelthen ikke er sygeplejersker nok til de komplekse opgaver. Ej heller udviklingsopgaverne, som så må vente. Efterfølgende er de tilbageværende sygeplejersker så tvunget til at bruge tid på at introducere vikaren, som alligevel ikke er en blivende del af afdelingen. Vikaren må i stigende grad trække på de faste sygeplejersker, da de ikke er bekendt med de beslutninger og holdninger, procedurer og andet, som ligger bag den målrettede pleje og behandling, enhver offentligt ansat sygeplejerske gerne vil give. Sygeplejevikaren, som også har sine værdier fra en tid som offentligt ansat sygeplejerske, vælger fornuftigt nok at sige fra og trække på de fastansatte kollegaer, hvilket igen er en tidsrøvende faktor, som går ud over kvaliteten.

Summarisk ser det ud til, at man giver mere for mindre. Køber dyre sygeplejetimer og får mindre for pengene. Kolleger uden interesse i helheden, uden detailindsigt og lokalkendskab. Den manglende kvalitet koster, såvel menneskeligt som økonomisk. På kort sigt er vi nogle sygeplejersker, som er ved at nå den grænse, hvor vi ikke gider lægge navn til mere. Nogle af os søger ud i det private, i bureauerne eller de private klinikker. Men generelt er tilgangen til vores fag faldende, og set herfra, hvor jeg er, er det langtfra underligt.

Kampagner for at lokke folk til er ikke nok. Nogle med indflydelse på vilkårene må se på forholdene og de værdier, som ligger bag. Sygeplejerskerne har gjort det og har sagt fra.

*Henrik Mortensen er ansat på
Anæstesiologisk Afdeling THG, Århus Sygehus.*

Svar

Af Connie Kruckow, formand

Kære Henrik Mortensen!

Jeg kan godt forstå, at mange medlemmer vælger at supplere indtægten fra det offentlige sundhedsvæsen med timer i et vikarbureau. Men der er ingen tvivl om, at arbejdsgivernes meget udprægede brug af vikarer ikke er nogen god udvikling for sundhedsvæsenet som helhed.

Som du selv skriver, medfører mange vikarer en øget arbejdsbelastning for de fastansatte sygeplejersker, der skal introducere og vejlede skiftende vikarer samtidig med, at de er alene om at sikre kontinuiteten på afdelingen. Det er ikke hensigtsmæssigt i forhold til kvaliteten i sygeplejen. Derfor er jeg enig med dig i, at arbejdsgiverne ved at benytte de dyre vikarbureauer giver mere for mindre, som du formulerer det.

Under overenskomstforhandlingerne har vi presset på, for at en

del af vikarmidlerne skal gå til varige forbedringer til de fastansatte sygeplejersker. Det kom vi desværre ikke igennem med. Men vores vikarforslag har alligevel bragt noget godt med sig. Den vikaraftale, der er en del af overenskomstaftalen med regionerne, kommer nemlig til at styrke det offentlige sundhedsvæsen, fordi regionerne nu vil gøre det mere attraktivt at arbejde flere timer dér i stedet for i det private.

Afvikling af pukkel skal give lønløft

Af Kirsten Høgh, sygeplejerske

 Det er tid til takketal, eftertænksomhed og tanker om fremtiden.

Det er det største, det sjoveste og mest kreative brobyggerprojekt, jeg har deltaget i. Der er bygget broer, som forhåbentlig holder langt ind i fremtiden og rækker ud i den fjerneste krog af hjemmeplejen og ind på de største og mest moderne afdelinger. Skønt vi endnu ikke har passeret alle hængebroer, så opleves det til tider, som om man har kunnet gå på vandet.

Lad os ikke glemme denne gejst og energi, men lad os bruge den til også at stå sammen fremover, også i forhold til presset om at afvikle de pukler, der er opstået under konflikten.

Jeg vil opfordre alle sygeplejersker, ja gerne hele Sundhedskartellet til fortsat at stå sammen for den sag, vi nu har kæmpet hårdt for igennem mere end syv uger. At vi fortsat står sammen som et stærkt og helt sundhedsvæsen med kvalitet og kreativitet i den samlede pleje. Det er derfor vigtigt, at alle får del i de aftaler, der må forhandles hjem, for at puklerne kan afvikles.

- Hjemmesygeplejersken er med til at forberede borgerne på indlæggelse eller ambulans behandling.
- Sygeplejersker på afdelingerne modtager borgerne og iværksætter undersøgelser og behandlinger.
- Operationssygeplejerskerne og opvågningsafsnit, der sørger for en god sygepleje før under og efter operation.
- Sygeplejersker på sengeafdelingerne, der passer og plejer, og sygeplejersker, der bidrager med genoptræning, restitution for borgeren.
- Visitorerne, der vurderer borgernes behov og opretter ydelser til den fremtidige pleje.
- Hjemmesygeplejersken, der igen modtager borgerne efter endt indlæggelse og arbejder videre med at få genetableret hverdagen.

Vi er i den grad afhængige af hinandens kompetencer, så lad os stå sammen om, at betalingen for at få denne pukkel afviklet giver lønløft til alle sygeplejersker.

Kirsten Høgh er hjemmesygeplejerske i Århus Kommune.

Svar

Af Connie Kruckow, formand

Kære Kirsten Høgh!

Jeg har præcis samme oplevelse som dig. Konflikten har styrket sammenholdet i Dansk Sygeplejeråd, og vi har et stærkt fundament for de kommende års kampe for ligeløn, det offentlige sundhedsvæsen og en fornyelse af den danske aftalemodel.

Der er endnu ikke truffet nogen beslutninger om honorering for det ekstraarbejde, sygeplejerskerne får mulighed for at påtage sig efter konflikten. Har du forslag eller spørgsmål i den forbindelse, vil jeg foreslå, at du kontakter din lokale kredsformand.

Nødberedskabet har bedre bemanning

Af Elsebeth H. Sørensen, sygeplejerske

 Sygeplejersker på hjerte-thorax-kar anæstesiaafdelingen i Aalborg er taget ud af konflikten, selv om vores nødberedskab kunne klare flere tiltag.

I de forgangne seks uger arbejdede vi for patienter med cancerlidelser, andre, der ikke kunne vente, og selvfølgelig højakutte patienter, som skal opereres her og nu. Denne kategori har der været en del af, og det klarer vi selvfølgelig. Af og til spidser det til med akutte patienter, tænk blot på karnevallet i Aalborg for nylig. Her blev sygeplejersker kaldt ind, selv om de havde fri, for selvfølgelig hjælper man, når der er kaos på skadestuen og som følge af dette også på vores egen anæstesiaafdeling.

På hjerte-lunge-kar anæstesiaafdelingen har vi en normering, som skal overholdes under konflikten. Her er ferie- og fridage suspenderet, og vi er til rådighed i døgnets 24 timer hver dag, også i weekenden, for at overholde nødberedskabet.

Nu går vi tilbage til den reducerede bemanning, hvor afdelingen mangler anæstesisygeplejersker dagligt. Vi er afhængige af vikarer, som kan varetage anæstesen på få operationsstuer, da patienter, som bedøves til hjerte-, lunge- og karoperationer, kun kan varetages af specialuddannede anæstesisygeplejersker.

Det er et paradoks, at ledelsen i nødberedskabet kræver en bedre normering, end vi har til daglig, hvor vi bedøver mange flere patienter. Det vil sige, at vi til daglig er bemanded dårligere end i nødberedskabet.

Vi kan nu igen forvente at blive pålagt at arbejde på vores fridage. Vores stressniveau stiger alene af den grund, at vi vil yde en kvalificeret sygepleje og mange gange er nødt til at gå på kompromis.

Vi ønsker 15 pct. mere i løn, også for at rekruttere flere sygeplejersker, som med en acceptabel løn finder interesse i anæstesisygeplejen.

Indsendt på vegne af anæstesisygeplejerskerne på hjerte-lunge-kar anæstesiafsnit, 3. afdeling, TV-Anæstesi, Region Nordjylland.

Svar

Af Connie Kruckow, formand

Kære *Elsebeth H. Sørensen* m.fl.!

I skriver, at det er et paradoks, at nødberedskabet under en konflikt kan være højere end det daglige beredskab. Jeg er helt enig. Det siger en hel del om hverdagens nødberedskab.

Et af resultaterne af konflikten er netop, at vi har sat fokus på vilkårene i det offentlige sundhedsvæsen. Det fokus vil vi naturligvis fastholde i den kommende tid.

Regeringen har en ambition om et sundhedsvæsen i verdensklasse. Jeres eksempel illustrerer med al tydelighed, at den ambition langtfra er virkelighed. Hvis Danmark skal have et sundhedsvæsen i verdensklasse, skal der investeres langt mere i sundhed i de kommende år.

]]] HVAD MENER DU

www.sygeplejersken.dk



Nyt spørgsmål på www.sygeplejersken.dk

Synes du bedre om det irske rygeforbud sammenlignet med det danske?

Læs temaet om indførelsen af rygeforbuddet i Irland side 36-44.

Svar på spørgsmål stillet i *Sygeplejersken* nr. 11/2008:

Tror du, sygeplejerskeuddannelsen får flere mandlige ansøgere, hvis titlen sygeplejerske bliver erstattet med noget kønsneutralt?

Svar	antal	pct.
Ja	81	25,7
Nej	216	68,6
Ved ikke	18	5,7
I alt	315	100

Siden med "Dansk Sygeplejeråd mener" er af produktionstekniske årsager flyttet til side 13 i dette nummer af *Sygeplejersken*.

ICN kongres i Sydafrika 2009 – nu åben for abstracts

Ønsker du at dele viden og erfaringer fra din praksis med kollegaer fra hele verden og deltage i studiebesøg i Sydafrika? Så har du chancen på ICN's kongres i Durban, Sydafrika 29. juni - 4. juli 2009. Obs! Ny dato.

Tema: "Sygeplejersker går forrest i opbygning af sundere samfund" (Leading Change: Building Healthier Nations)

Der er 3 former for abstracts:

- Concurrent sessions - 15 minutters oplæg
- Symposium – emne belyst af op til 3 personer – 80 minutter
- Poster præsentation, hvor du i plakatform fortæller om din praksis

Ansøgning kan ske via nettet. Ansøgningsfrist er 15. september 2008.

Læs mere på www.icn.ch/congress2009/abstracts.htm


ICN - International Council of Nurses er en sammenslutning af 131 sygeplejerskeorganisationer på verdensplan



En god eksemplarisk model

Af Bjarne Elholm, sygeplejerske

Kommentar til artiklen "Sygeplejersker skal spille en aktiv rolle i alkoholforebyggelse" i Sygeplejersken nr. 11/2008.

 Kære Jette Bagh!

Jeg har med stor interesse læst din meget vedkommende artikel i *Sygeplejersken* nr. 11/2008 med titlen: "Sygeplejersker skal spille en aktiv rolle i alkoholforebyggelse".

Jeg kan ikke være mere enig, blot vil jeg tillade mig at komme med et par supplerende oplysninger:

Jeg har de sidste 11 år arbejdet som sygeplejerske på Alkoholenhederne, som alle er placeret på hospitalsområdet ved de "gamle" H:S hospitaler. Alkoholenhederne er bemandede med psykiater/læge socialrådgiver, sygeplejersker og lægesekretærer (7-8 i alt). Tilbuddet er akut behandling, psykiatrisk, somatisk og social screening. Behandlinger terapeutisk og medicinsk individuelt/par/gruppe/familie og børnegrupper (3.000 patienter årligt).

Disse fem enheder er placeret strategisk, så man kan gå tilsyn på den afdeling, hvor patienter med alkoholforgiftning indlægges. Det er somatisk AMA eller psykiatrisk skadestue.

I princippet skal personalet fra hver Alkoholenhed gå tilsyn på en hvilken som helst afdeling, der ønsker det med henblik på opkvalificering af personale og samtale af motiverende karakter (dette kræver dog nok en efterspørgsel og viden om tilbuddet hos hospitalspersonalet). Dette har været gjort ud fra de statistiske oplysninger, at 20-25 pct. af alle patienter indlagt på et hospital er indlagt med en alkoholrelateret lidelse direkte eller indirekte.

Et tilsyn letter overgangen til ambulat behandling, og en del af patienterne kender vi jo i forvejen (tilbagefald er forventeligt; ca. 2/3 får recidiv hver 3. måned).

Vi formidler også kontakt til døgnbehandling eller anden ambulat behandling.

Vi hjælper også med at lære personalet om vigtigheden af screening af alle patienter og har skemaer til det. Jeg henviser til Rigshospitalets leverafdeling 3163, hvor dette er gjort systematisk de sidste tre år i samarbejde med Alkoholenheden på Rigshospitalet.


Jeg skriver dette, fordi jeg synes, der er mangler i artiklen og i faktaboksen. Vi har en god model, som er eksemplarisk, og jeg synes, det fortjener et par ord i artiklen.

Bjarne Elholm er forsknings- og udviklingssygeplejerske på Alkoholenheden, Hvidovre Hospital.

Miljø og/eller sundhed?

Af Helle Kvarnstrøm, sundhedsplejerske

Kommentar til artiklen "Familier får hjælp til at finde vej i kemijunglen" i Sygeplejersken nr. 10/2008.

 Jeg har med stor interesse læst om et spændende initiativ hos sundhedsplejerskerne i Københavns Kommune. De er blevet uddannet til miljøambassadører og kan nu rådgive gravide og nybagte forældre i miljørigtig adfærd. Det er en rigtig god idé!

Jeg har dog nogle forslag til, hvordan den kan blive endnu bedre. Næmlig ved også at fokusere på sundhed.

Med til at beskytte miljøet er også, at vi beskytter os selv mod unødvendige tilsætningsstoffer.

Sundhedsplejerske *Liselotte Mikkelsen* råder til, at man går efter de miljømærkede produkter. Det er også en god idé, hvis man vil tage hensyn til miljøet. Vil man også tage hensyn til sundheden, skal man kigge efter produkter, der er deklareret i samarbejde med Astma-Allergi Forbundet.

Astma-Allergi Forbundets logo er som eneste mærke garant for, at der ikke er tilsat hverken parfume, farve eller andre unødvendige tilsætningsstoffer. Og det gælder produkter til både børn og voksne.

Samtidig er hvert enkelt produkt i Astma-Allergi Forbundets deklaraationsordning vurderet ud fra en allergirisiko. Dvs. at det nøjagtigt er gennemgået, hvad der er i produkterne og især i hvilken koncentration. Konserveringsmiddel er et godt eksempel. For lidt konservering kan gøre en creme rådden og forværre børneeksem, mens for meget kan øge risikoen for at udvikle allergi.

Det kan være helt umuligt at vælge mellem miljø og sundhed, men det er vigtigt at vide, hvad de forskellige mærker står for.

Heldigvis er der mange, og der kommer stadigt flere produkter, der tager hensyn til både miljø og sundhed. De er nemlig både miljømærkede og bærer Astma-Allergi Forbundets logo.

Astma-Allergi Forbundet kræver flere forhold opfyldt, før et produkt kan blive undersøgt og fundet egnet til deklaration:

- Fuld ingrediensliste – fuld information og viden om samtlige ingredienser i produktet – f.eks. CAS- eller INCHI-nr. på alle ingredienser, produktionsmetoder mv., hvorefter vi vurderer produktet i sin helhed.
- Fuld varedeklaration på selve produktet, så forbrugerne kan se, hvad de køber.

Helle Kvarnstrøm er ansat i Astma-Allergi Forbundet.

))) SKRIV KORT

Skriv kort, når du vil deltage i debatten i *Sygeplejersken*.


Et debatindlæg må maksimalt være på 1.800 tegn uden mellemrum. Længere indlæg forkortes af redaktionen.

Der henvises generelt til regler for debat i *Sygeplejersken* på www.sygeplejersken.dk under "Manuskriptvejledning."

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

Et uansvarligt forlig

Af Thomas Wael, sygeplejerske

 Efter mange ugers konflikt kom det til sidst til forlig mellem DSR og de danske regioner. Uden at have sat mig ind i alle detaljer om forliget, mener jeg, det er et uansvarligt forlig, der er indgået mellem DSR og de danske regioner. Som vores formand *Connie Kruckow* er citeret for på Danmarks radios tekst-tv, er forhandlingerne foregået via en marionetdukke i skikkelse af regionsformand *Bent Hansen*, da regionerne ikke har økonomisk handlefrihed eller ret til at udskrive skatter. Derfor er det en forhandling mellem DSR og regeringen, der er foregået, men med *Bent Hansen* som forbindelsesled. Dette er efter min mening at holde sygeplejerskerne og befolkningen for nar. Af den grund bør vi som sygeplejersker stemme nej ved vores nært forestående afstemning om overenskomstforliget.

Endvidere mener jeg, at ved at stemme ja til overenskomstforliget påtager vi os som sygeplejersker et medansvar for den stigende ulighed i sundhedstilbud i vores samfund og den manglende fastholdelse af kvalificeret sygeplejefagligt personale i det offentlige sundhedsvæsen. Ved et ja til overenskomstforliget vil sygeplejerskerne gøre sig medansvarlige i at forstærke de i dag allerede store problemer med at rekruttere studerende til sygeplejerskeuddannelsen. Derfor spørger jeg: Skal vi tage det medansvar, eller skal ansvaret lægges over på regeringen, som åbenbart ikke på nuværende tidspunkt vil tage ansvaret og melde klart ud, hvad der er dens prioriteringer på sundhedsområdet. Ved et nej tvinges regeringen til at tage det ansvar.

Derfor mener jeg, det er vigtigt at stemme nej til forliget fra den 13. juni. På den måde tvinges regeringen til at tage ansvar for og stilling til den videre udvikling i vores samfund og på sundhedsområdet.

Ved et nej vil regeringen være tvunget til enten at bevilge flere penge til vores overenskomstforhandlinger eller komme med et lovindgreb, som nok vil koste os den halve procent, som forliget lægger op til, vi nu får mere end forligsskitzen fra forligsinstitutionen. Jeg er dog overbevist om, at på sigt vil vi være bedre tjent med den lidt lavere lønstigning frem for de uoverskuelige konsekvenser, et ja vil medføre siden hen, for det vil ikke bringe ligeløn!

*Thomas Wael er ansat på
Anæstesiaafdelingen, Abdominalcentret, Rigshospitalet.*

Svar

Af Connie Kruckow, formand

Kære *Thomas Wael!*

Forhandlingsresultatet med Danske Regioner og KL sikrer bedre løn til alle sygeplejersker.

Vi har taget det første skridt på vejen mod ligeløn, og med lønforbedringer på 13,3 pct. over tre år sprænger vi den generelle ramme på 12,8 pct. Over et arbejdsliv betyder det, at en gennemsnitssygeplejerske i basisstilling i alt får 85.500 kr. mere, end hvis rammen var 12,8 pct. Det er et historisk resultat, der viser, at det kan betale sig at strejke. Vores resultat skal også ses i lyset af, at alle de ekstra penge kommer direkte fra arbejdsgiverne. Sundhedskartellet har ikke skævdelt internt mellem faggrupperne.

Konkret betyder forliget bl.a. højere løn, forbedret pension, seniorpolitik og højere betaling for vagter på skæve tidspunkter. Det er alt sammen forbedringer, som det er vigtigt, vi får i hus. Derfor har kongressen, hovedbestyrelsen og formandskabet anbefalet et ja til forhandlingsresultatet.

Du skriver, at medlemmerne ved et ja vil gøre sig medansvarlige

i at forstærke rekrutteringsproblemerne. Det er jeg meget uenig i. Sammen med arbejdsgiverne skaber vi med forhandlingsresultatet nu bedre rammer for rekruttering og fastholdelse af medarbejdere i det offentlige sundhedsvæsen.

Vi har under overenskomstforhandlingerne og konflikten rejst tre store dagsordener, der handler om ligeløn, det offentlige sundhedsvæsen og den danske aftalemodel.

Vi har tilføjet nye perspektiver til ligelønskampen: Ligeløn for lige uddannelse, ligeløn mellem offentlig og privat sektor og ligeløn mellem mænd og kvinder. Resultatet af den indsats er bl.a., at vi har sat gang i hele debatten om ligeløn, og at arbejdsgiverne nu har sendt en klar anbefaling til Folketinget om at nedsætte en lønkommission.

Vi har også rejst en dagsorden om, at det offentlige sundhedsvæsen ikke kan holde til, at patienter og medarbejdere siver over i den private sektor. Resultatet af den indsats er, at arbejdsgiverne nu har fået øjnene op for, hvad der er i spil. De er nu kommet ind i kampen for at skabe bedre rammer for rekruttering og fastholdelse.

Endelig har vi sat fingeren på det ømme punkt i den danske aftalemodel. Vi har hele tiden sagt, at finansministeren er part i overenskomstforhandlingerne, og det er bl.a. derfor, vi skal have en ligelønskommission.

Det er min klare overbevisning, at forhandlingsresultatet peger i den rigtige retning på alle de dagsordener og understøtter de kommende års kampe for ligeløn, det offentlige sundhedsvæsen og en fornyelse af den danske aftalemodel.



**MASTER I
SUNDHEDSIT**

IT Universitetet udbyder en mastergrad i sundhedsIT. Deltidsuddannelsen er skabt i tæt samarbejde med sundhedssektorens parter, og henvender sig til dig, der som sygeplejerske, læge, jordemoder, fysio-/ergoterapeut eller bioanalytiker, har IT tæt inde på kroppen i hverdagen. Studiet udstyrer dig med analytiske redskaber, der gør dig i stand til at fungere som forandringsagent på din arbejdsplads. Fokus ligger på samspillet mellem teknologi og organisation.

Læs mere og find ansøgningsskema på www.itu.dk/sundhedsit


IT-Universitetet
i København

IT-Universitetet er Danmarks yngste universitet. Vi helliger os 100% den digitale verden – fra kommunikation og gaming, over business til design af software.

IT-Universitetet · Rued Langgaards Vej 7 · DK-2300 København S · www.itu.dk

Slut strejken – luk alt ned

Af Jes Haberlandt, sygeplejerske

 Åbent brev til Sundhedskartellet. Så skete det igen – forhandlingerne mellem *Bent Hansen* og *Connie Kruckow* er igen brudt sammen – ikke at det overraskede.

Hvad hjælper det også at forhandle med en partner, der ingen penge har?

Det er så nemt for *Anders Fogh Rasmussen* og *Lars Løkke Rasmussen* m.fl. at sige, at man ikke vil gribe ind.

Folketingspolitikere og Dansk Folkeparti specielt var så forstående og imødekommende ved sidste valg. Vi blev lovet store lønstigninger, og vi troede på det. Så kommer virkeligheden og lønkampen, og hvad gør politikerne så: ikke en pind – ud over at opfinde og diskutere et problem med et tørklæde, der ikke er et problem – ”wag the dog”, som det hedder. En undvigelsesmanøvre, der skal lede os væk fra det, vi taler om: strejke og lønforhandlinger.

Der er for mig at se kun én ting at gøre: Luk alt ned. Sæt hårdt mod hårdt.

Gør som Hvidovre og snart også på Herlev Sygehus – skær maksimalt ned i nødberedskabet.

Aflys alle ikke akutte operationer og behandlinger, og gå så til regeringen.

Lad Bent Hansen være, og sæt fokus på Lars Løkke Rasmussen, Anders Fogh Rasmussen og de andre folketingsmedlemmer.

Bent Hansen har ikke noget at byde på – han har ingen penge – men det har regeringen.

Hvor bliver de af, når det brænder på? Lad os se, om de kan sætte handling bag deres smukke valglofter.

Indtil de finder ud af det – så igen – hårdt mod hårdt – aflyst alt ikke akut.

For patienternes skyld og fremtidens offentlige sygehusvæsens skyld. Slut strejken.

Jes Haberlandt er ansat på skadestuen, Kolding Sygehus.

Svar

Af Connie Kruckow, formand


Kære Jes Haberlandt!

Jeg er helt enig i, at Folketinget har en afgørende rolle i forhold til vores lønforhandlinger. Det er en myte, at det kun er arbejdsgiverne og de offentligt ansatte, der forhandler. Vi forhandler lønnen, men det er regeringen og Folketinget, der lægger rammen for, hvad vi kan forhandle. Konkret har vi opfordret Folketinget til at øge den ramme, vi forhandler inden for, samt nedsætte en ligelønskommission.

I forhold til din opfordring til at skære i nødberedskabet har vi indgået en aftale om at stille et nødberedskab, som netop skal dække det akutte og uopsættelige arbejde. Under konflikten har vi ikke sat størrelsen efter politiske principper, men efter mængden af akutte og uopsættelige opgaver. Disse nødberedskaber blev under konflikten vurderet og forhandlet både op og ned afhængigt af opgaverne. Hvis vi skal gennemføre en effektiv konflikt, er det helt afgørende, at vi har befolkningens opbakning.

Når det er sagt, vil jeg understrege, at vi faktisk satte ”hårdt mod hårdt” under konflikten. Det vidner 372.000 aflyste operationer og behandlinger om.

Husk nu ligelønskommissionen

 *Kære Connie Kruckow, Vibeke Westh, Grete Christensen, Dorte Steenberg m.fl.!*

Jeg skriver til jer som en sygeplejerske fra primærsektoren, som har været en del af nødberedskabet i hele konflikten, og som har støttet kampen hele vejen.

Jeg og andre går nu og ”tygger” på de 13,3 pct...

Jeg er nået dertil, at hvis regeringen og/eller oppositionen (i deres sommerferie) viser, at de opstarter en ligelønskommission – inden jeg skal stemme – så stemmer jeg ja! Ellers stemmer jeg nej!

Jeg vil tro, der er mange andre end mig, der har det ligeså!

Med ønsket om en acceptabel offentlig sundhedssektor i fremtiden, og at vi nu kan vende tilbage til vores arbejde.

*Rikke Bruun de Neergaard
er ansat ved Hjemmeplejen Sundparken,
Københavns Kommune.*

Svar


Af Connie Kruckow, formand

Kære Rikke Bruun de Neergaard!

Der er ingen tvivl om, at vi med forhandlingsresultatet med arbejdsgiverne er kommet et skridt nærmere en ligelønskommission. Vi har nu en klar anbefaling fra arbejdsgiverne til regeringen om, at den skal nedsætte en kommission. Hertil kommer, at et bredt flertal i Folketinget støtter vores forslag om en ligelønskommission. Finansministeren har desuden meddelt, at regeringen efter sommerferien vil se nærmere på en kommission.

Forhandlingsresultatet med Danske Regioner og KL indeholder bedre løn og pension til alle medlemmer over de næste tre år. Det er vigtigt, at vi får forbedringerne i hus, og derfor har kongressen, hovedbestyrelsen og formandskabet anbefalet et ja til aftalen. Det gælder, uanset hvornår Folketinget nedsætter en ligelønskommission.

.....
”Tillidsrepræsentanterne har udfoldet et stort arbejde for at bemande nødberedskaberne. (...) Tillidsrepræsentanterne har udfoldet stor kreativitet og udtænkt nye systemer. Når konflikten er slut, bør vi gennemgå systemerne – måske ligger der her nye metoder til at få bemandet de daglige vagtplaner på en mere hensigtsmæssig måde.”



Slut med billig arbejdskraft fra omsorgsfagene

Af Kirsten Ellegaard, primærpsygeplejerske, og Charlotte Leth, sundhedsplejerske

Ved sidste valg sørgede flere politikere for at sætte ligeløn på dagsordenen. De brugte ord som: "Respekt, anerkendelse og ligeløn" i forbindelse med omsorgsfagenes lønfejerslæb. Den er blevet grebet, og der kæmpes lige nu præcis for respekt, anerkendelse og ligeløn.

Hvad er vi oppe imod? Politikere, der sidder med hænderne i skødet, og regioner og kommuner, der er bundet på hænder og fødder i forhold til at give de 15 pct., vi ønsker over de næste tre år. Det er 2,2 pct. mere, end de har tilbudt!

For ½ år siden sagde statsminister *Anders Fogh Rasmussen* (V) i sin nytårstale: "Danmark er mulighedernes samfund. Et rigt og vel-fungerende samfund. Et samfund, hvor den enkelte har frihed til at tage initiativ, udfolde sig, tænke nyt. Et samfund med frihed til forskellighed" ... "Den stærke danske økonomi vækker opsigt. Det går bedre i Danmark end nogensinde. Aldrig har så mange været i arbejde. Arbejdsløsheden er rekordlav."

Det er nu, der er råd til at tage det skridt mod ligeløn og anerkendelse af kvinder i sundhedssektoren, som også er et godt argument for rekruttering af nye studerende til sundhedsfagene.

Sygeplejerskerne vil gerne tage ansvar, men vi skal lønnes efter ansvar og kunne betale vores SU-lån tilbage.

Vi ønsker, at offentligt ansatte i kvindefagene får ligeløn med de private og mandefagene, får gode arbejdsvilkår, mulighed for at holde frokostpause, føler sig anerkendt, har mulighed for at gå op i arbejdstid (for tro ikke, at alle på deltid selv har valgt det).

Så ja til ligeløn, kære statsminister og politikere, det er slut med billig arbejdskraft fra omsorgsfagene.

Vi har et ansvar, og vi ved, at der er mange mennesker, der bliver ramt under strejken.

Men hvad med arbejdsgiverne og regeringen, har de ikke noget ansvar?

Alt planlagt er nu gået i stå – det er ikke uden omkostninger! Hverken menneskeligt eller økonomisk! Der bliver et kæmpe efter-slæb, længere sygdomsmeldinger for dem, der ikke er blevet behandlet, overarbejde, frustration for alle de nybagte familier, der ikke får sundhedspleje.

Vores skræk er, at sygeplejersker efter strejken smider håndklædet i ringen og går til vikarbureauerne, for nu orker de ikke at kæmpe for døve ører længere.

Kære statsminister, politikere og arbejdsgiver: Det er nu, I har chancen for at give de 15 pct. og slippe for den dobbelte regning i morgen. "Vi har et fælles ansvar for at sikre fortsat fremgang i Danmark."

Kirsten Ellegaard er ansat i Hjemmepleje Øst, Svendborg Kommune, og Charlotte Leth er ansat i Sundhedsplejen, Svendborg Kommune.

Vi giver til de fattige ...

Af Søren Bertelsen, finansanalytiker

Kommentar til artiklerne "Vi tager fra de fattige ..." i Sygeplejersken nr. 22/2007 samt "Europa slås om sygeplejersker" og "Danmark fisker sygeplejersker i halvtomme søer" i Sygeplejersken nr. 11/2008.

Problemet med manglen på sygeplejersker er stort. DSR's analyseafdeling forventer, at der vil mangle 6.900 sygeplejersker om fem år. Import af sygeplejersker er den eneste løsning – også på længere sigt. Men overskrifter som "Polen tømt for sygeplejersker" (*Sygeplejersken* nr. 1/2008) og "Europa slås om sygeplejersker" (*Sygeplejersken* nr. 11/2008) viser, at Europa ikke er en udtømmelig kilde. Derfor må man se uden for Europa for at finde en løsning.

Landene som Indonesien og Filippinerne lever delvist af at eksportere arbejdskraft. Landene har i mange år eksporteret søfolk, bygningsarbejdere og husholdersker (maids), men i takt med globaliseringen og et højere uddannelsesnivea har et stigende antal emigranter en uddannelse med i bagagen – bl.a. som sygeplejerske.

Indonesiens præsident *Susilo Bambang Yudhoyono* har en plan om at sende 3,5 millioner indonesiske arbejdere ud af landet i hans fem års regeringstid. Derfor er man ved at sætte eksporten i system og oprette statslige funktioner, der kan hjælpe folk på vej. Et eksempel er, at Indonesien som led i en aftale med Japan har aftalt at sende 1.000 sygeplejersker til Japan i år, og tallet ventes at stige fremover.

Danmark og Indonesien kunne drage fordel af en aftale, hvor Danmark investerede penge i uddannelsen af sygeplejersker i Indonesien. I stedet for kun at uddanne sygeplejersker i Danmark kunne man sende penge til Indonesien med det mål at uddanne sygeplejersker til ansættelse i Danmark. Man kan formentlig uddanne langt flere i Indonesien end i Danmark for de samme penge. Så kunne vi med god samvittighed modtage sygeplejerskerne i Danmark uden at risikere, at det vil gå ud over sygehusene i Indonesien. Når sygeplejerskerne vender tilbage, vil de være med til at hæve niveauet for sygeplejen i Indonesien. En del af aftalen bør være tidshorisonten for et ophold i Danmark, så der er klare forventninger på begge sider. Et permanent ophold vil ikke nødvendigvis være i Indonesiens eller Danmarks interesse.

Måske skal Danmark satse på at blive specialist i at uddanne gode sygeplejersker internationalt i stedet for "kun" at være gode sygeplejersker i Danmark.

Søren Bertelsen er gift med en sundhedsplejerske og bosiddende i Singapore.

Sommerferie


Dette nummer af fagbladet *Sygeplejersken* er sidste nummer inden sommerferien.

Næste nummer udkommer fredag den 8. august.

Redaktionen ønsker alle læsere en rigtig god sommer.

Overvejelser og frustrationer

Af Rikke Spangdahl-Fafara, sygeplejerske

 Vi er nogle sygeplejersker, der er noget opildnede over konflikten udvikling. Der er blevet varslet et konfliktkontingent for maj, hvilket blev opkrævet i april, og selvfølgelig betaler vi velvilligt under konflikten et ekstra kontingent. Nu er der så kommet en skrivelse ud om, at det er besluttet, at der skal ydes et ekstra konfliktkontingent frem til år 2011 – altså til næste OK-forhandling. Et konfliktkontingent, der umiddelbart fordobler vores nuværende ydelse til DSR.

Dette medfører en masse overvejelser og frustrationer hos os:

- Hvad bliver vores normale kontingent brugt til, hvis ikke noget af det går til strejkekassen?
- Hvordan er strejkekassen blevet fyldt indtil nu?
- Hvordan kan en ekstraudgift i den størrelsesorden blive pålagt medlemmerne, uden at de har haft indflydelse på det eller er blevet advaret om det i tide, så hvert enkelt medlem forinden kunne have truffet et valg om, hvorvidt det var kampen værd!
- Hvilken mening giver det at blive ved med at kæmpe for de sidste 2,2 pct., når det, at konflikten trækker ud, kommer til at koste os godt 300 kr./md. de næste tre år. De 2,2 pct., som vi kæmper for, får vi dermed reelt slet ikke at mærke, da pengene går direkte til DSR. Det betyder, at vi hver især betaler vores egen løn under konflikten på trods af, at der hele tiden har været lagt op til, at konflikten ikke skulle ramme medlemmerne økonomisk – det gør den så nu!
- Eftersom et regeringsindgreb er højst sandsynligt som afslutning på konflikten, vil vi kunne ende på en lønstigning, der hedder 12,8 pct. over tre år; en lønstigning, der bliver ædt op af ekstra kontingent. Hvor er det så rent økonomisk, vi får en forbedring?

DSR's kontingent er højt, og øges kontingentet nu så meget, som der er lagt op til, kan konsekvensen meget nemt blive, at flere er nødt til at melde sig ud af økonomiske årsager. Måske det skulle have været overvejet kraftigt, om så mange skulle udtages til konflikten, hvis der i virkeligheden ikke var råd til det – og havde det ikke været rimeligt at have inddraget medlemmerne i beslutningen med synliggørelse af konsekvenser, for og imod de forskellige handleplaner?

*Indsendt på vegne af ni sygeplejersker på
Afdeling K, Århus Universitetshospital, Skejby.*

Svar

Af Connie Kruckow, formand

Kære sygeplejersker på afdeling K!
Dansk Sygeplejeråds medlemmer har et historisk lønefterslæb på 27 pct. i forhold til privatansatte med samme uddannelsesniveau. De krav, som medlemmerne har indsendt til hovedbestyrelsen forud for overenskomstforhandlingerne, har da også været helt entydige: Løn, løn og løn. Derfor er jeg mødt til forhandlingerne med et klart krav om lønforbedringer fra medlemmerne.

En konflikt er en ekstraordinær situation, og hovedbestyrelsen har løbende lavet de nødvendige tilpasninger, så medlemmerne mærker følgerne mindst muligt samtidig med, at vi bevarer en sund økonomi. En konflikt koster adskillige millioner om dagen. Derfor er vi nødt til løbende at ruste Garantifonden, og det er baggrunden for, at vi i hovedbestyrelsen har besluttet at opkræve et konfliktkontingent de næste måneder.

Men det sikrer ikke i sig selv, at Garantifonden fyldes op til at kunne finansiere kommende konflikter. Vi må forvente, at kampen for ligen

er lang og sej. Derfor har kongressen besluttet, at Garantifonden skal indeholde 500 mio. kr. til næste overenskomstforhandling. Det betyder, at der vil blive opkrævet et ekstraordinært kontingent, indtil Garantifonden igen er fyldt op.

Konfliktkontingentet betyder langt fra, at I ikke får noget ud af lønforbedringerne. Konfliktkontingentet bliver opkrævet i en tidsbegrænset periode, mens I får udbetalt lønforbedringerne, lige så længe I er på arbejdsmarkedet. I øvrigt er både det almindelige kontingent og konfliktkontingent fradragsberettiget.

Dansk Sygeplejeråds kontingent er blandt de billigste sammenlignet med andre faglige organisationer. Kontingentet bruges bl.a. til medlemsservice- og rådgivning, arbejdsskadesagsbehandling, lønforhandling, interessevaretagelse i forhold til medlemmernes fag og arbejdsmiljø og fagbladet *Sygeplejersken*. 60 pct. af kontingentet går til centrale aktiviteter, mens 40 pct. af kontingentet går til lokale aktiviteter i kredsene.

Der er ikke siden 2003 blevet opkrævet midler til Garantifonden over medlemskontingentet. Det betyder, at der har været en lang periode, hvor Garantifonden alene er blevet fyldt op gennem renter m.v.

TRÆNGER DU TIL NYE UDFORDRINGER?

Udvid dine karrieremuligheder med en efteruddannelse til psykoterapeut.

Uddannelsen tages som deltidsstudium sideløbende med erhvervsarbejde.

Optagelse kræver en grunduddannelse som sygeplejerske, pædagog, skolelærer eller lignende.

Hold starter i august/september og januar/februar.

Læs mere på
www.psykinst.dk

**PSYKO-
TERAPEUTISK
INSTITUT**

Forkortet produktresumé. ORENCIA® 250 mg pulver til koncentrat til infusionsvæske, opløsning.

Indikationer: ORENCIA® er i kombination med methotrexat indiceret til behandling af moderat til svær, aktiv reumatoid arthritis hos voksne patienter, som har haft insufficient respons på eller er intolerante over for andre sygdomsmodificerende anti-reumatiske lægemidler, inklusive mindst én tumornekrosefaktor-hæmmer (TNF-hæmmer). Der er vist reduktion i progression af ledske og forbedring i fysisk funktion med kombinationsbehandling med abatacept og methotrexat. **Dosering:** *Voksne:* Skal administreres som en 30-minutters intravenøs infusion. Dosis er 500 mg til patienter under 60 kg, 750 mg til patienter mellem 60 og 100 kg og 1000 mg til patienter over 100 kg. Efter 1. infusion gives ORENCIA® efter 2 og 4 uger og herefter hver 4. uge. Dosisjustering er ikke nødvendig ved samtidig behandling med andre DMARD, kortikosteroider, salicylater, non-steroidale anti-inflammatoriske lægemidler eller analgetika. *Ældre:* Dosisjustering ikke nødvendig. *Børn:* Der er ingen erfaring med behandling af børn eller unge. ORENCIA® bør derfor ikke bruges til børn og unge, før der foreligger yderligere data. *Nyre- og leverinsufficiens:* ORENCIA® er ikke undersøgt i disse patientpopulationer. Der kan ikke angives dosisbefalinger. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Svære og ubehandlede infektioner, som for eksempel sepsis og opportunistiske infektioner. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Patienter, der skifter fra behandling med et TNF-hæmmende middel til ORENCIA®, skal overvåges for tegn på infektion. Der bør udvises særlig forsigtighed hos patienter, der tidligere har haft allergisk reaktion over for abatacept eller et eller flere hjælpestoffer. Lægemidler som påvirker immunsystemet, inklusive ORENCIA®, kan påvirke forsvaret mod infektioner og maligniteter samt påvirke vaccinationsrespons. Samtidig administration af ORENCIA® og biologiske immunsuppressive eller immunmodulerende stoffer kan forstærke ORENCIA®s effekt på immunsystemet. Der er teoretiske overvejelser hvorvidt behandling med ORENCIA® kan øge risiko for autoimmune processer fx forværring af dissimineret sklerose. Parenterale lægemidler, der indeholder maltose kan påvirke aflænsningen i bestemte blod-glukoseapparater. Hvert hætteglas indeholder 8,625 mg natrium. **Interaktioner:** Samtidig behandling med ORENCIA® og TNF-hæmmende middel frarådes. **Graviditet og amning:** ORENCIA® bør ikke anvendes til gravide kvinder, med mindre dette er klart nødvendigt. Fertile kvinder bør anvende effektiv antikonception under behandling med ORENCIA® samt 14 uger efter sidste dosis af abatacept. Kvinder bør ikke amme under behandling med ORENCIA® samt 14 uger efter sidste dosis af abatacept. **Bivirkninger:** De hyppigst indberettede bivirkning ($\geq 5\%$) blandt abataceptbehandlede patienter var hovedpine og kvalme. Følgende bivirkninger forekom med større hyppighed i gruppen af abataceptbehandlede patienter end blandt de placebobehandlede patienter. Bivirkningerne angives efter organklasse og hyppighed, og er opdelt i følgende kategorier: Meget almindelig ($\geq 1/10$); Almindelig ($\geq 1/100$ til $< 1/10$); Ikke almindelige ($\geq 1/1.000$ til $< 1/100$); Sjældne ($\geq 1/10.000$ til $< 1/1.000$); Meget sjældne ($< 1/10.000$). **Undersøgelser:** Forhøjet blodtryk, forhøjet leveralt. Ikke almindelig: Fald i blodtryk, vægtøgning. **Hjerte:** Ikke almindelig: Takykardi, bradykardi, palpitationer. **Blod og lymfesystem:** Ikke almindelig: Trombocytopeni, leukopeni. **Nervesystemet:** Meget almindelig: Hovedpine. Almindelig: Svimmelhed. Ikke almindelig: Paræstesier. **Øjne:** Ikke almindelig: Konjunktivitis, nedsat syn. **Øre og labyrint:** Ikke almindelig: Vertigo. **Luftveje, thorax og mediastinum:** Almindelig: Hoste. **Mave- tarmkanalen:** Almindelig: Abdominalmerter, diarré, kvalme, dyspepsi. Ikke almindelig: Gastritis, mundsår, aftøs stomatitis. **Hud og subkutane væv:** Almindelig: Udslæt. Ikke almindelig: Øget tendens til blå mærker, alopeci, tør hud. **Knogler, led, muskler og bindevæv:** Ikke almindelig: Artralgi, ekstremitetssmerter. **Infektioner og parasitære sygdomme:** Almindelig: Nedre luftvejsinfektion, urinvejsinfektion, herpes simplex, øvre luftvejsinfektion, rhinitis. Ikke almindelig: Tandinfektion, inficerede hudsår, onychomycosis. **Benigne, maligne og uspecifiserede tumorer:** Ikke almindelig: Basalcelle-carcinom. **Vaskulære sygdomme:** Almindelig: Hypertension, rødmen. Ikke almindelig: Hypotension, hedeure. **Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet:** Almindelig: Træthed, asteni. Ikke almindelig: Influenzalignende sygdom. **Det reproduktive system og mammae:** Ikke almindelig: Amenorré. **Psykiske forstyrrelser:** Ikke almindelig: Depression, angst. De bivirkninger, der blev rapporteret for gruppen af abataceptbehandlede patienter, og som ikke forekom med en større hyppighed end med placebo, men som alligevel betragtes som medicinsk relevante omfatter følgende hændelser: Almindelig: herpes zoster; Ikke almindelig: pneumoni, hypersensitivitet, pyelonefritis, bronkospasme, urticaria, psoriasis, cystitis, migræne, synkebesvær, tørre øjne; Sjældne: sepsis, bakteræmi. **Overdosering:** Der er administreret doser på op til 50 mg/kg uden åbenlys toksisk effekt. I tilfælde af overdosis anbefales det at overvåge patienten for eventuelle tegn og symptomer på bivirkninger og at klargøre relevant symptomatisk behandling. **Pakning og pris (ESP (28-1-2008)):** 1 hætteglas (250 mg): 4136,55 kr. Se venligst dagsaktuelle priser på www.medicinpriser.dk. **Tilskud:** Nej. **Udlevering:** BEGR. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG, Uxbridge Business Park, Sanderson Road, Uxbridge UD8 1DH, Storbritannien. Fuldstændigt produktresumé kan rekvireres hos den danske repræsentant: Bristol Myers Squibb, Lyngby Hovedgade 98, 2800 Lyngby.

Inger-Lise Hyldequist-Hansen



Søndag den 25. maj 2008 døde Inger-Lise Hyldequist Hansen, 88 år gammel.

Frk. Hyldequist var vores forstanderinde på daværende Skanderborg Amts Sygeplejerskole, hvor vi begyndte som sygeplejeelever i 1959, først på Bygholm i Horsens, senere i Silkeborg.

Vi havde i hende en leder, som vi havde respekt for, som vi så op til, og som ville det bedste for os elever.

Frk. Hyldequist var visionær i sin undervisning på sygeplejerskolen og skabte respekt omkring sig, hvor hun færdedes på amtets sygehuse. Tiltaleformen dengang var "De", og vores uniform var med stivede kapper, flipper og forklæde og med lukkede sko på fødderne.

Men som udstationerede elever i psykiatrien på Augustenborg Statshospital lærte vi "Hyldemor" at kende fra en mere afslappet side, når vi hyggede os sammen med hende i opholdsstuen aftenen inden vores statseksamen.

Og den afslappede side af hende kom vi til at kende endnu mere efter vores elevtid. I vores vandrebog "Vagabonden" har Hyldemor i sine breve fortalt om sin store interesse for og oplevelser med sin musik, sin opera, sin kunst og sine rejser.

Ved vores årlige elevsammenkomster blev Hyldemor altid inviteret, og havde hun mulighed for det, så kom hun. Og så gik snakken livligt.

Hendes bisættelse i den nye Virklund Kirke tæt ved hendes hjem var en smuk højtidelighed, hvor hun var omgivet af familie, venner, naboer, tidligere sygeplejekolleger og sygeplejeelever. Også i dag, hvor vi igen er samlet i Ribe, var en invitation sendt til Hyldemor.

Æret være Inger-Lise Hyldequist-Hansens minde.

På vegne af elevholdet 1959:

Eva Sloth Nielsen, Jytte Skovbakke Hansen, Inge Tornbjerg, Irma Iversen, Elna Lyck, Ulla Piilholt, Poula Fisker og Britta Bertelsen.

Inger-Lise Hyldequist-Hansen



Tidligere skoleforstander for Sygeplejerskolen i Silkeborg, Inger-Lise Hyldequist-Hansen, er død, 88 år gammel.

Frøken Hyldequist, af eleverne kaldet Hyldemor, var en meget afholdt og elsket forstander, hun stod altid last og brast med eleverne, og hun forstod at støtte den enkelte elev, når personlige problemer opstod.

Begyndelsen på den nye sygeplejerskeuddannelse i 1958 blev noget besværlig i Skanderborg Amt, inden muligheden kom for at bygge en sygeplejerskole (indviet i 1965), som med Inger-Lise Hyldequists ihærdighed blev en selvstændig institution på Høgevej over for Silkeborg Sygehus.

Frk. Hyldequist var fagligt set meget velkvalificeret med studentereksamen, sygeplejerskeuddannelse fra Rigshospitalet samt vide-reuddannelse fra Danmarks Sygeplejerskehøjskole. Hun kreerede selv elevnålen for sin sygeplejerskole med mottoet "Salus Aegroti Suprema Lex" (Den syges velfærd, den højeste lov). Denne etik gennemsyrede sygeplejerskolen i Inger-Lise Hyldequists tid, og hun fik skabt en velrenommeret sygeplejerskole i Silkeborg.

I 1970-71 var Inger-Lise Hyldequist i USA på stipendium fra DSR og studerede sygepleje ved Case Western University, Cleveland, Ohio, der havde et meget anerkendt sygeplejefakultet. Inger-Lise Hyldequist gik tidligt på pension og fik et meget rigt otium, fordi hun havde så mange interesser og evner og var sine venners ven. For sygeplejen blev Inger-Lise Hyldequist et stort aktiv.

Æret være Inger-Lise Hyldequist-Hansens minde.

Jytte Frøslund-Jensen, Samsø.

Birthe Damholt Jespersen

 Vi har mistet vores kære kollega, *Birthe Damholt Jespersen*, som døde den 19. maj 2008, kun 55 år gammel.

Birthe arbejdede som sygeplejerske på Kirurgisk afdeling A1, hvorefter hun var afdelingssygeplejerske nogle år på plejehjemmet i Vildbjerg. Gennem de sidste 10 år var hun på afd. B3, hvor vi alle oplevede hende som en dygtig og effektiv sygeplejerske. Hun gik meget op i patienternes velbefindende og det etiske aspekt i sygeplejen. Hun var vidende og en stor støtte for sine yngre kolleger.

Birthe var en meget afholdt kollega. Hun bidrog til afdelingens gode arbejdsmiljø med sin glade og positive måde at være på.

Birthe var meget glad for sin familie. Hun fortalte glad om sine børn og børnebørn og havde mange rosende ord om sin mand, *Knud*.

Farvel til en tillidsvækkende, støttende og positiv – ja, alle tiders kollega.

Afd. B3, Regionshospital Herning.

Vibeke Borghegn

 Den 25. april sov *Vibeke* stille ind på St. Lucas Hospice, omgivet af sine kære. 64 dages ulige kamp mod kræften var slut.

Vi mødte Vibeke, da vi startede som sygeplejeelever på Frederiksberg Hospital i 1961, og vi havde i alle årene fremover tæt kontakt til hende.

Efter endt uddannelse arbejdede Vibeke på føde/barselsgangen i dag/aften/nattevagt som deltidsansat.

Det væsentlige for hende var at være hjemme så meget som muligt, mens de tre børn var små. Da børnene var blevet større, tog Vibeke fat, specialet blev udvidet med gynækologi.

Vibekes store viden, erfaring, engagement og ikke at forglemme hendes altfavnende væsen udmøntede sig i en stilling som afdelingssygeplejerske – en stilling, der efter få år blev til oversygeplejerske for barsel/gynækologi.

Derudover var der interesse og kræfter til også at engagere sig i det organisatoriske arbejde.

Vibeke var primusmotor i oprettelsen af FS 23 og var i mange år formand for sammenslutningen.

Vibeke valgte at gå på pension i 2002, hun modtog ved denne lejlighed dronningens fortjenstmedalje i sølv for 40 års tro tjeneste.

Som den åbne og varme person, hun var, efterlader hun sig et stort savn hos alle os, der har kendt hende.

Aase Jessen, Jette Abrahamsen

Inge Hougesen

 Sygeplejerske *Inge Hougesen* er død i en alder af 65 år. Inge har i mange år været fast nattevagt, de sidste seks år som en utrolig stabil og dygtig nattevagt på Herlev Hospital.

"Man har ret til at arbejde, til man bliver 70 – om Gud vil det". Det ville han så ikke ...

Inge var født og opvokset i Jylland. Efter endt skolegang drog Inge til Schweiz for at arbejde og herefter hjem igen til Danmark for at uddanne sig til sygeplejerske i København.

Herefter går turen atter til Schweiz, hvor Inge arbejder som sygeplejerske og bliver medlem af naverne i Zürich.

Inges arbejdsliv fortsætter bl.a. i Danmark og så videre til Grønland. Grønland blev Inges et og alt. Drømmen om at vende tilbage efter flere år i Danmark var der stadig, men kun som aktiv sygeplejerske.

Sidste dag i afdelingen var en glædelig dag, for dagen efter skulle Inge til navertræf i Stockholm. Det at være naver var Inge meget stolt af og var en del af Inge. Inges lokale navere var afdelingen i Randers, hvor hun i en årrække var formand.

Få dage efter denne tur døde Inge stille i sit hjem en dag midt i maj.

Inges drøm om Grønland udtrykte hun selv på denne måde i en beretning fra Grønland, skrevet til naverne: "På Grønlands fjelde vil jeg vandre til den dag, jeg bliver for gammel."

Med disse ord vil vi mindes Inge.

Personalet på T 119

ved afdelingssygeplejerske Bente Nisted Olsen.

DSRs Sygeplejefaglige Forskningsfond

DSRs Sygeplejefaglige Forskningsfond udbyder midler i 2009 til sygeplejeforskning

DSRs Sygeplejefaglige Forskningsfond har til formål at yde økonomisk støtte til forskning udført af sygeplejersker til fremme af syge- og sundhedsplejen i Danmark og internationalt.

Forskningsfonden vil i 2009 støtte forskningsprojekter, der primært retter sig mod sundhedsfremme og forebyggelse i relation til patienter med kroniske lidelser.

Fondsmidlerne kan søges af sygeplejersker, som er medlemmer af DSR.

Ansøgningsskemaet findes på DSR's hjemmeside: www.dsr.dk under Fag → Sygeplejeforskning

Ansøgningen skal være modtaget i Dansk Sygeplejeråd senest den 1. december 2008 kl. 12.00.



SYGEPLEJERSKEN

>>> FAG

Fagtanker >> 60

Faglig information >> 60

Testen >> 68

Agenda >> 77

Anmeldelser >> 78

5 faglige minutter >> 80

Praksispersonalets uddannelse og arbejde >> 62

Fænomenologi som forskningsmetode >> 70

Udvikling af evidensbaserede kliniske retningslinjer i sygeplejen >> 74

>>> FAGTANKER

Tilfældig opgaveløsning i almen lægepraksis

Hos min læge varetages opgaverne af den faggruppe, man ud fra sund fornuft vil anse som kompetent til opgaven. Sekretæren tager telefonen, finder en ledig tid, fornyer recepter mv. Lægen og sygeplejersken tager sig af behandling og sygepleje.

Jeg blev derfor mere end overrasket over at læse i artiklen "Praksispersonalets uddannelse og arbejde" side 62, at det mere er reglen end undtagelsen, at både lægesekretærer og bioanalytikere varetager kliniske procedurer, som de ikke er oplært til gennem deres uddannelse.

En lægesekretær er undervist i sagsbehandling, regnskab, journalskrivning og i, hvordan sundhedssystemet hænger sammen. Hverken svangreundersøgelser eller øreskylning indgår i pensum. En bioanalytiker er uddannet til at tage blodprøver, måle blodtryk, hjerte- og lungefunktion og analysere resultaterne. Ikke i at afholde livsstilssamtaler, udføre vortebehandling og vaccinationer.

Hvis lægernes ønske om øget involvering af deres praksispersonale, som beskrevet i artiklen, skal komme patienterne til gode, vil en forudsætning være, at de praktiserende læger vælger rette faggruppe til rette opgave. Når vi taler kvalitet.



Evy Ravn,
sygeplejerske,
fagredaktør.



ICN-konference for alle

AF PREBEN ULRICH PEDERSEN, SYGEPLEJERSKE, PH.D.

Artiklen henvender sig til sygeplejersker, som overvejer at deltage i ICN-konferencen i Durban, Sydafrika, i 2009. Artiklen beskriver fordelene ved at deltage og er baseret på forfatterens deltagelse i fire ICN-konferencer.

International Council of Nurses (ICN) indkalder abstracts til deres 24. verdenskonference, der afholdes i perioden 29. juni til 4. juli 2009 (bemærk venligst, at dette er det nye ændrede tidspunkt i forhold til tidligere udmeldt periode). Konferencen finder sted i Durban, Sydafrika.

ICN er sammenslutningen af sygeplejeorganisationer fra 130 lande. Hvert fjerde år gennemføres en imponerende konference, der omhandler forskning, udvikling, undervisning, ledelse og organisation. Der deltager 4-5.000 sygeplejersker fra hele verden.

ICN er med til at sætte sygepleje på verdenskortet og på dagsordenen. Konferencerne er derfor en enestående mulighed for, at sygeplejersker på tværs af nationale, uddannelsesmæssige og kulturelle forhold kan mødes og diskutere sygepleje.

Programmet er stort, det spænder over indlæg fra en række prominente hovedtalere og symposier, hvor udvalgte emner behandles af tre til fire talere, til korte mundtlige præsentationer af projekter og posterudstillinger.

Pga. konferencens organisering er der derfor rig lejlighed til at få en faglig diskussion og få knyttet kontakter både med nogle af de prominente indlægsholdere, personer, der har holdt andre indlæg og præsenteret posters, og ikke mindst med sygeplejersker fra alverdens lande.

Jeg har deltaget i ICN's konferencer i Vancouver, København, Taipei og Yokohama. Hver gang har det fascineret mig at se det farverige opbud af sygeplejersker i nationaldragter, men ikke mindst at diskutere med sygeplejersker fra andre lande og finde ud af, at trods mange forskelligheder er der flere ting, der knytter os sammen.

Hver konference har et tema. Temaet for konferencen i 2009 er: Leading Changes: Building Healthier Nations. Det er jo et meget interessant tema, især i disse konflikttider.

Et tværkulturelt studie om diabetes blandt indvandrere fra Somalia

Wallin A-M, Löfvander M, Ahlström G. Diabetes: A cross-cultural interview study of immigrants from Somalia. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16(11c):305-314.

Netop sygeplejersker spiller en meget central rolle i opbygningen af en sund nation, uanset om det er i Danmark eller lande i Afrika, hvor det kan dreje sig om at sikre, at befolkningens helt basale behov dækkes. Den danske regering har udarbejdet en sundhedsreform, som den faktisk kun kan få ført ud i livet ved hjælp af aktive, veluddannede sygeplejersker.

Opbygning af sundere nationer forudsætter et godt samspil mellem primær- og sekundær sundhedssektor, der vil således være en lang række indlæg og præsentationer, der henvender sig til sygeplejersker i begge sektorer. Derudover er konferencen tilrettelagt således, at der er indlæg, der henvender sig både til sygeplejersker i praksis, undervisere på alle niveauer, forskere, sygeplejestuderende, ledere og udviklere af sygeplejen.

Konferencen afvikles på engelsk, fransk og spansk. Ved hovedtalerne er der mulighed for simultantolkning.

Styrken ved ICN-konferencen er, at den omhandler sygepleje bredt på tværs af speciale, diagnoser og sektorer. Der er derfor en enestående mulighed for at få input fra et meget bredt felt, men også en mulighed for selv at kunne præsentere resultater fra forsknings- eller udviklingsprojekter.

Yderligere informationer om konferencen og vejledning i indsendelse af abstract kan findes på: www.ICN.ch/congress2009.htm

Af Preben Ulrich Pedersen,
sygeplejerske, ph.d.,
lektor ved Afdeling for Sygeplejevidenskab,
Institut for Folkesundhed,
Aarhus Universitet;
pup@sygeplejevid.au.dk

R Formål: At beskrive hvordan indvandrere med diabetes oplever deres hverdagsliv i Sverige, og hvordan de håndterer diabetesrelaterede problemer set i et kønsperspektiv.

Metode: I denne svenske interviewundersøgelse deltog 19 voksne i alderen 30-83 år, heraf var 11 kvinder. De havde i gennemsnit været i eksil i 9,9 år og haft diabetes i 6,9 år. Alle havde type 2-diabetes, 11 fik oral tabletbehandling, og otte fik enten oral tabletbehandling kombineret med insulin eller udelukkende insulin som behandling. Interviewene blev gennemført ved hjælp af tolkning og indledt med et åbent spørgsmål. Samtalerne blev optaget på bånd og senere transskriberet.

Resultater: I analysen fremkom der fire hovedtemaer: Oplevelse af problemer i hverdagslivet, hverdagslivet fortsatte som tidligere, forståelse giver en følelse af kontrol og at kunne følge råd. Der var store variationer i, hvordan de interviewede håndterede fastemåden. Mænd og kvinder er forskellige i deres reaktioner på diabetes.

Bemærkning: At skulle leve med eller tilpasse sit liv til diabetes kræver livsstilsændringer for mange. Hvis man i sin kultur ikke har egenomsorgshandlinger i forbindelse med denne sygdom, gør det de ændringer ekstra svære. Derfor er det væsentligt at få beskrevet, hvordan mennesker fra forskellige kulturer oplever hverdagslivet med en ikke synlig sygdom, så den viden kan anvendes som udgangspunkt for interventioner fra sundhedsprofessionelle.

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

Hvad forstår ældre brugere ved patientdeltagelse?

Penney W. & Wellard S.J. Hearing what older consumers say about participation in their care. *International Journal of Nursing Practice* 2007;13:61-68

R Denne undersøgelse drejer sig om ældre brugeres syn på deltagelse i deres egen pleje under indlæggelse i en akutafdeling. Den er en del af et større studie.

Undersøgelsen anlægger en kritisk etnografisk tilgang og bygger på dybdegående interview med 36 brugere over 70 år og 31 sygeplejersker fra to australske akutafdelinger. En af de implicerede forskere har desuden foretaget deltagerobservation af mødet mellem bruger og sygeplejerske i 240 timer. Transskriptioner af interview og noter fra observationerne udgør datamaterialet.

De ældre brugere har svært ved at komme med eksempler på patientdeltagelse fra deres indlæggelse. Derfor tager analysen udgangspunkt i beskrivelser af, hvordan brugerne havde oplevet ikke at have mulighed for at deltage i deres egen pleje.

Ikke at blive lyttet til, ikke at blive informeret tilstrækkeligt og ikke at blive inddraget i beslutninger vedrørende medicin er vigtige områder, når brugerne konkretiserer ikkedeltagelse. Vanskeligheder med at kommunikere kan skyldes, at brugerne har problemer med syn og/eller hørelse. Travlhed hos sygeplejerskerne betyder, at brugerne tilsidesætter deres ønske om at deltage i egen pleje i et forsøg på at tilpasse sig de forventninger, de tror, sygeplejerskerne har. Problemer med medicinen kan være forkerte doser eller seponering, uden at brugeren er orienteret. Udskrivelse er også et område, hvor deltagerne kan have manglende mulighed for at deltage i de beslutninger, der træffes. Materialet indeholder eksempler på, at brugere udskrives uden deres samtykke, og at de udskrives på ubekvemme tidspunkter.

Vigtigt er det, at deltagerne sidestiller det at deltage i egen pleje med uafhængighed. Deltagerne ønsker at blive involveret i de aktiviteter, der vedrører deres personlige pleje, for det giver dem en følelse af uafhængighed. De relaterer uafhængighed til det at kunne komme hjem igen og ikke dø under indlæggelsen.

Af Bente Martinsen, sygeplejerske, cand.cur., ph.d.-studerende,
Institut for Folkesundhed, Afdeling for Sygeplejevidenskab;
bm@sygeplejevid.au.dk

))) BOKS 1. PROJEKT PRAKSISPERSONALETS KLINISKE ARBEJDE

Idéen til projektet opstod i 2004, hvorefter en arbejdsgruppe udviklede og gennemførte projektet. Arbejdsgruppen bestod af sygeplejerskerne *Michala Schultz-Larsen* og *Jytte Schmidt*, sekretær *Dina Rasmussen* samt lægerne *Lars Foged*, *Poul Erik Holst*, *Jens Damsgaard*, *Dorte Gilså Hansen* og *Anders Munck*.

Projektets formål

1. At beskrive, i hvilket omfang og på hvilke områder praksispersonalet udfører klinisk arbejde.
2. At belyse, hvordan samarbejdet mellem praksispersonale og læge foregår omkring den enkelte konsultation.
3. At vurdere lægens ønske til og behov for uddelegering af konsultationsarbejdet.
4. Via diskussion og udbredelse af audits resultater at give inspiration til den enkelte praksis om en øget involvering af praksispersonale i det direkte patientarbejde.

Praksispersonalets

AF LARS POULSEN, LÆGE, PH.D., LONI LEDDERER, SYGPLEJERSKE, MPM, DORTE GILSÅ HANSEN, LÆGE, PH.D., LISE HOUNSGAARD, CAND.CUR., PH.D., MICHALA EICH SCHULTZ-LARSEN, KONSULTATIONSSYGPLEJERSKE, OG ANDERS MUNCK, LÆGE

Artiklen henvender sig til konsultations-sygeplejersker og beskriver et auditprojekt fra almen lægepraksis. Projektet kortlægger praksispersonalets uddannelse og arbejdsopgaver samt lægernes ambitioner for praksis fem år frem i tiden. Et af budskaberne er, at patienterne skal vænne sig til, at lægepraksis i fremtiden vil organisere arbejdet anderledes, så man i nogle tilfælde går til lægen for at tale med en sygeplejerske.

Mange instanser arbejder for en øget forebyggende indsats og en øget indsats over for patienter med kroniske sygdomme. Regeringen har i folkesundhedsprogrammet beskrevet otte folkesygdomme som indsatsområder (1), og Sundhedsstyrelsen fulgte efter med et forebyggelsesprogram med fokus rettet mod disse kroniske sygdomme samt et idékatalog til almen praksis (2).

APO (Audit Projekt Odense) kortlagde i 2005 i samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed hyppigheden af folkesygdommene og risikofaktorer blandt patienter i almen praksis (3). Ca. hver anden patient over 18 år, som konsulterer almen praksis, henvender sig med et problem relateret til en af folkesygdommene. De deltagende praktiserende læger udtrykte et ønske om at påtage sig flere forebyggelsesopgaver, og man ønskede, at en stor del af forebyggelsen, specielt den patientrettede, skulle foregå i almen praksis. En stor del ønskede også øget involvering af praksispersonalet. I den overenskomst, de praktiserende læger og amterne indgik den 1. april 2006, blev der skabt mulighed for at styrke praksispersonalets indsats i almen praksis. Dels blev en egentlig forebyggelseskonsultation defineret, dels blev det fastslået, at praksispersonale på lægens ansvar selvstændigt kan påtage sig kliniske opgaver. Det har betydet en tiltagende involvering af praksispersonalet, og mange steder gennemfører personalet selvstændige konsultationer. For at få et overblik over mængden og karakteren af dette arbejde og initiere en diskussion af samarbejdsprocedurer gennemførte APO en aktivitetsregistrering som et øje-

bliksbillede på praksispersonalets involvering (se boks 1 herover).

Medicinsk revision

Praktiserende læger har i mange år deltaget i kvalitetsudvikling efter APO-metoden, hvor "medical audit" er et begreb, der dækker over flere forskellige metoder til kvalitetssikring og -udvikling i sundhedsvæsenet. På dansk kan vi oversætte begrebet med "medicinsk revision." Der skelnes mellem ekstern og intern audit. Ved ekstern audit er det andre end aktørerne selv, der registrerer og vurderer, hvad der foregår. Ved en intern audit (som beskrevet her) er det aktørerne selv, der registrerer og vurderer egne handlinger, og formålet er overvejende pædagogisk. Audit efter APO-metoden er intern og er udviklet i Danmark på basis af idéer og erfaringer fra Royal College of General Practitioners' Research Unit, Birmingham. Metoden er egnet til kvalitetsudvikling af hyppigt forekommende problemstillinger i almen praksis. Auditmetoden bygger på selvregistrering på et skema, hvor deltagerne ved hver konsultation registrerer forhold i forbindelse med konsultationen.

Selvregistrering motiverer

Audit Projekt Odense (APO) blev dannet i 1989 og har siden gennemført et stort antal kvalitetsudviklingsprojekter i primærsektoren. APO-registreringen danner grundlag for identifikation af kvalitetsproblemer, som søges løst via målrettede opfølgingsaktiviteter. Meto-

”Ca. hver anden patient over 18 år, som konsulterer almen praksis, henvender sig med et problem relateret til en af folkesygdommene.”

uddannelse og arbejde

ARKIVFOTO: SCANPIX

den har været anvendt af praktiserende læger og deres praksispersonale, ørelæger, praktiserende fysioterapeuter og ansatte i hjemmeplejen i Danmark, og metoden anvendes ligeledes i Norge, Sverige, Finland, Færøerne, Island, Grønland, Spanien, Rusland samt de baltiske lande.

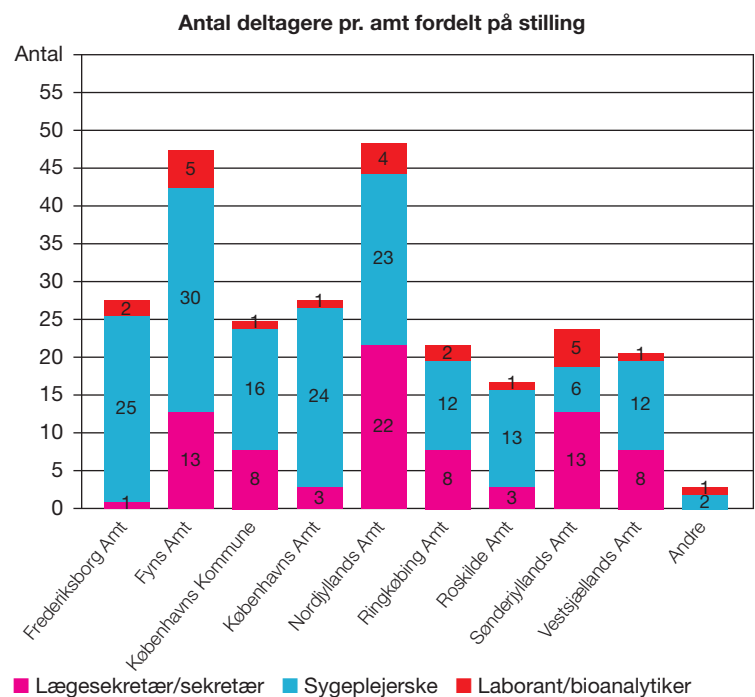
Registreringen kan motivere deltageren til at reflektere over hver patientkontakt og de procedurer, der har med det givne emne at gøre. Når resultaterne skal diskuteres på et efterfølgende møde, er man helt anderledes opmærksom og engageret, end hvis man blot får præsenteret data produceret af andre. Sammen med kolleger diskuteres gruppens resultater, og hver enkelt deltager forholder sig til egne tal gennem dialog med de øvrige deltagere. Hvorfor mon der er forskel? Ligger jeg lavt, og hvad kan forklaringen være? Den konkrete dialog og tid til eftertanke giver det bedste udgangspunkt for konstruktiv læring og dermed for en kursusdag med effekt. Selvregistrering er engagerende og motiverende og kan beskrive forhold i praksis og den enkelte deltagers adfærd – også i praksis med flere læger og praksispersonale.

Alle kontakter registreres

Audit blev udbudt til alle landets amter, og Nordjyllands Amt, Ringkøbing Amt, Sønderjyllands Amt, Fyns Amt, Vestsjællands Amt, Roskilde Amt, Frederiksborg Amt, Københavns Amt og Københavns Kommune indgik i projektet. I alt 265 praksispersonaler fra 166 praksis gennemførte registreringen, som fandt sted i 10 arbejdsdage

»» FIGUR 1. ANTAL DELTAGERE PR. AMT FORDELT PÅ STILLING

Sygeplejersker udgjorde langt de fleste deltagere i registreringen af arbejdsopgaver i almen praksis, men lægesekretærer var i Nord- og Sønderjyllands Amter pænt repræsenteret.



))) FIGUR 2. SAMLET RESULTAT

Samlede resultater for 29.582 konsultationer (totale antal og pct. af antal konsultationer).

		Antal	Procent
Køn	Mand/dreng	12.274	41,5 pct.
	Kvinde/pige	17.059	57,7 pct.
	Uoplyst	249	0,8 pct.
I alt		29.582	100,0 pct.
Henvendelsesårsag	Hypertension	2.477	8,4 pct.
	Anden hjerte-kar-sygdom	3.666	12,4 pct.
	Muskel-skelet-sygdomme	839	2,8 pct.
	Psykisk problem/lidelse	491	1,7 pct.
	Diabetes II	1.437	4,9 pct.
	Astma og allergi	668	2,3 pct.
	Kræft	235	0,8 pct.
	Rygerlunger	332	1,1 pct.
	Andet	18.056	61,0 pct.
	Flere afkrydsninger	420	1,4 pct.
	Uoplyst	961	3,2 pct.
I alt			100,0 pct.
Kliniske procedurer	Objektiv undersøgelse	1.224	4,1 pct.
	BT	3.990	13,5 pct.
	Vægt	1.773	6,0 pct.
	Medicinhandling	2.826	9,6 pct.
	Forebyggelse/livsstilsrådg.	1.769	6,0 pct.
	Støttesamtale	559	1,9 pct.
	Børne-/svangreunders.	495	1,7 pct.
	Vaccination/injektion	5.405	18,3 pct.
	Skade-/sårbeh./sutfjernelse	1.902	6,4 pct.
	Øreskyl/vortebeh.	1.755	5,9 pct.
	Anden	3.991	13,5 pct.
	Ingen kliniske procedurer	8.050	27,2 pct.
	Uoplyst	2.131	7,2 pct.
	I alt		
Analyse-arbejde	Blodprøve til indsendelse	8.976	30,3 pct.
	Blodprøve til unders. i praksis	7.717	26,1 pct.
	Urinvejsdiagnostik	3.694	12,5 pct.
	Strep A/podning	702	2,4 pct.
	EKG	1.087	3,7 pct.
	Spirometri	788	2,7 pct.
	Tympanometri/audiometri	103	0,3 pct.
	Allergitest (priktest)	142	0,5 pct.
	Anden prøve/procedure	1.934	6,5 pct.
	Intet analysearbejde	9.314	31,5 pct.
	Uoplyst	1.589	5,4 pct.
	I alt		
Tidsforbrug	0-10 minutter	21.843	73,8 pct.
	Mere end 10 minutter	6.841	23,1 pct.
	Uoplyst	898	3,0 pct.
I alt			99,9 pct.
Lægen rådspurgt	Set af lægen samme dag	7.633	25,8 pct.
	Lægen rådspurgt samme dag	2.128	7,2 pct.
	Lægen ikke umiddelbart involveret	18.980	64,2 pct.
	Uoplyst	841	2,8 pct.
I alt			100,0 pct.

» i oktober 2006. 98 praksis deltog med en medarbejder, 45 med to, 19 med tre og fire med fire eller flere.

Deltagerne registrerede alle de kontakter, hvor de deltog i det kliniske arbejde. Der blev registreret henvendelsesårsag (primært de otte folkesygdomme), klinisk procedure, analysearbejde, tidsforbrug og lægens involvering. Ud over selve kontaktregistreringen på det klassiske auditskema har hver deltager udfyldt et baggrundsskema med oplysninger om uddannelse, alder m.v., og de læger, der er arbejdsgivere for de deltagende praksispersonaler, har udfyldt et baggrundsskema med oplysninger om ambitionerne for praksis for de kommende fem år.

Metodeovervejelser

Selv om der deltog et relativt stort antal personer fra de tre beskrevne personalegrupper, kan vi ikke hævde, at materialet er repræsentativt. Først og fremmest har praksis meldt sig frivilligt, og det kan betyde, at det er de mest interesserede og mest aktive, der har meldt sig. Undersøgelsen tager heller ikke højde for forskelligheder i praksisorganisation. Endelig kan der, selv om auditskemaet er simpelt konstrueret, være forskellig fortolkning af spørgsmålene blandt deltagerne.

Resultater

Af de 265 deltagere var 79 sekretærer (30 pct.), 163 sygeplejersker (61 pct.) og 23 bioanalytikere eller andre (9 pct.) (se figur 1 side 63). I perioden havde lægesekretærerne gennemsnitlig 52 registreringer svarende til fem/dag, sygeplejerskerne 120 registreringer svarende til 12/dag og bioanalytikere/andre 142 registreringer svarende til 14/dag. Der var stor spredning i antallet af registreringer, hvor det laveste antal registreringer i perioden var fire og det højeste antal 361, med de fleste liggende på mellem 100 og 140 registreringer i perioden. Flere end 1/3 af alle registreringer omhandlede en af de otte folkesygdomme (se figur 2 side 64), og der var flest konsultationer med blodtryksmåling, vaccination, blodprøver og urinvejsdiagnostik. Næsten 3/4 af konsultationerne kunne udføres inden for 10 minutter. I omkring 1/4 af konsultationerne var lægen involveret samme dag.

Hypertension

8,4 pct. af alle kontakterne (2.477) drejede sig om hypertension, og 58 pct. af patienterne var kvinder. Sygeplejerskerne havde relativt de fleste af disse kontakter. I 2/3 af tilfældene varede kontakten mindre end 10 minutter, og i mere end 2/3 af kontakterne var lægen ikke umiddelbart involveret.

Anden hjerte-kar-sygdom

12 pct. af registreringerne svarende til i alt 3.666 drejede sig om anden hjerte-kar-sygdom. 55 pct. var mænd. Kontakterne blev varetaget nogenlunde ligeligt af de tre personalegrupper. I 23 pct. af tilfældene varede kontakten mere end 10 minutter. Lægen var ikke involveret i 2/3 af tilfældene.

Diabetes

4,9 pct. af registreringerne svarende til 1.437 drejede sig om diabetes. 53 pct. var mænd. Der blev foretaget et



ARKIVFOTO: SCANPIX

bredt udsnit af kliniske procedurer, bl.a. blev der givet forebyggelses-/livsstilsrådgivning i 25 pct. af tilfældene. Tidsforbruget var større end hos blodtrykspatienterne. Lægen var ikke umiddelbart involveret hos 70 pct.

Kliniske procedurer

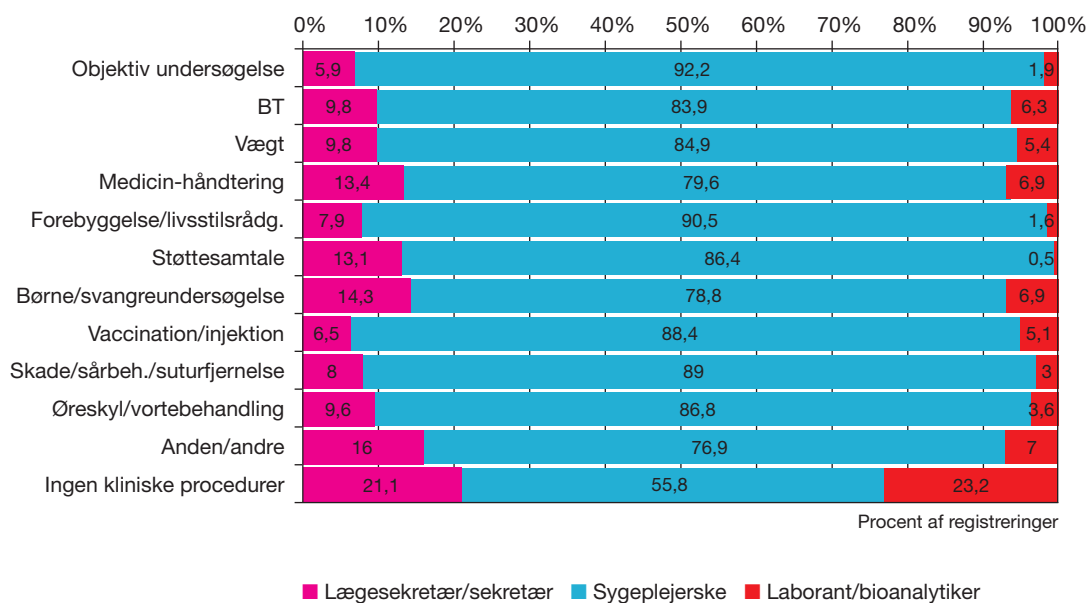
Sygeplejerskerne udfører ikke overraskende relativt den største del af de kliniske procedurer (se figur 3 side 66). Tidsforbruget er størst ved forebyggelses-/livsstilsrådgivning og støttesamtale, hvor ca. 3/4 af konsultationerne ikke kunne gøres under 10 minutter, mens vaccination/injektion har det korteste tidsforbrug. Lægen ser patienten samme dag i 25 pct. af alle tilfælde og rådspørges i 7 pct. af tilfældene. Blandt folkesygdommene foregår langt de fleste kliniske procedurer ved hypertension, hjerte-kar-sygdomme og diabetes. Ikke over-

”Selvregistrering er engagerende og motiverende og kan beskrive forhold i praksis og den enkelte deltagers adfærd – også i praksis med flere læger og praksispersonale.”

raskende foretager bioanalytikere relativt hyppigst blodprøve- og urinvejsdiagnostik, mens sekretærgruppen er mest aktiv inden for urinvejsdiagnostik og ekg. De mere tidskrævende procedurer varetages hyppigst af sygeplejersker. Allergitest er langt den mest tidskrævende analyse. Derefter kommer ekg og spirometri. De øvrige analyseopgaver kan i 3/4 af tilfældene gøres inden for 10 minutter.

))) FIGUR 3. HVEM UDFØRER DE KLINISKE PROCEDURER

Sygeplejerskerne udfører ikke overraskende relativt den største del af de kliniske procedurer.



» Praksispersonalets uddannelse og lokaleforhold

Mere end halvdelen af deltagerne var sygeplejersker, godt 1/5 lægesekretærer, restgruppen var bioanalytikere, social- og sundhedsassistenter samt andre. 75 pct. angav at have velegnet lokale til undersøgelse/samtale, 19 pct. et mindre velegnet lokale. Kun 3 pct. havde ikke noget selvstændigt lokale. Langt de fleste skulle passe andre opgaver ved siden af det kliniske arbejde. 80 pct.

sispersonalets mangeartede opgaver i klinikkerne og tilfører ny viden, der kan anvendes i fremtidige udviklings- og undervisningsinitiativer. Undersøgelsen viser, at praksispersonalet, og især sygeplejersker i almen praksis, på nuværende tidspunkt er involveret i meget klinisk arbejde, men at der er stor variation mellem de enkelte klinikker.

Det var overvejende sygeplejersker, der udførte de kliniske procedurer (se figur 3).

"En sammenligning af kvaliteten i diabetesbehandling mellem de opgaver, som læger og personalet udfører, viser, at kvaliteten bibeholdes og i nogle tilfælde forbedres, når kontrolopgaverne varetages af sygeplejerske."

havde egen tidsbestilling. Praksislægen/-lægerne anførte deres ambitioner for deres praksis for de næste fem år. Heraf fremgik, at et stort flertal har ønske om bedre uddannet praksispersonale, bedre udstyr, mere aktiv risikosporing og flere tilbud til udvalgte patienter via personalet.

Store variationer

Denne undersøgelse har bidraget med et indblik i karakteren og variationen af den arbejdsmængde, som praksispersonalet udfører i 166 danske praksis. De metodiske begrænsninger er i betragtning af undersøgelsens udformning uundgåelige, men undersøgelsen leverer alligevel informative og brugbare resultater af prak-

Nye opgaver eller flere gamle opgaver?

De nye praksisplaner understøtter øget involvering af hjælpepersonale. Det kan diskuteres, om det er hensigtsmæssigt at involvere personalet i nye opgaver, eller om man skal se på muligheden for, at personalet udfører flere af de nuværende opgaver.

Flere af de deltagende praksis virker allerede som model for de annoncerede rationaliseringer inden for almen praksis med udbredt involvering af hjælpepersonale. Grænsefladen mellem sygeplejerskers (og det øvrige hjælpepersonales) og lægers arbejdsområder og fordeling af ansvarskompetencerne er fortsat uafklaret i den nye struktur.

Udenlandske undersøgelser dokumenter, at der i stigende grad anvendes personale i klinikkerne, og at det fungerer vældig godt i patientbehandlingen (5). En sammenligning af kvaliteten i diabetesbehandling mellem de opgaver, som læger og personalet udfører, viser, at kvaliteten bibeholdes og i nogle tilfælde forbedres, når kontrolopgaverne varetages af sygeplejersker (6). Her kan man drage fordel af sygeplejerskernes systematiske ud-

dannelse, mens lægerne kan koncentrere sig om diagnosticering af sygdommene.

Undersøgelserne viser også, at der med fordel kan anvendes praksispersonale til en bred vifte af kliniske opgaver og procedurer både i relation til behandling og i forebyggelsesøjemed. Andre beskriver, at involvering af personale i sekundær forebyggelse kræver et motiveret og veluddannet personale samt opbakning og visitering af patienter fra klinikkens læger (7). Der er fra politisk side ønske om at flytte flere opgaver til almen praksis, bl.a. forebyggelse, behandling og kontrol af diabetes og hjerte-kar-sygdomme.

Tendensen peger i retning af større klinikker med flere læger og mere personale. Vores undersøgelse viste, at de praktiserende læger har ambitioner for deres fremtidige praksis, idet de både nævner et bedre uddannet personale, som kan varetage flere tilbud til udvalgte patientgrupper, og bedre udstyr i klinikken. Mange læger og praksispersonale samlet i samme klinik betyder, at der er brug for kvalitetsudvikling, som inddrager hele praksis.

Det betyder, at praksis både fagligt og organisatorisk må udvikle sig på flere områder. Kortlægningen af de strukturelle forhold dokumenterede, at der er plads til forbedringer, idet praksispersonalets udførelse af kliniske procedurer kræver egnede lokaleforhold og egen tidsbestilling med ro til udvalgte opgaver, f.eks. livsstilsamtaler, sygdomskontrol og rådgivning inklusive forebyggelse.

De kliniske procedurer varetages fortrinsvis af sygeplejersker, men der eksisterer mange andre procedurer såsom receptfornyelser, afgivelse af prøvesvar pr. telefon, mailkorrespondance og dokumentation, som ikke var omfattet af undersøgelsen. Kompetence- og kvalitetsudvikling handler således også om at undersøge og gennemprøve, hvilke fremtidige arbejdsopgaver praksispersonalet vil kunne håndtere.

Til lægen for at tale med en sygeplejerske

Der er potentiale i nytænkning af arbejdsopgaver og samarbejdsrelationer, hvilket kunne foregå i form af udviklingsprojekter, som ikke bare handler om opkvalificering af kompetencer, men også om implementering i dagligdagen i klinikken.

Ved et voldsomt opbrud i lægens funktioner og vilkår vil der være risiko for at ændre lægens primære opgave til mere administrative opgaver og varetagelse af samarbejdsrelationer og drift, medmindre man også tænker administrativt personale, som f.eks. praksismanagere, ind i organisationen.

Det vil dog kræve tilførsel af økonomiske ressourcer, da praksislægerne typisk har udført disse opgaver efter almindelig arbejdstid. Man bør derfor gennemtænke samarbejdsstrukturerne, da større lægehuse godt nok giver stordriftsfordele, men tillige kræver styrkelse af ledelse og administration med mere fokus på personalepleje og imødegåelse af splid om økonomiske ressourcer og kompetencer i den enkelte praksis.

Det er helt afgørende for almen praksis, at der er et tillidsfuldt læge-patient-forhold, og at det kan trives under forskellige forhold. Med øget involvering af prak-

sispersonale i større klinikker vil den lægefaglige bedømmelse af tilstande være i risiko for at blive nedprioriteret, og kontinuiteten i patientforløbet vil være udfordret. Dette bør imødegås og stiller store krav til planlægningen i større praksisenheder, da der alt andet lige vil være flere personer involveret i diagnosticering, behandling, kontrol og vejledning af patienten. Spørgsmålet er dels, om der tilføres praksissektoren så store ressourcer, at man kan skabe en bæredygtig organisation, dels om man kan få patienterne til at forstå den nye organisering af arbejdet, hvor lægen ikke nødvendigvis er den centrale kontaktperson.

Lars Poulsen er praktiserende læge i Nr. Broby og kvalitetsudviklingskonsulent i Region Syddanmark; lpoulsen@health.sdu.dk

Loni Ledderer er ph.d.-studerende.

Dorte Gilså Hansen er seniorforsker på Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet.

Lise Hounsgaard er ansat som adjunkt på Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet.

Michala Eich Schultz-Larsen er konsultationssygeplejerske i Værløse.

Anders Munck er praktiserende læge i Brenderup og leder af Audit Projekt Odense.

Tak til praksissygeplejerske Jytte Schmidt, sekretær Dina Rasmussen samt lægerne Lars Foged, Poul Erik Holst og Jens Damsgaard for deltagelse i udarbejdelse, planlægning og gennemførelse af projektet.

Litteratur

1. Regeringen. Sund hele livet. De nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002.



»»» ENGLISH ABSTRACT

Poulsen L, Ledderer L, Hansen DG, Hounsgaard L, Schultz-Larsen ME, Munck A. Practice staff training and work. *Sygeplejersken* 2008;(13-14):62-8.

Society is focusing on working to improve preventive medicine and services aimed at patients with chronic complaints. Much of this is expected to be done in general practice and with the increased involvement of practice staff. Many of the ancillary staff in general practice are nurses, along with secretaries and bioanalysts. Until this study was carried out, no actual figures existed for the involvement of practice staff in the day-to-day work of general practices. Audit Project Odense (APO) has carried out a study of the work of practice staff among 265 staff in 166 practices in Denmark. The study shows that practice staff are already substantially involved and that nurses are responsible for much of the day-to-day work of general practices. Clinical procedures such as blood pressure measurement, weight checks and vaccinations are common tasks, but so are giving advice about medication and carrying out prevention/lifestyle interviews. Doctors also want practice staff to be more involved in both existing and new procedures in the future. This presents challenges in terms of the organisation of the work, premises, financial resources and informing patients about new routines.

Key words: Audit, general practice, staff, clinical procedures, quality development.

2. Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe. Folkesygdomme og forebyggelse. Idékatalog til arbejdet i almen praksis. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
3. Munck A, Gilså-Hansen D. Audit om "Forebyggelse i Almen Praksis". Audit Projekt Odense (APO), 2005.
4. Gilså-Hansen D, Eriksson T, Toft B, Schæfer B, Damsgaard J, Munck A. Audit efter APO-metoden. Principper for registrering for ideer til opfølgingsaktiviteter. Audit Projekt Odense (APO), 2005.
5. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane.Database.Syst.Rev.* (2): CD001271, 2005.
6. Ohman-Strickland PA, Orzano AJ, Hudson SV, Solberg LJ, Ciccio-Bloom B, O'Malley D, Tallia AF, Balasubramanian BA, Crabtree BF. Quality of diabetes care in family medicine practices: Influence of nurse-practitioners and physician's assistants. *Annals of Family Medicine* 2008;6:14-22.
7. Murchie P, Campbell NC, Ritchie LD, Thain J. Running nurse-led secondary prevention clinics for coronary heart disease in primary care: qualitative study of health professionals' perspectives. *Br J Gen Pract* 2005;55:522-8.

»»» TESTEN

Temaet er akne. Test dig selv eller din kollega.

- 1 Akne opstår i talgkirtlerne og starter typisk i puberteten. Hvorfor egentlig?
 - a. Under puberteten påvirkes talgkirtlerne af den øgede kønshormonproduktion (androgener).
 - b. Under puberteten spiser den unge flere chips, søde sager, drikker mere sodavand og får mindre frisk luft.
- 2 Eksisterer der gode hverdagsvaner, der kan mindske udbredelsen af akne?
 - a. Nej, naturen går sin gang.
 - b. Undgå helst cremer, olier og kosmetik, rør ikke de berørte områder med fingrene, sid ikke med hånden under kinden.
- 3 Skal man altid klemme betændelsen ud af bumser?
 - a. Ja, ellers breder de sig.
 - b. Bestemt ikke. Når man klemmer, bliver der presset sekret ind i vævet, der øger betændelsesreaktionen.
- 4 Er det videnskabeligt bevist, at specialprodukter fra dagligvarehandelen (bumsecreme, vaskecremer osv.) har effekt på akne?
 - a. Flere forsøg har vist effekt af produkter fra dagligvarehandelen.
 - b. Kun lægemidler (lokalbehandling eller tabletter) har vist sig effektfulde.
- 5 Hvornår har et lægemiddel mod akne den maksimale effekt?
 - a. I løbet af en uges tid.
 - b. En til tre måneder.

(er)

Se svarene på TESTEN side 77.

Fænomenologi som forskningsmetode

AF ANNELISE NORLYK, CAND.CUR., OG BENTE MARTINSEN, CAND.CUR. • FOTO: SØREN HOLM

Artiklen henviser sig til sygeplejersker og studerende med interesse for fænomenologisk forskningsmetode. Hovedbudskabet er, at hvis man ønsker at lave en fænomenologisk undersøgelse, er det vigtigt at have indsigt i filosofiens nøglebegreber og metodens mulige faldgruber.

Fænomenologi som forskningstilgang har vundet indpas inden for sygeplejen i de senere årtier, og i Danmark er den blevet udbredt både på videregående uddannelser og blandt sygeplejeforskere. Trods denne udvikling savner vi en redegørelse for fænomenologi som forskningstilgang på dansk. Hensigten med denne artikel er at give en overordnet beskrivelse af en deskriptiv fænomenologisk tilgang til humanvidenskabelig forskning. Artiklen kan ikke i sig selv danne baggrund for empiriske undersøgelser, men skal ses som en invitation til at læse den bagvedliggende filosofi og metodelitteratur. Den anvendte metodelitteratur er velegnet til læsere uden forhåndskendskab til fænomenologi.

Fælles for de mange forskellige tilgange til fænomenologisk forskning er, at det er den bagvedliggende filosofi, som angiver, hvordan forskningen tilrettelægges. I denne artikel beskriver vi Reflective Lifeworld Research, der er en forskningstilgang udviklet af et forsker-team under ledelse af den svenske sygeplejerske og professor *Karin Dahlberg*.

Fænomenologi som filosofi

Fænomenologi betyder videnskab om fænomenerne og er grundlagt af den tyske filosof *Edmund Husserl* i begyndelsen af 1900-tallet (1). Fænomenet er det, som fremtræder for vores bevidsthed, og fænomenologi er en filosofisk refleksion over, hvorledes verden fremtræder for os som oplevelser i vores bevidsthed. Fænomenologiens ærinde er at "komme til sagen selv", dvs. at lade fænomenerne tale for sig selv uden at tilføre teori eller hypoteser. Fænomenologien beskriver altså fænomenerne, som de kommer til syne i vores bevidsthed og erkendelse i stedet for at forklare os verdens beskaffenhed og sammenhæng i begreber (1,2).

Husserl ønskede at gøre op med positivismen som enhedsvidenskab og i stedet udvikle en fælles kundskabsteori gældende for alle videnskaber. Husserls ambition var at lægge grunden til en så eksakt videnskab som muligt, og han mente, at al kundskab udspringer af vores bevidsthed. Menneskets erkendelse var altså ud-

gangspunkt for Husserls filosofi. Hans tanker blev yderligere udviklet af hans efterfølgere, bl.a. den tyske filosof *Martin Heidegger* og den franske filosof *Maurice Merleau-Ponty*, som videreførte Husserls tanker i en eksistensfilosofisk retning (3,4). Eksistensfilosofi er en filosofisk tradition, der forsøger at afklare, hvad der kendetegner menneskets måde at eksistere i verden på, og det var netop, hvad Heidegger anså for at være fænomenologiens opgave (3). Merleau-Ponty var inspireret af den filosofiske arv fra både Husserl og Heidegger, men var især inspireret af Husserl (3). Merleau-Ponty fremhæver kroppens betydning i den menneskelige eksistens og betoner, at det er gennem kroppen, bevidstheden tager form (5). Et gennemgående træk i fænomenologien er derfor at argumentere imod, at mennesket reduceres til blot at være et naturvæsen. Fænomenologien opfatter krop og bevidsthed som uadskillelige og mennesket som et bevidstkropsvæsen (4).

I arbejdet med fænomenologiske undersøgelser er det vigtigt at skelne mellem fænomenologi som filosofi og fænomenologi som forskningstilgang. Filosofien er ikke en forskningsmetode, men et perspektiv som er retningsgivende i forskningsprocessens forskellige faser (4,6). Derfor er det væsentligt med indsigt i filosofiens nøglebegreber, hvis man ønsker at lave en fænomenologisk undersøgelse. Mange steder vil man se, at fænomenologisk forskning inddeles i en deskriptiv og en fortolkende tradition, som hver især har udviklet forskellige tilgange til dataanalysen (7). Reflective Lifeworld Research indskriver sig i den deskriptive tradition, og vi har derfor valgt først at redegøre for nogle af de vigtigste nøglebegreber, der relaterer sig til denne tradition. Dernæst vil vi præsentere Reflective Lifeworld Research for at beskrive, hvordan Dahlberg og hendes kolleger (6) omsætter den fænomenologiske filosofi til en konkret humanvidenskabelig tilgang.

Livsverden

Livsverden er vores konkrete virkelighed, som vi kan erfare, og som vi i det daglige tager for givet og er fortrolige med, når vi træffer beslutninger, kommunikerer og handler (3). Vores livsverden er fyldt med mening eller betydning, der er tavs, og det er denne mening eller betydning, der gennem en fænomenologisk analyse er mulig at afdække (1). Udgangspunktet for Husserls fænomenologiske analyser var at undersøge livsverden som videnskabens tavse grund og at tage udgangspunkt i menneskers levede erfaringer (1,2).

Intentionalitet

Den menneskelige bevidsthed er altid intentionel (dvs. rettet mod noget), hvilket er en af de bærende idéer inden for fænomenologien. Det betyder, at man altid vil opleve noget som værende noget bestemt. Det kan f.eks.

))) BOKS 1. MULIGE FALDGRUBER I REFLECTIVE LIFEWORLD RESEARCH

- Undgå at have fastlagt en evt. teoriramme i udforskningen af fænomenet. Det vil forhindre, at man kan møde fænomenet med den fornødne åbenhed.
- Tænk bredt i valget af dataindsamlingsmetode. Lad fænomenet vise vejen.
- Lad fænomenet være styrende for, hvilke deltagere der inkluderes i undersøgelsen.
- Fokuser på, at det er betydning og ikke indhold, der skal afdækkes i dataanalysen.
- Synliggør, hvordan bestanddelene relaterer sig til hinanden og tilsammen danner essensen. Hver enkelt bestanddel skal være synlig i essensen.



”Afhængigt af hvilket fænomen man undersøger, kan det være vigtigt at overveje, om deltagerne skal komme fra forskellige kulturelle miljøer, fra forskellige nationer eller have andre forskelligheder, der kan bidrage til variationer i data.”

være en smuk blomst eller en gammel kone. Derfor er der en uopløselig enhed mellem den iagttagende bevidsthed og genstanden, som iagttages. På samme måde kan bevidstheden også være rettet mod fænomener, der ikke er et konkret objekt som f.eks. angst eller håb. Intentionaliteten ophæver på den måde opdelingen mellem menneske og verden, idet mennesket på den ene side er rettet mod verden, og verden på den anden side er rettet mod mennesket.

Gennem intentionaliteten får vi adgang til forskellige fænomener, som vi kan beskrive ud fra den betydning, de har for vores bevidsthed. Vi taler da om, hvordan forskellige fænomener præsenterer sig for vores bevidsthed. Mens Husserl forankrer intentionaliteten i den menneskelige bevidsthed, knytter Merleau-Ponty intentionaliteten til kroppen. Ifølge Merleau-Ponty er menneskets erfaring af verden baseret på bevidsthedens enhed med kroppen (3,5).

Reduktion

En grundtanke i fænomenologien er den fænomenologiske reduktion. Reduktion betyder egentlig at ”lede tilbage” (3). Hensigten er at forholde sig åben for at muliggøre en præcis beskrivelse af et fænomen, sådan som det præsenterer sig for bevidstheden. Vejen til den fænomenologiske reduktion ses ofte beskrevet som det at sætte sin forforståelse i parentes. Det betyder, at man

tilstræber at se bort fra tidligere erfaringer og teorier, der har relation til fænomenet med det formål at møde fænomenet, som var det første gang. Reduktionen indebærer på den måde en indstillingsændring med henblik på at møde fænomenet fordomsfrit og intuitivt.

Essens

Formålet med den fænomenologiske analyse er at konkretisere fænomenets essens. Husserls idé om intentionalitet betyder, at når et fænomen præsenterer sig selv som noget, så præsenterer det sin essens. Konsekvensen af denne tænkning er, at essensen ikke er noget, forskeren tilføjer gennem fortolkning. Essensen eksisterer allerede i kraft af intentionaliteten mellem fænomenet og os (8). Eksempelvis kan fænomenet ”hest” have forskellig farve, størrelse, temperament osv. På den måde eksisterer der mange variationer af samme fænomen. Alligevel er der en grænse, idet hesten ikke kan være en zebra eller legetøjshest. Der findes altså en essens, som gør en hest til en hest. Essensen er med andre ord det, der gør fænomenet til det, det er.

Reflective Lifeworld Research

Reflective Lifeworld Research tager udgangspunkt i livsverden (6). Inden man begynder på en fænomenologisk undersøgelse, er det vigtigt, at man på forhånd har gjort sig klart, hvilket fænomen, man ønsker at undersøge. El-

» lers vil man ikke kunne samle data, som kan muliggøre en fænomenologisk analyse. Når man har formuleret sit fænomen, går man til livsverden for at finde ud af, hvordan fænomenet opleves.

Dataindsamling

I Reflective Lifeworld Research handler dataindsamlingen ikke om mængde, men om kvalitet. Det er fænomenets kompleksitet, der styrer antallet af deltagere. Dahlberg og hendes kolleger (6) argumenterer for, at der i undersøgelser af fænomener med høj kompleksitet inkluderes relativt flere deltagere end i undersøgelser af mindre komplekse fænomener. Men det afgørende er, hvordan forskeren argumenterer for sit eksakte valg (6).

Den hyppigst anvendte dataindsamlingsmetode er åbne interviews, men observationsstudier og narrativer kan også anvendes. Metoder, hvor individualiteten ikke vægtes, er ikke umiddelbart forenelige med fænomenologi. Eksempelvis fokusgruppeinterviews.

I Reflective Lifeworld Research skal data kunne omsættes til tekst. Interviews skal altså transskriberes, observationer skal nedfældes med skrevne ord etc. Uanset hvilken dataindsamlingsmetode der anvendes, tilstræber man at indsamle data, som giver en så varieret og dybdegående beskrivelse af fænomenet som muligt; deltagere med forskelligartede oplevelser af fænomenet, forskellig alder og køn mv. (6). Afhængigt af hvilket fænomen man undersøger, kan det være vigtigt at overveje, om deltagerne desuden skal komme fra forskellige kulturelle miljøer, fra forskellige nationer eller have andre forskelligheder, der kan bidrage til variationer i data. Undersøger man et sygeplejefænomen, kan der være grund til at overveje, om den medicinske diagnose overhovedet er vigtig.

Under hele dataindsamlingsprocessen er det forskerens opgave at sætte sin forforståelse i parentes for at kunne møde fænomenet med åbenhed. Dahlberg og kollegaer (6) erstatter her vendingen "at sætte parentes" med vendingen "at tøjle". Årsagen er, at vendingen at sætte parentes har givet anledning til mange misforståelser og diskussioner om, hvorvidt det overhovedet er muligt for forskere at sætte deres forforståelse til side. Endvidere bruges termen "tøjle" for at understrege betydningen af, at forskeren skal være tøvende og vente på, at fænomenet viser sig, og ikke konkludere for hurtigt.

Dataanalyse

I Reflective Lifeworld Research kan analysen af data beskrives som en proces bestående af fire faser. Imidlertid understreger Dahlberg og kolleger (6), at der ikke er tale om en skematisk procedure, men snarere en cirkulær proces, hvor forskeren arbejder frem og tilbage i materialet.



Første fase

Består af gentagne gennemlæsninger af materialet med henblik på at få en helhedsforståelse. Denne er opnået, når forskeren er i stand til kort at referere indholdet af den enkelte tekst.

Anden fase

Nu opdeles teksten i meningsenheder. Teksten læses omhyggeligt igennem, og hver gang indholdet ændres, markeres dette i teksten. Formålet er at gøre teksten håndterbar, hvorfor det ikke er afgørende, præcis hvor i teksten markeringerne sættes. Den efterfølgende læsning tager sigte på at få betydningen i den enkelte meningsenhed frem. Det betyder, at der sættes ord på hver enkelt meningsenhed. Med udgangspunkt i det aktuelle fænomen stilles i denne proces spørgsmålene "hvad bliver sagt?", "hvordan bliver det sagt?", "hvad er indholdet?" og især "hvad er betydningen?"

Indholdet er en kondenseret udgave af en given tekst, mens betydning forudsætter en vis abstraktion. Forskellen kan illustreres med følgende citat: "Hvis jeg føler mig ensom, ringer jeg til nogen." Indhold: Ensomhed afhjælpes med telefonopkald. Betydning: Det er vigtigt at kunne etablere kontakt til andre mennesker, når ensomhed opleves som noget ubehageligt. I beskrivelsen af meningsenhederne er det vigtigt ikke at anvende teoretiske termer, men at forblive i et dagligdags sprog for ikke at presse fænomenet ind i en teoretisk ramme.

"Kan resultaterne ikke generaliseres til at gælde andre end undersøgelsens deltagere, er der ikke tale om forskning."

”Fælles for de mange forskellige tilgange til fænomenologisk forskning er, at det er den bagvedliggende filosofi, som angiver, hvordan forskningen tilrettelægges.”

Tredje fase

Her indeles analysen af beskrivelserne af meningsenhederne i grupper. Dette er en midlertidig inddeling, der skal gøre det muligt for forskeren at gennemskue om, og evt. hvordan de enkelte grupperinger relaterer sig til hinanden. Denne procedure er både kreativ og reflektiv, og beskrivelserne af meningsenhederne flyttes rundt, til forskeren er sikker på, at de befinder sig i den rigtige gruppe. I hesteeksemplet kan man forestille sig en gruppe, der drejer sig om temperament, mens den anden drejer sig om farve. Den bærende idé er, at forskeren skal forholde sig åbent og være villig til at ændre i grupperingerne, indtil der er dannet et mønster, som beskriver det fænomen, der er i fokus. Dvs. man skal kunne konkretisere, hvad der gør fænomenet til netop det særlige fænomen.

Fjerde fase

Nu afsluttes analysen ved, at fænomenets forskellige konstituentier og deres indbyrdes relation beskrives. Konstituentierne er fænomenets bestanddele, der tilsammen danner fænomenets essens. Denne fase forudsætter en konstant bevægelse mellem helheden og de enkelte dele i data. Den endelige beskrivelse af essensen og dens konstituentier skal ideelt set baseres på alle data (med relation til fænomenet). I formuleringen af essensen og konstituentierne er det vigtigt at ramme et abstraktionsniveau, der passer til fænomenet, idet essensen skal afspejle fænomenet og dets kontekst. Essensen må altså ikke være så abstrakt, at den kan dække over alle fænomener, og omvendt skal abstraktionsniveauet ikke være så lavt, at formuleringen af essensen fremstår som en banalitet.

Resultaternes rækkevidde

Essensen og dens konstituentier vil ikke kunne udstrækkes til at gælde til alle tider og i alle sammenhænge, hvori fænomenet optræder. Resultaterne fra en fænomenologisk undersøgelse kan beskrives som typiske for fænomenet (6). Der er altså tale om en vis generaliserbarhed i forhold til typiske træk (6,9). Dahlberg og hendes kollegaer (6) mener, at såfremt resultaterne ikke kan generaliseres til at gælde andre end undersøgelsens deltagere, er der ikke tale om forskning, men om biografier eller gode historier. Det er vigtigt, at der tages hensyn til den kontekst, hvori fænomenet er undersøgt, når man overvejer, i hvilken grad resultaterne kan generaliseres. F.eks. vil resultater, der er fremkommet på baggrund af en undersøgelse blandt børn, sjældent kunne overføres til gamle mennesker. I boks 1 side 70 har vi skitseret nogle mulige faldgruber, vi er blevet opmærksomme på ved at arbejde med Reflective Lifeworld Research.

Besværet værd

For os er der ingen tvivl om, at en deskriptiv fænomenologisk forskning kan bidrage positivt til den konkrete sygeplejepraksis, fordi den kan give indsigt i oplevelsen af de mange fænomener, der relaterer sig til praksis. Det kan f.eks. dreje sig om patientens oplevelse af at få hjælp til at indtage mad og drikke (10), at gennemleve særlige

plejeforløb eller forskellige livsfænomener såsom angst og håb. Selvom det kan være en stor udfordring at kaste sig ud i en undersøgelse, der forudsætter, at man sætter sig ind i den bagvedliggende filosofi, er det besværet værd.

Annelise Norlyk og Bente Martinsen er ph.d.-studerende ved Institut for Folkesundhed, Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet. Kontakt Annelise Norlyk; Norlyk@sygeplejevid.au.dk eller BenteMartinsen; BM@sygeplejevid.au.dk for yderligere oplysninger.

Litteratur

1. Zahavi D. Fænomenologi. 2. oplag. Roskilde Universitetsforlag; 2004.
2. Zahavi D. Husserls fænomenologi. København: Gyldendal; 2001.
3. Thøgersen U. Krop og fænomenologi. En introduktion til Maurice Merleau-Pontys filosofi. Århus: Systime; 2004.
4. Andreassen T. Fænomenologi og videnskab. Del I: Fænomenologiens væsen. Tidsskrift for Sygeplejeforskning 2006;22 (2):28-36.
5. Merleau-Ponty M. Kroppens fænomenologi. 4. oplag. Frederiksberg: Det lille Forlag; 2006.
6. Dahlberg K, Dahlberg H, Nyström M. Reflective Lifeworld Research. Sverige: Studentlitteratur; 2008.
7. Polit DF & Hungler BP. Essentials of Nursing Research Methods, Appraisal and Utilization. (Fifth Edition). New York: Lippincott; 2001.
8. Dahlberg K. The essence of essences – the search for meaning structures in phenomenological analysis of lifeworld phenomena. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being 2006;1:11-9.
9. Giorgi A. & Giorgi B. The Descriptive Phenomenological Psychological Method. In: Qualitative Research in Psychology. Camic P, Rhodes J Yardley L. (Ed.). Washington, DC: American Psychological Association; 2002.
10. Martinsen B. The meaning of assisted feeding for people living with spinal cord injury: a phenomenological study. Journal of Advanced Nursing. 2008; 62 (5): 533- 543.

ENGLISH ABSTRACT

Norlyk A, Martinsen B. Phenomenology as a research method. Sygeplejersken 2008;(13-14):70-3.

The article provides a brief introduction to the philosophy of phenomenology and some of its key concepts. The phenomenological research approach, Reflective Lifeworld Research, developed by a team of researchers led by Swedish nursing researcher Karin Dahlberg, is also presented. The method is investigated step by step, and finally, the pitfalls of working with phenomenological research are also outlined. Phenomenological examinations distinguish themselves by their ability to produce insight which cannot be achieved in other ways.

Key words: Phenomenology, phenomenological research, reflective lifeworld research.

Udvikling af evidensbaserede kliniske retningslinjer i sygeplejen

AF MONA HANSEN, CAND.CUR., OG TINA BJERRE, SYGEPLEJERSKE, MASTER I PROFESSIONSUDVIKLING

Artiklen henvender sig til ledere af sygeplejen og andre, som er interesserede i at udvikle kliniske retningslinjer. Artiklen beskriver en konkret proces på sygehusene i Roskilde og Køge, hvor man over en toårig periode udarbejdede 10 kliniske retningslinjer. Artiklen anbefaler uddannelse, ejerskab og ledelsesmæssig opbakning til processen samt vejledning fra Center for kliniske retningslinjer, nationalt clearinghouse for sygepleje, når dette oprettes.

Dokumentation af sygepleje har gennem årtier været et problem.

Hvordan dokumenterer vi, at sygepleje gør en forskel på patienters velbefindende eller funktionsniveau? Hvad gør vi ved mangelfuld dokumentation?

Dansk Sygeplejeråd tog i 2002 initiativ til at få udarbejdet Klaringsrapporten (1). Målene med klaringsrapporten er bl.a. at gøre op med usystematisk, skønsmæssig og uensartet dokumentation. En fortsættelse af dette arbejde udkom i 2004: "Retningslinjer for føring og opbevaring af sygeplejelogbøger", som var udarbejdet af en arbejdsgruppe udpeget af Dansk Sygeplejeråd (2), og efterfølgende udsendte Sundhedsstyrelsen en vejledning med krav til sygeplejefaglige optegnelser (3).

I marts 2004 afholdt Skejby Sygehus en konference med titlen: "At genfinde og genbruge data". Det var en arbejdskonference, som satte gang i en proces. Dasy (Dansk Sygepleje Selskab) etablerede i 2005 et dokumentationsråd med det formål at skabe national konsensus om

- principper for dokumentation og anvendelse af sygeplejedata i plejen
- den tværfaglige behandling af patienten
- udvikling og forskning på området.

Synlig sygepleje

Det satte gang i en proces på sygehusene i Roskilde og Køge, hvor det blev diskuteret, hvordan sygeplejeindsatsen kunne synliggøres og dokumentationen forbedres. På ledelsesniveau blev det besluttet, at vi ville sætte en arbejdsproces i gang med udvikling af kliniske retningslinjer i sygeplejen. Processen blev sat i gang ved en temaeftermiddag for alle ledende sygeplejersker med den hensigt, at de skulle være klar over, hvad kliniske retningslinjer er, og hvordan sammenhængen skal være til dokumentation af plejen.

Definition på en klinisk retningslinje

En evidensbaseret sygeplejefaglig klinisk retningslinje er en detaljeret beskrivelse af alle de informationer, der skal til for at løse en specifik, men hyppig sygeplejefaglig problemstilling (1).

En klinisk retningslinje er karakteriseret ved

- en vidensbaseret, struktureret klinisk vejledning til en specifik klinisk problemstilling. Den kliniske vejledning rummer informationer, der er relevante for at løse et konkret klinisk problem
- den er direkte praksisanvisende og baseret på den bedst tilgængelige viden (4).

Kombiner videnskab, erfaring og patientønsker

Begrundelser for at udvikle kliniske retningslinjer er, at det giver mulighed for at udføre en ensrettet sygepleje til den konkrete patientgruppe. En pleje, der ikke beror på en tilfældig variation, men er nøje afstemt i relation til de nævnte elementer i den kliniske retningslinje. Endvidere giver retningslinjen mulighed for at dokumentere, udvikle, forbedre og sammenligne sygeplejefaglig kvalitet (1). Dette giver praktisk mulighed for at handle ud fra en kombination af videnskab, erfaring og patientens ønsker og behov.

Efter landskonferencen i 2004 blev det besluttet i oversygeplejerskerådet, at sygehuset (Roskilde og Køge) ville indgå i arbejdet med udvikling af evidensbaserede, kliniske retningslinjer. Der blev nedsat en styregruppe bestående af chefsygeplejersken, to ledende oversygeplejersker og to kliniske udviklingsygeplejersker.

Vi har arbejdet med kliniske retningslinjer siden 2004. Det har kostet tid til litteratursøgning, refleksion, diskussioner og vejledning.

- Tre sygeplejersker med højt fagligt kompetenceniveau blev frikøbt til arbejdet en dag ugentligt. Derudover er der gennemført undervisning af 40 sygeplejersker i
- tekstanalyse ud fra S. Toulmins argumentationsmodel
 - analyse af forskningsartikler, både kvalitative og kvantitative
 - evidensvurdering.

I forhold til Sygepleje Minimum Datasættet valgte vi at tage udgangspunkt i den grundlæggende sygepleje. Det vil sige, at retningslinjerne er generelle. Herefter kan der arbejdes videre på et specifikt område, f.eks. dyspnø hos KOL-patienter, når der eksisterer forskning på området (5).

Begrundelser for grundlæggende sygepleje

Hvorfor grundlæggende sygepleje?

- Fordi megen sygepleje udføres på grundlag af erfaringer, og der kan være kommet ny viden, der skal implementeres.
- Fordi vi må kunne synliggøre den kliniske praksis i handling, ord og på skrift.
- Fordi vi må have et fælles, sygeplejefagligt grundlag.
- For at medvirke til at højne niveauet i sygeplejen.

TABEL 1. KLINISK RETNINGSLINJE FOR SPISESITUATIONEN

Indikator	Måletidspunkt og metode	Resultat N=375
Sidder patienten bekvemt?	Observation ved fremmed sygeplejerske. Måles ved måltidets begyndelse.	Ja = 93 pct. Nej = 7 pct.
Får patienten den nødvendige hjælp ved måltidet?	Observation ved fremmed sygeplejerske. Måles ved måltidets begyndelse.	Ja = 95 pct. Nej = 3 pct. Ubesvaret = 2 pct.
Fjernes madrester ved måltidets afslutning?	Observation ved fremmed sygeplejerske. Måles, når patienten er færdig med at spise.	Ja = 66 pct. Nej = 27 pct. Ubesvaret = 6 pct.

- For at skærpe opmærksomheden på evidensbaseret sygepleje.
- Fordi det giver mulighed for at indsamle og registrere data og dermed på sigt dokumentere, evaluere, udvikle og sammenligne sygeplejen.

Der er i perioden 2004-2006 udarbejdet 10 kliniske retningslinjer. De er alle opbygget ud fra en fælles skabelon, som omfatter:

- 1) problemstilling
- 2) årsagssammenhænge og påvirkende faktorer
- 3) anbefalinger, der er baseret på evidensvurderede kilder. Anbefalingerne er direkte handlingsanvisende
- 4) indikatorer udvalgt som grundlag for kvalitetsvurdering.

Arbejdsmetode

Arbejdsgruppen valgte en fagligt relevant og meget konkret problemstilling. Herefter blev der fundet relevante søgeord, som blev brugt ved litteratursøgning i databaserne Cinahl, PubMed, Medline, Cochrane samt i fagbladet *Sygeplejerskens* arkiv. Herefter blev alle artiklerne læst og evidensvurderet. Ud fra litteraturen blev årsagssammenhænge, påvirkende faktorer og anbefalinger udarbejdet. Styregruppen udarbejdede registreringskema til brug for audit.

De kliniske retningslinjer er i den rækkefølge, de er udarbejdet, søgt implementeret kontinuerligt i alle afdelinger via styregruppe, oversygeplejerskeråd, temaeftermiddage og nyhedsbreve. Implementeringsprocessen har været vanskelig og forudsætter ledelsesopbakning samt løbende undervisning og vejledning, for slet ikke at tale om ildsjæle.

Implementering via indpisker

På Medicinsk Afdeling valgte vi en meget aktiv implementeringsstrategi. Den kliniske udviklingssygeplejerske og den uddannelsesansvarlige sygeplejerske introducerede de enkelte kliniske retningslinjer i alle afsnit, enten på personalemøder eller ved informationsmøder i arbejdstiden.

Desuden valgte vi, at alle souscheferne skulle være indpiskere i de enkelte afsnit. Det medførte for det første, at der var ledelsesmæssigt fokus på de kliniske retningslinjer og for det andet, at der næsten hver dag var en person, personalet kunne spørge, hvis der var tvivl om noget.

Vi startede med én gruppe kliniske retningslinjer ad gangen. Første gruppe var de kliniske retningslinjer om ernæring. I alle afsnit er der to ernæringskoordinatorer, som også blev ansvarlige for implementeringen af disse kliniske retningslinjer.

Alle souscheferne mødes en gang om måneden, og på møderne har vi givet hinanden gode råd om implementeringen og reflekteret over de problemstillinger, der opstod i implementeringsfasen.

For at vurdere både implementeringsgraden og kvaliteten af de kliniske retningslinjer er der gennem det sidste halve år gennemført audit, som er en systematisk vurdering af implementeringsgraden på hele sygehuset.

"Vi har arbejdet med kliniske retningslinjer siden 2004. Det har kostet tid til litteratursøgning, refleksion, diskussioner og vejledning."

Hver afdeling har valgt 3-4 kliniske retningslinjer, som de ville måle på. Alle auditresultater er samlet af styregruppen, der også er blevet opmærksomme på uhenigtsmæssige områder, upræcise formuleringer og på at tilsyneladende enkle ting opfattes forskelligt. Det vil sige, at audit også var en vurdering af indikatorerne i den kliniske retningslinje. Resultaterne skal anvendes i revideringen af retningslinjerne, og denne revision foretages i løbet af 2008.

Eksempel 1: Klinisk retningslinje for spisesituationen

Problemstilling: På hvilken måde kan vi som plejepersonale optimere spisesituationen for den enkelte indlagte patient?

Årsagssammenhæng: Spiseproblemer og hjælpebehov ved



» måltiderne identificeres ikke systematisk af plejepersonalet.

Anbefalinger: 22 handlinger, der er vidensbaserede.

Indikatorer: Tre er udvalgt.

Audit på klinisk retningslinje for spisesituationen (se tabel 1 side 75).

Den tredje indikator viste sig at være uklart formuleret. ”Fjernes madrester ved måltidets afslutning?” Hvad menes der: Er det tidsintervallet for bakkens fjernelse? Eller er det fjernelse af madrester fra patientens tøj eller mund?

Eksempel 2: Klinisk retningslinje om faste og tørste

Problemstilling: Hvilke tørste- og fasteregler er der evidens for, og hvilke sygeplejehandlinger medfører disse?
Årsagssammenhænge: Hvilke årsager og påvirkende faktorer er der til, at patienter faster længere end nødvendigt?

Anbefalinger: Otte handlinger, der er vidensbaserede.

Indikatorer: Tre er udvalgt.

Audit på klinisk retningslinje om faste og tørste (se tabel 2 herunder).

Her er der uklarheder i den anden indikator: ”Har patienten indtaget væske 2-3 timer før anæstesen indledes?” Hvad er grunden til, at patienten ikke har indtaget væske? Er årsagen, at patienten ikke har ønsket at indtage væske, og hvordan forholder sygeplejersken sig til det, når der er evidens for, at det er den bedste behandling?

Udbyttet af forløbet

Vi har lært:

- at kliniske retningslinjer er en nødvendig forudsætning for kvalitetsudvikling i klinisk praksis
- at problemformuleringerne skal være helt præcise
- at indikatorerne er relevante, men ikke entydige og forståelige
- at implementering er en svær proces til trods for, at de kliniske retningslinjer omfatter grundlæggende sygepleje.

Det vigtigste

Det vigtigste, når der arbejdes med kliniske retningslinjer, er:

- Ledelsesopbakning. Det, lederen retter sin opmærksomhed imod, spørger til, sætter i gang og skaber tid til, bliver også vigtigt i personalegruppen.
- Personalegruppen skal føle ejerskab i forhold til den kliniske retningslinje. De skal kunne se værdien for patienten og det daglige arbejde.
- At fokus på fagets kerneområder og viden som grundlag for sygeplejepraksis tydeliggøres.
- Uddannelse af rollemødder som arbejder evidensbaseret ved at implementere forskningsresultater i praksis.
- Uddannelse af ildsjæle, som bidrager i implementeringsprocessen.

Det videre arbejde

Det er svært, hvad gør vi?

- Arbejder videre med ledelsesopbakning
- Arbejder intenst med fokus på fagets kerneområde
- Arbejder med evidensbaseret sygepleje
- Arbejder videre med revision og udvikling af kliniske retningslinjer
- Søger vejledning og inspiration i Center for Kliniske retningslinjer, nationalt clearinghouse for sygepleje (6).

*Mona Hansen er
klinisk udviklingssygeplejerske
på Medicinsk Afdeling på Roskilde Sygehus;
mjh@regionsjaelland.dk*

*Tina Bjerre er
uddannelsesansvarlig sygeplejerske
på Medicinsk Afdeling på Roskilde Sygehus;
trb@regionsjaelland.dk*

Litteratur

1. Krøll V, Laustsen S, Madsen I, et. al. Sygeplejefaglig klaringsrapport – grundlag og metode for måling, dokumentation og

» TABEL 2. KLINISK RETNINGSLINJE OM FASTE OG TØRST

Indikator	Måletidspunkt og metode	Resultat N=111
Er patienten informeret om det gavnlige ved at indtage væske 2-3 timer før undersøgelse/operation?	Spørge patienten inden for 24 timer efter operation/undersøgelse og dokumentere i sygeplejepapirer.	Ja = 49 pct. Nej = 51 pct.
Har patienten indtaget væske 2-3 timer før undersøgelse/operation?	Når patienten hentes til operation/undersøgelse: Dokumentere, hvornår pt. sidst har drukket og hvad.	Ja = 47 pct. Nej = 38 pct. Ubesvaret = 15 pct.
Er patienten informeret om tidspunkt for operation eller undersøgelse?	Spørge patienten og dokumentere i sygeplejepapirer inden for 24 timer efter operation	Ja = 51 pct. Nej = 23 pct. Ubesvaret = 26 pct.

Husk sammenholdet den 12. maj 2009

- forbedring af sygeplejefaglig kvalitet. København: Dansk Sygeplejeråd 2002. www.sygeplejersken.dk
- Bruun K, Hansen B, Rasmussen L, et. al. Retningslinjer for føring og opbevaring af sygeplejelogbøger. København: Dansk Sygeplejeråd 2004.
 - Sundhedsstyrelsen. En vejledning om krav til sygeplejefaglige optegnelser. 2006.
 - Hansen MN. Vidensbaseret sygepleje og referenceprogrammer. I: Dokumentation og kvalitetsudvikling. Red.: Egerod I, Hansen MN, Holm S et. al. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2000.
 - Lomborg K. Nurse-patient interactions in assisted personal body care. Aarhus: Aarhus University 2004.
 - Krøll V, Madsen I, Pedersen PU. Center for kliniske retningslinjer under opbygning. Sygeplejersken 2007;(22).

ENGLISH ABSTRACT

Hansen M, Bjerre T. Development of evidence based nursing guidelines. Sygeplejersken 2008;(13-14):74-7.

The article describes how evidence-based clinical nursing guidelines can be developed. The background was a desire to make the work of nurses visible and to improve documentation. At matron and senior nurse level it was decided to focus on the core areas of the profession. It was agreed to focus on evidence-based clinical guidelines which were common to the hospital (on two sites). The work has involved the development of guidelines, their implementation and quality control by means of audits:

The development of guidelines involved literature searches, literature evaluations and instruction. The result was 10 clinical guidelines.

The implementation of guidelines was and remains difficult, because nurses have to accept and use the latest knowledge in the field. If implementation is to succeed, the management has to be involved, as do local activists.

Quality measurements and audits have been carried out on selected indicators. The audit showed that implementation probably is not adequate and that several indicators are not precise enough.

The development process has shown that the guidelines need to be revised and implementation intensified through nurse managers and developers and that the audit can be used to assess the quality of the nursing.

Key words: Clinical guidelines, implementation, audit, indicators.

Endnu en gang har sygeplejersker verden over fejret *Florence Nightingales* fødselsdag den 12. maj på sygeplejerskernes internationale dag. Og endnu en gang har vi herhjemme forbigået denne oplagte mulighed for at fejre sygeplejen i tavshed. Overspringet skyldes ikke kun strejken, for dagen er desværre aldrig blevet fejret for alvor i Danmark.

Fra Singapore til New York var fokus i år sygepleje i den primære sundhedstjeneste, og den internationale sygeplejerskeorganisation International Council of Nurses (ICN) havde som vanligt lagt et inspirerende materiale til fejring af dagen ud på deres hjemmeside. Sygeplejeorganisationer verden over havde udarbejdet baggrundsviden og idéer til lokal fejring. Bl.a. Royal College of Nursing i England, hvor sygeplejerskerne iført specialfremstillede T-shirts og badges kunne plukke i et hav af idéer til logoer, postere og arrangementer på foreningens hjemmeside.

En dansk fejring den 12. maj 2009 vil være oplagt til at samle op på det store sammenhold, dette års overenskomstforhandlinger har vist eksisterer mellem danske sygeplejersker. En vigtig opgave for Dansk Sygeplejeråd og de fem regionskredse.

Læs mere om sygeplejerskernes internationale dag hos ICN på www.icn.ch > International Nurses Day 2008.

Find idéer og inspiration til planlægning af næste års fejring på www.rcn.org.uk > Nurses day 2008 (er)

Sygeplejerske med et handicap

En sygeplejerske, som mangler den ene arm, en sygeplejerske, som er døv, en sygeplejerske, som kører rundt i afdelingen på en elektrisk scooter, fordi hun ikke kan gå? Hvis det lyder umuligt eller utopisk, så læs Nursing Times fra den 27. maj – 2. juni 2008. Her fortæller tre sygeplejersker om, hvordan det er at arbejde på trods af handicap. Den ene blev handicappet, efter at sygeplejerskeuddannelsen var i hus, de to andre har magtet at tage uddannelsen trods handicap. Det har ikke været uproblematisk, men alle oplever, at de kan tilføre sygeplejen noget, netop fordi de er handicappede.

Hvordan vil man herhjemme se på en ansøgning fra en døv eller en enarmet ung kvinde eller mand?

I Danmark er rapporten "Handicap og beskæftigelse 2006. Vilkår og betingelser for handicappede på arbejdsmarkedet" udkommet i maj 2008. Rapporten viser, at mennesker med handicap er lige så tilfredse med deres arbejde som mennesker uden handicap, og at de oplever, de har samme jobkrav og de samme muligheder.

Rapporten kan bestilles eller downloades på www.sfi.dk > Handicap og ligebehandling i praksis

Er du sygeplejerske med et handicap, er du velkommen til at dele ud af dine erfaringer på www.sygeplejersken.dk (fb)

Svar på Testen side 68

- a. Der sker en øget produktion af talg, og mange unge får som følge heraf fedtet, skinnende hud.
- b. Hvis der er gult sekret på toppen af bumserne, kan man prikke hul med en nål og vaske efter med sæbe og vand.
- b. 4: b. 5: b.

Kilde: Patientvejledningen 2008, 9. udgave. www.patientvejledningen.dk

Et langtidsholdbart, men ujævnt værk



Jens Egon Hansen,
Ejner Rønnow,
Mestringsstrategi-gruppen i
Herning og
Lars Thorgaard (red.)
**Håndbog for relations-
behandlere**
Bind 5 af 5
PsyInfo
2. udgave 2007
88 sider – 129 kr.
ISBN 978-82-92023-16-7

Den sidste bog i kvintetten om relationsbehandling af Lars Thorgaard samler de modeller, han har argumenteret for i de foregående fire bøger. Vi er nået til vejs ende. Opsamlingen, som man vel kan kalde det, giver overblikket, men ikke dybden. Den findes i de foregående bøger.

De modeller, bogen kort kommenterer, er redskaber i det daglige arbejde og kan anvendes som dosmerseddel, så man kommer hele vejen rundt og husker det hele. Det er også en bog, der giver smag for det grundlæggende arbejde med de psykiatriske patienter. Imidlertid er der meget svingende beskrivelser af modellerne i bogen. Nogle modeller er beskrevet grundigt, medens andre er beskrevet meget overfladisk. Dette giver desværre et noget ujævnt billede og er ikke i harmoni med den grundighed og dybde, de øvrige bøger har. Det er ærgerligt. I forordet nævnes, at bogen er tænkt som et arbejdshæfte og som hjælp ved konferencer og/eller supervision. Det er helt rigtigt og herom senere. Bogen er også tænkt som redskab til undervisning i relationsbehandling. Dertil er bogen god, da man som lytter kan hægte teori og cases på de beskrevne modeller. Men bogen kan ikke stå alene, da man som læser vil mangle de teoretiske overvejelser og argumenter for modellerne samt cases, der beskriver, hvordan man anvender modellerne.

Bogens stærke side er, at den kan styre supervisionen og konferencen, fordi de forskellige modeller kan anvendes som styreredskab i dialogen. Eller sagt på en anden måde, den sikrer fremdriften af behandling, pleje og omsorg. I særlig grad vil modellerne sikre, at de observationer, personalet genererer i samværet og relationen med patienten, får vægt og på en systematisk måde indgår i fortællingen om patienten. Det nuancerer billedet af patienten og giver dermed grobund for de bedste løsninger for videre behandling og pleje. Denne bog er således som de foregående fire tiltænkt alle, der har med patienterne at gøre, da teorierne og modellerne vil medføre gennemgribende ændringer i forhold til patienten.

Bogen er, som de øvrige fire, fyldt med henvisninger og en omfattende litteraturliste. Dertil kommer en halv side med links til hjemmesider. Jeg er dog loven ved publicering af links i en bog. De bliver hurtigt uaktuelle eller med brudte links, hvis man ikke selv administrerer hjemmesiden. Det eneste link, der således må være relevant, er forfatterens egen hjemmeside. Bogen er langtidsholdbar på den gode måde. Det er links sjældent.

Af Jørgen Bendsen, psykiatrisk sygeplejerske, MI.

For meget metode på bekostning af fortælleglæde



Stinne Glasdam og
Jens Bydam (red.)
Sygepleje i fortid og nutid
– historisk indblik
Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
2008
308 sider – 359 kr.
ISBN 978-87-17-03963-6

Historie kan fortælles og læses på mange måder, og det er prisværdigt, at redaktørerne af denne bog har ønsket at præsentere sygeplejens historie på en ny og mere teoretisk funderet måde end tidligere.

I en periode hvor tilgangen til sygeplejen er under pres, er kendskabet til fagets historie af stor betydning for den faglige identitetsdannelse, som kommende sygeplejersker skal igennem for at få den glæde og styrke i faget, som er grundlæggende for sygeplejens udøvelse.

Redaktørerne har med egne ord valgt, at bogen, ved at dykke ned i nogle hjørner af historien, skal give et kalejdoskopisk billede ind i sygeplejens historie.

De hjørner, der er udvalgt, er ikke tilfældige, men dækker bredt fra de religiøse samfunds betydning for udviklingen, Florence Nightingale, udviklingen fra fattighuse til hospitaler, uddannelsen, patienternes perspektiv, sygeplejerskernes selvforståelse i forhold til kald eller profession og kampen for anerkendelse og autonomi samt kvindepolitiske overvejelser og profiler i sygeplejen. Der er blevet plads til et enkelt fagligt speciales historie, men det kan undre, at krigenes betydning for udviklingen i sygeplejen og etikken ikke har fundet plads i bogen.

De enkelte kapitler afspejler stor viden hos de respektive forfattere, og læseren får mange informationer om de konkrete forhold og deres betydning, ofte i et bredere samfundsrelateret perspektiv.

Selv om redaktørerne har søgt at gøre fremstillingerne så homogene som muligt, så er der stor forskel på, hvor stærkt historikernes fortælleglæde kommer til orde. Da lærebogens målgruppe er fagets helt unge, er det

lidt synd, for netop fortælleglæden kan vække interessen hos den studerende.

Redaktørernes mål har været at frembringe en lærebog, der er baseret på nyere forskningsbaseret viden og nyere historieskrivningsmetoder, som det må forventes med den nye sygeplejerskeuddannelse.

Det mål er nået, men i bestræbelserne for at nå det, er noget af balancen mellem historiefortællingen og historieteorien gået tabt.

Hvert kapitel rummer et kort abstrakt, hvilket gør tilgangen let for den studerende, men umiddelbart efter følger i stort omfang metode eller teoribeskrivelse, hvilket gør tilgangen tung. Når dertil lægges, at bogen afrundes med et helt kapitel om historisk metode, så vælter vægtingen i forhold til målgruppen, men det er muligvis nyttigt for underviserne i faget. Det er også godt med de mange referencer, selv om der er mange gengangere.

Det ville være en styrke, om bogen havde haft en enkelt oversigtsartikel eller en grafisk fremstilling af sygeplejens udvikling kronologisk. Det ville give de studerende et overblik, som er vanskeligt at få gennem den metode, bogen er opbygget efter.

Billedmaterialet er relevant, men et enkelt billede er for kort, og det skæmmet produktet, at nogle af billederne tilsyneladende ikke henviser til det korrekte ophavssted.

Bogen er anbefalelsesværdig, men stiller krav til den undervisning, der gives i faget, da den ikke kan stå alene.

Af Kirsten Stallknecht, sygeplejerske,
tidligere formand for Dansk Sygeplejeråd.

Blæs på reglerne, når det er nødvendigt

Det er ikke nemt at give og modtage kritik, det vækker angst hos de fleste. Vi er bange for ikke at være gode nok og blive afvist. Men netop ved at give og tage imod kritik får vi en mulighed for vækst og bedre kontakt til andre mennesker. Guro Øiestads bog er en hjælp til alle de, som har svært ved at formulere kritik og tage imod den fra andre. I bogen giver forfatteren en systematisk gennemgang af de problematikker, der er forbundet med begrebet kritik. Hun analyserer begrebet i forhold til kommunikations- og udviklingsteorier. Det etiske grundlag i bogen er K.E. Løgstrups filosofi om livsyttringer, hvor det er vigtigt at skabe tillid mellem parterne, inden kritikken bliver givet og at være opmærksom på ikke at overskride den andens urørlighedszoner.

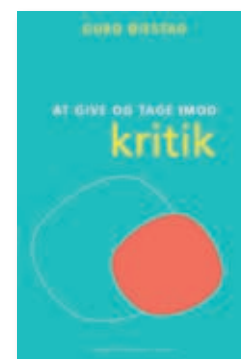
Forfatteren opsætter 12 regler for at give kritik. Jeg kan især godt lide nummer 11, ”Blæs på reglerne, når det er nødvendigt”. Denne dejlige uhøjtidelige tone præger bogen, det er vigtigere at komme i kontakt og aflevere sit budskab, end at formen er helt perfekt. Hvis man skal modtage kritik, har forfatteren formuleret 13 regler for dette. Hvis disse regler bliver fulgt, kan modtageren opnå indsigt og forståelse af kritikken, samtidig med at der er mulighed for at skabe afstand til kritikken, så man kan tage stilling til, om den skal modtages eller afvises.

Som kontrast til den konstruktive og givende kritik redegør forfatteren for den mere indirekte og giftige form

for kritik, der findes. Det drejer sig om det afvisende kropssprog, tavshed, skældud, bagtalelse, sladder, ironi, usynlig- og latterliggørelse, tilbageholdelse af information og at påføre skyld og skam. Som hjælp til at stoppe denne indirekte form for kritik bliver konflikthåndtering omhyggeligt gennemgået.

Bogen er skrevet i et klart og ligefremt sprog, og der er masser af fine eksempler undervejs, som tydeliggør den teoretiske tekst. Bogen kan anvendes af mennesker, som fagligt har brug for at give og modtage kritik. Især sygeplejestuderende, som tit både skal modtage og give kritik i forbindelse med deres uddannelse, kan have gavn af at læse bogen. Sproget er let tilgængeligt, så bogen kan også anvendes af ikkefagfolk, der har lyst til at blive bedre til at håndtere kritik. For os andre, der allerede har været igennem et par kommunikations- og konflikthåndteringskurser, er der ikke så meget nyt at hente. Men selv om det er kendte teorier, forfatteren forholder sig til, bliver begrebet kritik bearbejdet på en ny og kreativ måde, og jeg nød for en stund at være gæst i et andet menneskes tankeunivers.

Af Berit Fekkes,
psykoterapeut, MPF og sygeplejerske.



Guro Øiestad

At give og tage imod kritik

Dansk Psykologisk Forlag 2007

311 sider – 198 kr.

ISBN 978-87-7706-226-1

Ikke en ensidig hyldest til jubilaren

Hvad gør man, hvis man bliver lidt forvirret og ikke helt ved, hvad man egentlig skal mene om en ny teknologi eller behandlingsmetode, der er dukket op eller er på trapperne? Ja, så kan man jo se, om Etisk Råd har beskæftiget sig med emnet og læse Rådets mening. Det kan danne afsæt for egen meningsdannelse og argumentation. En sådan mulighed forelå ikke for lidt over 20 år siden, for da var Etisk Råd endnu ikke dannet. Rådet blev først oprettet, efter at et udvalg havde anbefalet oprettelsen af et sådant råd til at rådgive politikerne.

Etisk Råd har nu eksisteret i 20 år og har derfor udgivet et jubilæumsskrift. Forfatterne til de forskellige indlæg i jubilæumsskriftet deltager stadig i den etiske debat. Bogen handler om historien bag oprettelsen og om erfaringer med arbejdet i Etisk Råd. Den afsluttes med indlæg om, hvordan eller om Etisk Råd overhovedet bør virke i fremtiden.

Jubilæumsskriftet er bestemt ikke en ensidig hyldest til jubilaren. Diskussionen om, hvad vi bør gøre, når den teknologiske udvikling har gjort det muligt at gøre flere ting end tidligere, er diskussionen om den etiske grundholdning. Den gælder alle, også én selv. Så langt er bidragsyderne enige. Men derefter er der mange forskellige bud på, hvordan etikken skal ses i sammenhæng med vores nuværende samfund. Hvem ser etikken klarest? Hvem skal være repræsenteret i Etisk Råd? Skal Etisk Råd fortsætte med at eksistere? Skal Etisk Råd have udvidet sit virkeområde til at omfatte andre etiske problem-

stillinger f.eks. behandling af flygtninge og asylansøgere? Bør de politiske partier i højere grad inddrage etik i deres partiprogram og tage over?

Alt dette bliver omtalt i bogen. Forskelligheden i bidragsydernes indlæg giver et interessant billede af Etisk Råds opståen og arbejde. Forskelligheden er med til at vise, hvorfor etik er en udfordring og en oplagt diskussion værd.

Jeg vil tro, at det er en fordel med lidt forhåndskendskab til etik, hvis man vil læse jubilæumsskriftet fra Etisk Råd. Ikke fordi det er skrevet i et svært forståeligt sprog, mere fordi indlæggene er så forskellige, at man godt kan blive forvirret over de mange meninger, der kommer til udtryk. Bogen er en debatbog, hvilket er fint. Der er masser af debat. Jeg syntes ikke, at det alt sammen var lige interessant at læse. Heldigvis kan man så springe nogle kapitler over, hvis de synes for kedelige eller langtrukne. Man kan sagtens læse kapitlerne hulter til bulter ud fra, hvad man umiddelbart finder mest interessant. Jubilæumsskriftet henvender sig til den brede offentlighed ligesom Etisk Råds andet arbejde. Man kan få nye input og afsæt til etiske diskussioner ved at læse i det og mulighed for større forståelse for Etisk Råds virke i de sidste 20 år.

Af Anne-Birgitte Salomonsen,
assisterende afdelingssygeplejerske,
ansat på Rigshospitalet.
Tidligere medlem af Sygeplejeetisk Råd.



Klemens Kappel og

Anne Lykkeskov (red.)

Etik i tiden

– 20 år med Det Etiske Råd

Det Etiske Råd 2007

285 sider – Bogen kan læses

og udskrives fra nettet på

www.etiskraad.dk

ISBN 87-91112-69-0

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.

Sex, rødvin og chokolade forlænger mænds liv

Mænd oplever det lige så besværligt at konsultere en læge som at flyve til månen. Og hvorfor være en "kyl-ling" og gøre stor ståhej ud af lidt vandladningsbesvær eller stikken i brystet, når kroppen alligevel reparerer sig selv? Medicin har Fanden alligevel kun skabt for at tjene medicinalindustrien, og piller er decideret usunde. Bekymringer har det med at forsvinde med tiden, hvorfor der ikke er grund til at dele disse med konen eller kæresten – og slet ikke lægen. Også forældrene var lidt over gennemsnittet, og kun rigtige mænd har hvide striber under brysterne. Lidt åndenød op ad trappen, når elevatoren er i udu, skyldes hverken de 20 smøger eller dårlig kondi, men tidligere tiders giftige arbejdsmiljø eller smog fra trafikken. De søvnløse nætter har chefen eller uduelige kollegaer skylden for.

Hvad snakker de om – mændene – spørger vi kvinder undrende hinanden, og de sørøveragtige barnligt fornægtende og uansvarlige forklaringer resulterer i, at vi enten bliver opgivende, irriterede, vrede eller moderligt overbærende. Fatter mændene ikke, at vi rent faktisk holder af dem, bekymrer os og vil deres bedste?

Jo, det fatter mænd, men de hverken tænker eller handler som kvinder, og den moderne manderolle har ikke affødt revolutionerende ændringer i mænds måde at tackle problemer og sygdom på. Mænd er, som de stort set altid har været, og kan, som beskrevet af *Simon S. Simonsen*, stadig sammenlignes med en syg eller gammel hanelefant, der isolerer og distancerer sig, når hans helbred gør, at hans status er truet. Det bekræfter de mange fakta præsenteret under "Mændenes Sundhedsuge", der netop er løbet af stablen.

Reelt behøver vi ikke flere undersøgelser, der dokumenterer mændenes behov for en kønsspecifik tilgang, hvorfor der er brug for en nytænkning af alle aspekter i vores sundhedsvæsen, der aktuelt er sporet ind på kvinder.

Inden for sygeplejerskekulturen er mænds sundhed og reaktionsmåder en kæmpe udfordring. 97 pct. af os er kvinder, som hverken forstår mænds reaktioner, anerkender dem som ligeværdige med vores egne eller tager dem alvorligt professionelt. Selv husker jeg i bakspejlets lys med gru de gange, jeg – stik mod den viden vi har i dag – nærmest desperat har forsøgt at få mandlige patienter til at sætte ord på deres inderste sorg, usikkerhed og angst allerede i indgangsreplikken.

Nøgleordene var omsorg, empati og psykisk pleje, men det følelsesmæssige overgreb lå lige om hjørnet. En god ven, der lige har været indlagt, kan fortælle, at det stadig sker. Han følte sig mere end utilpas.

Vi mangler stadig erkendelsen af nødvendigheden af et bevidst fagligt fokus på en kønsspecifik sygepleje og opsøger derfor ikke den fornødne viden og de rette redskaber til at møde mændene, hvor de er. Antallet af sygeplejefaglige artikler i *Sygeplejersken*, hvor mænds specifikke sundhedsproblemer og sygeplejebehov er i fokus, taler sit eget sprog.

Et godt sted at begynde sygeplejefagligt er en nyskrivning af omsorgsbegrebet, hvor den maskuline identitet indgår som afgørende væsentlig. Opgaven her er bl.a. at finde en balance mellem mandens behov for selvbestemmelse og autonomi på den ene side og hans behov for forståelse og trøst på den anden. Mandlige sygeplejerskers bidrag vil her være både nødvendige og velkomne. De ved, hvad de taler om.

Indtil sygeplejersker tager denne udfordring op og seriøst arbejder hen mod en kønsspecifik sygepleje, vil følgende sundhedsråd fra professor, dr.med. *Tage S. Kristensens* oplæg på symposiet "Mænds sundhed, familie- og arbejdsliv" under Mændenes Sundhedsuge være en sikker vinder hos de fleste mandlige patienter – og mænd i øvrigt: Masser af sex forlænger mænds liv, og et enkelt eller to glas rødvin og en lille skål mørk chokolade inden for sengens rækkevidde forlænger yderligere – og gør livet sjovere. Også for kvinder.

Læs mere om mænds sundhed og kommunikation med mænd om deres sundhed på www.sundmand.dk

"Inden for sygeplejerskekulturen er mænds sundhed og reaktionsmåder en kæmpe udfordring."