

Fleksible kræftsygeplejersker har nået smertegrænsen • 6

Udenlandske sygeplejersker får dansk autorisation • 18

Imamen rykker ud på hospitalsgangen • 22

Dissektionskurser for behandlersygeplejersker • 54

SYGEPLEJERSKEN 24

A close-up photograph of a hand in a white lab coat sleeve pointing its index finger towards a globe. The globe is partially visible on the left side of the frame, showing blue oceans and green landmasses. The background is a plain, light color.

**Når udlandet
kalder.** • 12-17

500 kroner er nok til, at du
kan **flyve mere**,
når du bliver ældre

Start din **opsparing** i dag
...små penge bliver store



Vil du se mere af verden, når du går på pension? Så er det nu, du skal gøre noget. Opret en supplerende pension hos PKA⁺. Det kræver kun

et mindre beløb om måneden, og indbetalingerne kan trækkes fra i skat. Klik ind på www.pkaplus.dk og læs mere.

PKA⁺
...mere pension



12

job i udlandet

- 12 Når udlandet kalder
- 15 Hurtigt og let til Australien
- 16 En anderledes jobkultur
- 17 Mere end en oplevelse

autorisation

- 18 Vi er som en udenlandsk familie
- 21 Sygeplejerskeuddannelse i verdensklasse

kulturmøde

- 22 Imamen rykker ud på hospitalsgangen
- 24 Etniske patienter er vidt forskellige

med på job

- 26 Hjemme i fire specialer

sygepleje i Kina

- 28 Sygeplejersker under pres i Beijing
- 31 Et nådesløst system

sygeplejerske og pårørende

- 34 Jeg blev så vred

et godt råd

- 37 Stressbrevkassen

læsernes redaktør

- 38 Et fagblad må gerne være frækt og uforudsigeligt
- 41 Ny læsernes redaktør

dagbog

- 40 Babs og Nutterne

rollemodeller

- 50 Sygeplejerskers overvægt

behandlersygeplejersker

- 54 Dissektionskursus for behandlersygeplejersker

autorisation

- 56 Barrierer for at opnå autorisation som udlænding



22



34

i hvert nummer

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| 4 Aktuelt | 49 Faglig information |
| 42 Dansk Sygeplejeråd mener | 53 Dilemma |
| 42 Debat | 60 Anmeldelser |
| 45 Synspunkt | 64 Fem faglige minutter |
| 46 Navne | 65 Stillingsannoncer |
| 46 In memoriam | 78 Kurser/Møder/Meddelelser |
| 48 Resumeer | |

Forsidefoto: Simon Knudsen

- Chefredaktør**
Ansvarlig efter medieansvarsloven
Sigurd Nissen-Petersen
snp@dsr.dk
Tlf.: 4695 4193
- Redaktionssekretær**
Henrik Boesen (DJ)
hbo@dsr.dk
Tlf.: 4695 4189
- Redaktør**
Søren Palsbo (DJ)
sp@dsr.dk
Tlf.: 4695 4185
- Fagredaktør**
Jette Bagh
jb@dsr.dk
Tlf.: 4695 4187
- Fagredaktør**
Evy Ravn
er@dsr.dk
Tlf.: 4695 4256
- Journalist**
Brian Borg Andersen (DJ)
bba@dsr.dk
Tlf.: 4695 4182
- Journalist**
Kirsten Bjørnsson (DJ)
kbj@dsr.dk
Tlf.: 4695 4188
- Journalist**
Katrine Birkedal Christensen (DJ)
kbc@dsr.dk
Tlf.: 4695 4194
- Journalist**
Lotte Havemann (DJ)
lha@dsr.dk
Tlf.: 4695 4179
- Journalist**
Susanne Bloch Kjeldsen (DJ)
sbk@dsr.dk
Tlf.: 4695 4178
- Journalist**
Christina Sommer (DJ)
cso@dsr.dk
Tlf.: 4695 4264
- Journalist**
Britta Søndergaard (DJ)
bso@dsr.dk
Tlf.: 4695 4261

Telefax til redaktionen: 3315 1841

Tidsskrift for Sygeplejersker · Nr. 24 · 1. december 2006 · 106. Årgang · Udgivet af Dansk Sygeplejeråd
Sygeplejerskens redaktion · Sankt Annæ Plads 30 · Postboks 1084 · 1008 København K · **Telefon** 33 15 15 55 · **E-mail** redaktionen@dsr.dk
Internetadresse www.sygeplejersken.dk · Redaktionen forebeholder sig ret til elektronisk lagring og udgivelse af de faglige artikler i tidsskriftet
Ikke-medlemmer kan tegne abonnement ved henvendelse til Dansk Sygeplejeråd · **Årsabonnement** 1025,00 kr. + moms. Pris pr. stk. 20,00 kr. + moms.
Løssalg sker ved henvendelse til hovedkontoret · **Stillingsannoncer sendes til** Dansk Mediaforsyning · Klamsagervej 27, 1. · 8230 Åbyhøj · Telefon 70 22 40 88 · Fax 70 22 40 77 · e-mail: dsrjob@dmfnet.dk · **Forretningsannoncer sendes til** Dansk Mediaforsyning · Klamsagervej 27, 1. · 8230 Åbyhøj · Telefon 70 22 40 88 · Fax 70 22 40 77 · e-mail: dsrtekst@dmfnet.dk · **Layout** Tone Thoresen og Sanne Rigrtrup Møller · **Tryk** Graphx · Herlev
Distribueret oplag 1. juli 2005 – 30. juni 2006: 76.171 · ISSN 0106-8350 · Medlem af Dansk Fagpresse



20.000 kroner mere pr. sygeplejerske til

Af Ulf Førsteliin, journalist

Efteruddannelse. Beregninger fra Amager Hospital viser, at pengene til efteruddannelse af nyuddannede sygeplejersker skal tidobles, hvis sygeplejerskerne fagligt skal være på det nødvendige kompetenceniveau.

Hvis en nyuddannet sygeplejerske på Klinik for Rehabilitering på Amager Hospital skal nå op på det kompetenceniveau, som hendes opgaver kræver, skal der over en seksårig periode investeres mellem 15.000 og 20.000 kr. årligt i at efterudanne hende.

Det facit nåede klinisk udviklingssygeplejerske Elizabeth Rosted frem til, da hun i forbindelse med en større screening af hospitalets sygeplejerskers kompetenceniveau udarbejdede en model, der kunne sætte kroner og øre på klinikens

samlede behov for efteruddannelse til sygeplejerskerne. "Regnestykket bygger på en uddannelsesprofil, der beskriver, hvilket uddannelsesniveau plejepersonalet som helhed skal besidde for at kunne yde sygepleje, der lever op til et tilfredsstillende kvalitetsniveau.

Derefter har vi sammensat en seksårig efteruddannelsesplan, som en nyuddannet efterfølgende skal gennemgå, for at klinikken samlet set ligger på det rigtige niveau. Og vi har så sat kroner og øre på, hvad planen vil koste," siger Elizabeth Rosted.

De 15.000-20.000 kr. indbefatter også den løn, som sygeplejerskerne modtager, mens de er under uddannelse. Derfor er det svært at foretage en direkte sammenligning med Amager Hospitals nuværende udgif-

ter på ca. 2.200 kr. pr. sygeplejerske i gennemsnit om året til kurser, kongresser og videreuddannelse, da disse er gjort op, uden at lønnen er regnet med.

Elizabeth Rosted understreger dog, at det er hævet over enhver tvivl, at der er behov for flere midler til postgraduat uddannelse af sygeplejerskerne, hvis de skal leve op til den øgede specialisering, som sygehvæsenet gennemgår i disse år, og som vil blive speedet yderligere op, når regionerne overtager amternes ejerskab.

"Vi har ikke det niveau, som der er brug for. Sygeplejerskeuddannelsen er en generalistuddannelse, og derfor er det vigtigt, at der tilføres flere midler til efteruddannelse. Vi skal have etableret faste introforløb for sygeplejersker ligesom for lægerne, hvis vi skal nå det nødvendige

specialistniveau. Bedside-oplæring er ikke godt nok længere," siger hun og opfordrer Dansk Sygeplejeråd til at gøre flere midler til efteruddannelse til et krav i forbindelse med overenskomstforhandlinger.

Forsøger at lukke hullerne

Sygeplejefaglig direktør på Amager Hospital, Kirsten Poulsen, erkender, at der er et gab mellem kravene til sygeplejerskernes færdigheder og deres uddannelsesniveau.

"Vi har ikke mulighed for at bruge mellem 15.000 og 20.000 kr. pr. sygeplejerske. Men vi forsøger at lukke hullerne, og jeg vil gerne understrege, at vi øjeblikkeligt griber ind, hvis vi mener, at patientsikkerheden kommer i fare," siger hun.

For at kompensere for de manglende ressourcer til vide-

Infrarødt lys fanger infektioner

Infektionsbekæmpelse. Kun 12 timer efter en operation kan en ny type scanner vurdere, hvor stor risiko der er for, at der vil gå infektion i en patients operationsår. Scanneren er blevet til, fordi der til trods for store hygiejneindsatser altid vil være patienter, som har forhold, der gør dem mere modtagelige over for infektioner, f.eks. på grund af dårligt blodomløb.

Instrumentet måler iltniveauet i blodet i området omkring såret med infrarød stråling. Et lavt iltniveau hindrer helingsprocessen og svækker immunsystemet, så bakterier får bedre tid og mulighed for at bide sig fast i såret.

Når infektionerne fanges tidligere, får plejepersonalet langt bedre mulighed for at sætte ind med en effektiv behandling.

Læs mere på: www.cddah.nhs.uk under nyheder

(bba)

Efterlyser alternativ til

Af Kirsten Bjørnsson, journalist

8.500 gange om året. En stor del af de mange tvangsfikseringer i psykiatrien kunne erstattes med et mindre indgreb, nemlig isolation, mener oversygeplejerske Jesper Bak, Sct. Hans Hospital.

Hver eneste dag bliver psykiatriske patienter lagt i bælte, fordi de har opført sig truende og voldeligt eller er i fare for at skade sig selv.

Fiksering er den mest udbredte tvangsforanstaltning i dansk psykiatri, med 5.982 registrerede bæltfikseringer i 2005 og 2.663 fikseringer med remme. Efter en stor landsdækkende indsats faldt anvendelsen af

tvang i 2004 – kun for at stige igen i 2005.

Men halvdelen af de voldsomme og selvskadende patienter kunne formentlig pacificeres med et mindre indgreb, isolation, der ikke bliver brugt i dansk psykiatri. Det mener oversygeplejerske Jesper Bak, Sct. Hans Hospital.

"I en række engelsktalende lande har man såkaldte *seclusion rooms*, der er indrettet, så patienten ikke kan komme til skade. Det, der med et forkert ord kaldes gummiceller," forklarer Jesper Bak.

Som leder af udviklingsafdelingen på Sct. Hans Hospital ville han gerne lave forsøg med isola-

"Det er en helt forkert prioritering, at man vil nedsætte ventetiden fra to til én måned på hofter og den slags, når alvorligt syge mennesker ikke kan få behandling til den tid, man har lovet."

Karsten Skawbo-Jensen, formand for Patientforeningen Danmark, til Fyens Stiftstidende.

uddannelse

reuddannelse har Klinik for Rehabilitering bl.a. etableret en mentorordning for nyuddannede sygeplejersker, oplyser klinikoversygeplejerske *Ole Toftdal Sørensen*.

"Vi arrangerer desuden selv noget undervisning. Men vores tiltag er ikke nok på den lange bane.

Det kan kun være første skridt. Hvis vores sygeplejersker skal kunne leve op til de skærpede krav, så skal langt flere igennem en diplomuddannelse," siger han.

Sygeplejerskerne på Amager Hospital er langtfra alene om at være underuddannede. Tidligere i år viste en undersøgelse fra Amsrådsforeningen og Dansk Sygeplejeråd, at fire ud af fem sygeplejersker ikke får den efter- og videreuddannelse, hun har et fagligt behov for.



Frederiksberg skadestue kl. 12.13. 25-årige montør Niklas Madsen fik flået hånden op, da han faldt ned fra en stige i forbindelse med monteringen af nogle loftsarmaturer. Hånden hang fast i en loftskinne, og nu tager afdelingssygeplejerske Poul Mossin sig omsorgsfuldt af patienten. Poul Mossin er uddannet sygeplejerske i 1993 og har siden foråret 2003 arbejdet som afdelingssygeplejerske på Frederiksberg skadestue. Han er glad for sit varierede arbejde, som byder på både praktiske og administrative opgaver. Han synes dog, at tonen fra patienterne med tiden er blevet mere og mere barsk. Hospitalernes skadestuer er igen i søgelyset i forbindelse med de endnu ikke offentliggjorte anbefalinger på akutområdet fra Sundhedsstyrelsen. I løbet af de seneste uger har det været fremme, at flere skadestuer skal lukke, hvis man skal følge anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen.

bæltefiksering

tion som alternativ, og den mulighed giver hverken den gamle psykiatrilov eller den nye, der træder i kraft til nytår.

Isolation som alternativ har været drøftet i forbindelse med lovrevisionen, bekræfter formanden for Dansk Psykiatrisk Selskab, overlæge *Poul Videbech*, Psykiatrisk Hospital, Århus.

"Men jeg tror, de fleste vil synes, at det er mere umenneskeligt at blive puttet ind i en gummicelle, hvor man kan rase ud alene, overladt til sine hallucinationer og vrangforestillinger," siger Poul Videbech.

"Det må være forfærdeligt at være spændt fast. Men trods alt sidder der et menneske ved si-

den af, som kan holde i hånden og stryge en over panden, og som er uddannet til at tale om, hvad der er sket."

Jesper Bak har undersøgt patienternes oplevelse af tvangsfiksering i en masterafhandling fra 2004. Han henviser til studier fra USA og Taiwan, der beskriver, at både sygeplejersker og patienter opfatter det som et mindre indgreb at isolere folk i et rum, hvor de kan bevæge sig frit.

"Men danske patienter, jeg har spurgt efter en tvangsfiksering, har også svaret, at de ville foretrække isolation en anden gang," siger Jesper Bak, som har været afdelingssygeplejerske i flere lukkede afdelinger.

Udenlandske studier beskriver, at mange patienter bliver bange under isolationen, tilføjer han.

"De frygter, at der kan ske noget, uden at de kan komme i kontakt med omverdenen.

Men efter dansk lov skal der være fast vagt hos tvangsfikserede patienter, og man bør selvfølgelig opretholde dansk lovgivning og indrette isolationsrum på en måde, så der hele tiden er opsyn, og patienten har mulighed for at tale med personalet."

Poul Videbech mener, at både isolation og kraftigere medicinering, som andre lande bruger, er dårlige alternativer til fiksering. Den nye psykiatrilov er god nok på det punkt, men den skal føl-

ges op med personalenormeringer.

"Der skal være så meget personale, at man, længe før det bliver nødvendigt at fikse en patient, kan sige: Nu går vi ind på din stue og sætter os og snakker om det.

Hvis der ikke er ret meget personale, eller de er overbelastede, når folk at køre mere og mere op og blive angste og vrede.

Vi har forgæves forsøgt at få god sygehusstandard skrevet ind i loven. Ikke bare for fysiske rammer og normeringer, men også f.eks. at man har ret til at komme ud i frisk luft hver dag. Men det ville binde amtspolitikerne og koste penge."

Fleksible kræftsygeplejersker har nået

Af Lotte Havemann, journalist

Kræftbehandling. *Stråleterapisygeplejersker har i årevis taget overarbejde og været fleksible for at imødegå regeringens behandlingsgaranti. Nu er smertegrænsen nået for sygeplejerskerne. De vurderer, at mere overarbejde risikerer at gå ud over patientsikkerheden.*

Vrede og desperate patienter, der har ventet længe på strålebehandling. Overarbejde i sommerperioder i mørke kælderlokaler med strålekanoner. Mange nye kolleger, der skal oplæres og ikke må arbejde selvstændigt i det år, de er under uddannelse.

En stor del af de sygeplejersker, der arbejder med strålebehandling, har de seneste år fungeret under ekstraordinære forhold.

Ifølge en undersøgelse fra Kræftens Bekæmpelse er ventetiden på flere strålebehandlinger på Odense Universitetshospital (OUH) og Amtssygehuset i Herlev i øjeblikket oppe på 10 uger. Mere end dobbelt så lang ventetid som de fire uger, behandlingsgarantien foreskriver.

Der har i medierne været flere bud på, hvad der er skyld i de lange ventetider. Bl.a. har sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen (V) peget på, at sygeplejersker skulle påtage sig overarbejde for at få has på ventelisterne.

Men sygeplejersker på flere af landets strålecentre har allerede i lange perioder de seneste år arbejdet over. De føler, at grænsen for mere overarbejde er nået.

De lange ventetider skyldes i højere grad for mange patienter, for få strålekanoner og mangel på uddannede sygeplejersker. Flere

af strålecentre er også præget af ombygninger og udvidelser. På OUH, hvor ventetiderne er længst, har mange stråleterapisygeplejersker forladt stedet. Ifølge *Sygeplejerskens* oplysninger skyldes nogle af opsigelserne et øget arbejdspress og omlægning af dagvagter. De er blevet erstattet af nye sygeplejersker, men disse skal først oplæres.

Ingeborg Lorentzen, tillidsrepræsentant for sygeplejersker og radiografer, som er tilknyttet strålebehandling på Onkologisk afdeling på OUH, forklarer, hvordan personalet senest har taget overarbejde fra midten af juni i år.

"Vi kunne allerede dengang se, at der skulle arbejdes mere, hvis vi skulle holde ventelisterne nede. Vi indgik velvilligt en resultatlønsaftale, og der var ingen sure miner, da vi blev bedt om at arbejde over hen over sommeren. Vi fik selvfølgelig betaling for det, men sommeren er en meget eftertragtet periode for os, da vi arbejder under jorden, hvor der ikke slipper meget lys ned," siger Ingeborg Lorentzen og tilføjer, at det ikke var den første sommer, sygeplejerskerne har arbejdet ekstra.

Vil ikke risikere fejl

Da resultatlønsaftalen udløb den 30. september, var der ikke så stor opbakning blandt sygeplejerskerne til at fortsætte. En måned tidligere var hele syv nye sygeplejersker blevet ansat på afdelingen, og deres oplæring lagde nu beslag på en del af de uddannedes ressourcer. Desuden skulle alle sygeplejerskerne efteruddannes i brugen af opgraderede strå-

lekanoner. Herudover blev mange af dagvagterne lagt om til 10-18-vagter og aftenvagter.

"Vi var trætte efter at have arbejdet over konstant i 3½ måned, og det var ikke forsvarligt at arbejde mere over, når vi nu også havde nye opgaver at tage os af," siger Ingeborg Lorentzen.

Hun understreger, at stråleterapisygeplejerskerne på OUH nødt vil fremstå som svage sygeplejersker, der ikke kan klare mere arbejde.

"Det, vi ikke kan holde til, er at lave fejl. At give patienter strålebehandling svarer til at stå i en medicingivende situation hele tiden. Det er meget komplekst og kræver stor opmærksomhed. Stråler kan ikke trækkes tilbage, når de først er givet. Så vi skal være oplagte og på dupperne for at sikre patienternes kvalitetssygepleje."

Afhængig af personaleafgang

Oversygeplejerske på Onkologisk afdeling på OUH, *Merete Poulsen*, er ulykkelig over situationen:

"Vi er meget kede af, at vi ikke kan yde den service, vi allerhelst vil. Det er naturligvis værst for patienterne, men det påvirker også personalet meget."

Hun fortæller, at afdelingen i årets løb har haft en højere afgang af personale end normalt.

Pr. 1. september er syv sygeplejersker så blevet ansat på afdelingen, men de skal først gennemgå en etårig uddannelse, før de må arbejde selvstændigt.

I alt ni sygeplejersker er under oplæring i

Farvel og goddag. Både nuværende og tidligere samarbejdspartnere kom forbi, da Dansk Sygeplejeråd en uge efter den ordinære kongres markerede afskeden med den hidtidige 2.-næstformand Aase Langvad. Samtidig var der lejlighed til at hilse på hendes afløser på posten, 2.-næstformand Dorte Steenberg. Aase Langvad tiltrådte som amtsbestyrelsesformand i Viborg i 1984 og sad på denne post indtil 1996, da hun blev valgt som 2.-næstformand for Dansk Sygeplejeråd. Dorte Steenberg tiltrådte som amtskredsformand for Frederiksborg amtskreds i 2000, da hendes forgænger på posten, Connie Kruckow, valgtes til organisationens formand. Her ses tre tidligere hovedbestyrelseskolleger ved afskeds/velkomstreceptionen: fra v. tidligere amtskredsformand i Roskilde, Sinne Kamstrup, Aase Langvad og Connie Kruckow.

(sp)



smertegrænsen

stråleterapi på OUH, hvilket er maksimum for, hvad afdelingen kan uddanne ad gangen.

Kræftafdelingen har seks strålekanoner til sin rådighed, men har i øjeblikket kun uddannet personale til at betjene de 5¼.

Merete Poulsen vurderer dog, at afdelingen kan udnytte strålekanonerne fuldt ud – svarende til bemanning af syv strålekanoner i udvidet åbningstid – efter den 1. september 2007, når de nye sygeplejersker er oplært. Men hun tilføjer, at det afhænger af, at ikke flere forlader afdelingen, og at de to, der i øjeblikket er på orlov, kommer tilbage.

"Vi er meget følsomme over for tilgang og afgang af personale," siger hun.

Afdelingen har fået bevilget to ekstra strålekanoner, men de nuværende fysiske rammer skal udvides, før de kan komme i brug. Byggeriet er bestilt, men der vil gå nogle år, før de nye strålekanoner kan installeres.

Smertegrænse på Herlev

På Amtssygehuset i Herlev har stråleterapi-sygeplejerskerne også oplevet at blive bebrejdet, at de ikke ville tage mere overarbejde for at nedbringe ventelisterne, selv om de fik 200 kr. ekstra i timen plus genetillæg. Det blev for meget for dem, og fællestillidsrepræsentant for sygeplejerskerne *Karen Storgaard* skrev i en pressemeddelelse:

"Når sygeplejerskerne afviser mere overarbejde, skyldes det, at de mener, at smertegrænsen er nået, og at de ikke kan forsvare over for patienterne at påtage sig yderligere

overarbejde af hensynet til kvaliteten af behandlingen."

Ingen ventelister i Aalborg

Ifølge undersøgelsen fra Kræftens Bekæmpelse ligger Aalborg Sygehus i den modsatte ende. Her overholdes behandlingsgarantien for strålebehandling i alle andre tilfælde end brystkræft, hvor ventetiden er fem uger mod de påbudte fire uger. Sygeplejerske og tillidsrepræsentantsuppleant ved Stråleterapien på Aalborg Sygehus, *Anne Albech*, roser sin ledelse og de lokale politikere for at have været forudseende og bevilget et tilstrækkeligt antal strålekanoner og uddannet personale. Desuden har afdelingen via tidsstudier fået effektiviseret arbejdsgangene og udnytter nu rummene med strålekanoner bedre end tidligere.

"Rummene er dyre, og vi bruger nu tiden derinde meget effektivt. Patienterne er velinformerede, når de kommer ind, og al udenomssygepleje foregår uden for rummet," fortæller Anne Albech.

Ligesom på andre strålecentre har stråleterapien på Aalborg Sygehus udvidet åbningstiden. I første omgang fra kl. 16.00 til 17.00, og fra nytår til kl. 18.00. Men overarbejde er en sjældenhed.

"For nogle år siden havde vi en rigtig god meraftale om overarbejde. Men nu har vi et minimum af overarbejde. Det sker kun, når maskinerne går ned."

Se undersøgelsen på www.cancer.dk
– klik på ventetider/ventetider for strålebehandling (pdf)

Vidste ud at ...

... der er over dobbelt så mange storrygere blandt skilte end blandt gifte? 13,7 pct. af de gifte ryger mere end 15 cigaretter om dagen, mens det gælder hele 29,4 pct. af de separerede og skilte.

Kilde: Statens Institut for Folkesundheds Sundheds- og sygelighedsundersøgelser 2005.



Lille hjælper lader børnene lege

Livskvalitet. En ny dansk opfindelse kan gøre dagene langt lysere for sygdomsramte børn, som er nødt til at bruge drop. Luvo betyder "lille hjælper" på latin og er navnet på den nye opfindelse, der består af et lukket system i en rygsæk, som overtager de klodsede dropstativers funktion. I rygsækken er der plads til barnets medicin og en infusionspumpe, så barnet får en langt større bevægelsesfrihed. Selve infusionspumpen er meget stabil og kan tåle de bump og stød, der kan opstå i forbindelse med børnenes leg. Systemet er designet til brug blandt børn i alderen fra 0-15 år, men principperne bag luvo vil nemt kunne udvikles, så systemet også kan bruges af voksne.

Luvo er et afgangprojekt fra to tidligere studerende fra Aalborg Universitet, der ligger bag nyskabelsen, som just er blevet præmieret i en internationalt meget anerkendt designkonkurrence.

(bba)

Internationalt møde om autorisation

Global sygepleje. Ikke alle lande har regler for sygeplejerskers profession, f.eks. hvordan man får autorisation, og hvordan man mister den. I Danmark er det Sundhedsstyrelsen, der regulerer de spørgsmål.

Den internationale sygeplejerskeorganisation ICN arbejder for, at alle lande vedtager regler for autorisation, ikke mindst af hensyn til patientsikkerheden, men også af hensyn

til sundhedspersonerne selv og deres interesse i en fair bedømmelse.

Et udvalg i ICN drøftede spørgsmålene om profession og autorisation i Dansk Sygeplejeråds hus fra den 22.-24. november. Her deltog repræsentanter fra sygeplejerskeorganisationer i 13 områder af verden foruden en repræsentant for verdenssundhedsorganisationen WHO. (sbk)

Lars Mygind uddanner tankefelt terapeuter

Lær tankefeltterapi til behandling af: fobier, traumer, angst, PTSD, depression, smerter mm.

Hos Dansk Skole for Tankefeltterapi lærer du det bedste fra TFT, EFT og energi-psykologi. Uddannelsen varer 3x2 dage og vi har hold flere steder i Danmark samt udlandet, f.eks:

København:

6-7/1, 10-11/2, 28-29/4

Hirtshals:

4-5/2, 18-19/2, 22-23/4

Tyrkiet:

26/5-9/6

Se flere hold og få yderligere information på vores website.

Lars Mygind er medforfatter til bogen Tankefeltterapi - løsninger lige ved hånden samt vært på DVD'en Tankefeltterapi.

DVD



Bog

Dansk Skole for Tankefeltterapi

Tlf.: 70 278 288

www.tankefeltterapi.info

aktuelt

◀◀ TILBAGEBLIK



Hører intet ondt, siger intet ondt, ser intet ondt. Sundhedsstyrelsen og Jens Kristian Gøtrik lukkede af for indberetninger om for lang ventetid på strålebehandling fra Torben Skovsgaard og Herlev Sygehus. Lars Løkke Rasmussen er beskyldt for at lukke øjnene for problemet. (Illustration: Bob Katzenelson)

Ansvarsflugt forlænger ventetid

Af Brian Borg Andersen, journalist

Behandlingsgaranti. Døren var låst, og lyset var slukket, når Herlev Sygehus ville indlevere indberetninger om for lang ventetid på strålebehandling til Sundhedsstyrelsen. Patienterne sad fast i køen, mens parterne stod fast. Nu får beskyldningerne frit løb.

I Danmark skal man – med garanti – ikke vente længere end fire uger på at modtage strålebehandling for en kræftsygdom. Det er endda bestemt ved lov. I loven står også, hvordan man skal sikre, at patienterne ikke kommer til at vente for længe, hvis det nærmeste behandlingssted ikke magter opgaven. Man kan nemlig – med garanti – blive behandlet på et andet sygehus – om nødvendigt i et andet amt eller på et privathospital herhjemme eller i udlandet. Med garanti! Inden for fire uger! Altså medmindre nogen pludselig går i krig om, hvem der skal sende dig videre i systemet.

Dagbladet Politiken afslørede for nylig, at Sundhedsstyrelsen i en længere periode frabad sig indberetninger fra kræftafdelingen på Herlev Sygehus om hjælp til at henvise patienter til behandling i udlandet. "Det virker, som om der bare er en, der sidder og arkiverer inde i Sundhedsstyrelsen. Der bliver ikke handlet. Vi har ikke et eneste eksempel på, at de har fundet behandling til en patient et andet sted," udtalte overlæge Torben Skovsgaard, chef for kræftafdelingen på Københavns Amts Sygehus i Herlev til Politiken.

Med henvisning til de andre sygehuse, der tilbyder

samme behandling, svarede medicinaldirektør i Sundhedsstyrelsen, Jens Kristian Gøtrik, samme sted: "Vi har ikke haft den oplevelse, at det var vores opgave at løse det her. Det er sygehusenes opgave, og det har fem ud af seks også gjort."

Torben Skovsgaard benægter dog, at sygehuset selv har ressourcer til at løfte den opgave.

S: Løkke lukkede øjnene

Sundhedsordførere fra begge sider af Folketingssalen har udtrykt kritik af indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussens (V) indsats omkring behandlingsgarantien og stillet krav om, at han får placeret ansvaret for miseren. "Man har smidt aben videre til hinanden, og det er altså mennesker, som er dødssyge, der er kommet i klemme," udtalte Lone Møller (S) til Urban.

Socialdemokraten Jens Peter Verner sen gik i Politiken så vidt som til at beskyldte sundhedsministeren for længe at have kendt til problemerne på kræftområdet og for at have lukket øjnene for dem, hvilket Venstre efterfølgende kategorisk har nægtet.

Hvem der har ansvaret for, at patienterne kommer ud af køerne og ind under strålekanonerne, blev kort før redaktionens afslutning af dette nummer afgjort på et hastemøde i Sundhedsstyrelsen, hvor de stridende parter mødtes og enedes om at etablere faste behandlingstilbud i udlandet til de stærke patienter, mens de svagere fremover skal kunne rykkes fremad i køen herhjemme.

Stress – den 9. folkesygdom?

Af Christina Sommer, journalist

Modefænomen? Mange er ramt af det, og endnu flere taler om det: Stress. Men er sygeplejersker generelt mere stressede i dag, eller taler man bare mere om det?



Heidi Christensen,
sygeplejerske,
Medicinsk afdeling M3,
Kalundborg Sygehus

"Jeg har været sygeplejerske i 15 år, og tempoet er generelt højere i dag end tidligere. Det gør, at jeg ikke altid kan yde den kvalitet, jeg gerne vil, og det er stressende."

Kan det ikke også være godt at have travlt?

"Jo, det kan i hvert fald godt være skidt at have for lidt at se til. Og der skal løbende komme nye udfordringer til, men altså i et tempo, hvor vi kan følge med. Grænsen går der, hvor jeg ikke længere kan se mig selv i spejlet og tænke "du gjorde en forskel i dag" og glæde mig til min næste arbejdsdag."

Gør du selv nok for ikke at blive ramt af stress?

"Jeg er blevet bedre til at sige fra, når jeg har svært ved at overskue tingene. På et tidspunkt fik vi mange nye kolleger her på afdelingen, og i begyndelsen forsøgte jeg at hjælpe dem alle. Men til sidst blev det for meget, og jeg måtte bede dem om også at søge hjælp hos nogle af de andre. Det er vigtigt at kunne sige fra."



Camilla Christensen,
sygeplejerske,
Medicinsk afdeling M3,
Kalundborg Sygehus

"Jeg synes personligt, at vi har fået mere travlt, og patienterne er blevet mere plejkrævende. Jeg har været sygeplejerske i to år, og efter at sygehuset har fået et akut visitationsafsnit, er andelen af tunge og behandlingskrævende patienter steget, uden vi er blevet opnormeret. I dag bruger vi også enormt meget tid på dokumentation, bl.a. på vores elektroniske medicineringsprogram, men også i kardedex. Den tid kunne være brugt bedre hos alvorligt syge og døende patienter."

Kan det ikke også være godt at have travlt?

"Jo selvfølgelig kan det det. Men vi har mange palliative patienter på afdelingen, som har behov for at tale om deres død. Og det behov må vi ofte sætte til side til fordel for den helt nødvendige pleje. Her føler jeg, jeg svigter patienterne."

Gør du selv nok for ikke at blive ramt af stress?

"Jeg kan nogle gange have svært ved at gear ned, når jeg har fri, men gør ikke noget bevidst for ikke at blive stresset. Jeg kunne nok gøre mere."



Vicki Vinding,
sygeplejerske,
Akut Visitationsafsnit,
Veje Sygehus

"Jeg synes, vi bliver mere og mere pressede. Men jo, da der er mere fokus på emnet stress, taler vi også mere om det. Men det er altså ikke tomme ord. Vi løber stærkere i dag, end da jeg blev sygeplejerske for fire år siden."

Kan det ikke også være godt at have travlt?

"Jo, vi skal have travlt, ellers bliver dagen kedelig! Men det er vigtigt, at man i pressede perioder har udsigt til mere rolige perioder, som jeg synes, vi har her. Det nytter ikke, at jeg har så travlt, at jeg føler, jeg ikke når det, jeg skal. I sidste ende går det ud over patienterne, som bliver utilfredse. I perioder hvor det brænder på, synes jeg, at der hersker en eller anden form for uro på afdelingen, og det holder ikke."

Gør du selv nok for ikke at blive ramt af stress?

"Ikke bevidst. Men vi er gode til at hjælpe hinanden. Det er o.k. at sige fra og bede om hjælp, og det er noget, jeg selv bliver bedre og bedre til hele tiden."



Jane Røndbjerg,
sygeplejerske,
Akut Visitationsafsnit,
Veje Sygehus

"Generelt har vi fået mere travlt, da vi har fået flere patienter. Fagglidningen gør, at vi som sygeplejersker laver andre ting i dag end for bare fem eller elleve år siden, hvor jeg blev sygeplejerske. Nogle opgaver er taget fra os, mens der er kommet nye til, som igen stiller nye krav til vores kompetencer."

Kan det ikke også være godt at have travlt?

"Jo, det holder mig til ilden og gør, at jeg bevarer mit engagement. Grænsen mellem sund og usund stress er individuel og svær at definere. Der kan være travle dage, som jeg synes har været o.k., mens en kollega er ved at brænde sammen og omvendt. Og jeg tror også, at ens privatliv har stor indflydelse på, om man er stresset eller ej."

Gør du selv nok for ikke at blive ramt af stress?

"Da jeg har svært ved at definere grænsen, rammer jeg den en gang imellem. Jeg har lige været forkølet, og her skal der ikke så meget til. Jeg må skrue lidt ned hjemme, da jeg jo ikke kan bestemme, hvor mange og hvor syge patienter der kommer."

Sundhed på flaske

Julebryg. Øl var engang et hel-semiddel og snaps en kilde til evigt liv. Og da øl og snaps er julemadens tro følgesvende, har Dansk Sygeplejehistorisk Museum i Kolding valgt at benytte julemånedens til at fortælle historien om de to drikke.

Øllet var fra den tidligste middelalder blandt de mest udbredte drikke i Europa, og op gennem 1800-tallet blev dets fortræffeligheder anerkendt. Bryggerierne markedsførte øl som kilde til sundhed, og "førende Læger" anbefalede brugen af såkaldte "sundhedsøl" mod afmagring, nervøsitet og blodmangel. Og i 1896 lancerede De forenede Bryggerier deres første juleøl under henvisning til dennes "nærende og styrkende Egenskaber."

Snaps blev i modsætning til øllet i middelalderen betragtet som medicin. I bræn-



Annonce om dansk sundhedsøl bragt i Tidsskrift for Sygepleje, nr. 1/1903.

devinen mente alkymisterne at have fundet kilden til evig ungdom. I 1850'erne blev snaps anset for at være gavnligt mod kolera. Udstillingen om øl og snaps i sundhedens tjeneste kan ses fra fredag den 1. december og året ud.

Yderligere oplysninger på www.sygeplejemuseum.dk

(hbo)



www.dsr.dk

Information om sygeplejerskeportalen

496 fulgte kongressen live på webben

Kongres 2006's hektiske debatter og næstformandsvalg er blevet set af mange via Sygeplejerskeportalen. Under selve kongressen var 496 stillet ind på portalens live-signal, da Sygeplejerskeportalen transmitterede live fra Falkoner Centret i København. Den travleste dag var tirsdag, og særligt mellem klokken 12 og 13. Men langt de fleste seere valgte at se sammendrag i stedet for at følge den lange marathon af taler. Live-seerne udgør derfor kun en mindre del af dem, der både under og efter kongressen har set optagelserne.

I mange amtskredse indbød man til at følge transmitteringen sammen. Helt som dengang, der var langt mellem fjernsynene, var folk samlet om skærmene på flere amtskredses kontorer. Du kan også se f.eks. næstformandsvalget, debat om aflønning af hovedbestyrelsen eller vel-færdsdebatten på www.dsr.dk/kongres2006



Pia Gede Nielsen,
webredaktør,
pgn@dsr.dk



Kristian Eskildsen
webjournalist,
kes@dsr.dk



Anders von Benzon
Kjærsgaard, webas-
sistent, abk@dsr.dk

Forkortet Produktresumé.

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

Indikation: Gardasil er en vaccine til forebyggelse af high-grade cervikal dysplasi (CIN 2/3), cancer i livmoderhalsen, high-grade dysplastiske læsioner i vulva (VIN 2/3) og uønskede kønsvorter (condyloma acuminata), der er kausalt relateret til human papillomavirus af typerne 6, 11, 16 og 18. Gardasil er indiceret til kvinder i alderen fra 16 til 26 år og til 9 til 15-årige børn og unge.

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

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

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

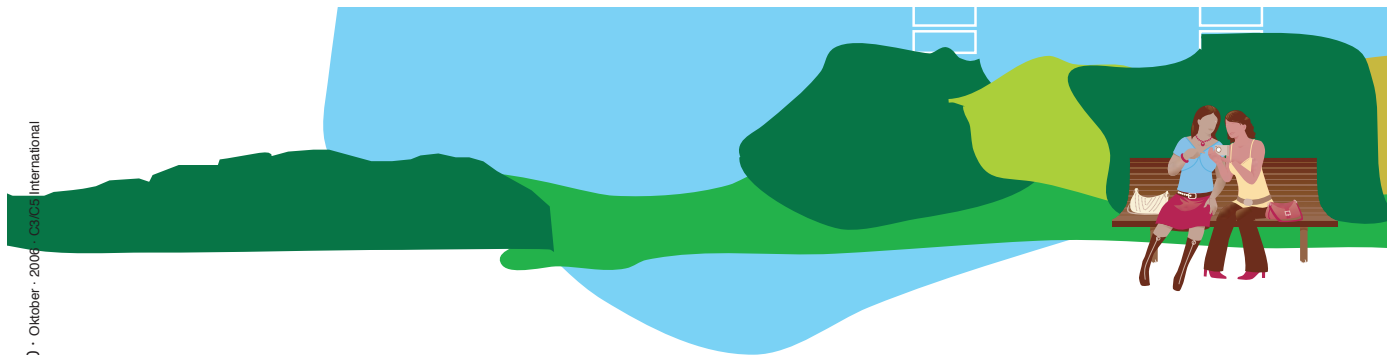
Graviditet og amning: Der er ikke tilstrækkeligt med data til at anbefale brug af Gardasil under graviditet. Vaccination bør derfor udsættes til graviditeten er afsluttet. Gardasil kan gives til ammende mødre.

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

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

Indehaver af markedsføringstilladelsen: Sanofi Pasteur MSD SNC, 8 rue Jonas Salk, F-69007 Lyon, France. Fuldstændigt produktresumé kan rekvireres hos den danske repræsentant: Sanofi Pasteur MSD, Parallelvej 10, DK-2800, Lyngby eller på nedenstående internetadresse. Oktober 2006.

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



Gardasil® - Vaccinen mod livmoderhalskræft - beskytter mod

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



Til levering nu


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

BENEFITS FROM FOUR TYPES
- BEFORE AND BEYOND CERVICAL CANCER


sanofi pasteur MSD
vaccines for life

Udlængsel. Det kan blive en længere historie at opfylde kravene til et job i udlandet. Derfor kan sygeplejersker med udlængsel med fordel starte planlægningen i god tid.

NÅR UDLANDET KALDER

Hvert år rejser mellem 400 og 500 danske sygeplejersker til udlandet for at arbejde. Nogle tager af sted for eventyret, andre skal være i nærheden af en ægtefælle, der er udstationeret. Fælles for alle sygeplejersker er, at der er masser af spørgsmål, der skal besvares, før du forlader Danmark til et nyt job i et andet land. For mange er det første skridt at kontakte Dansk Sygeplejeråd (DSR).

"Sygeplejersker er et rejselystent folkefærd. Jeg får dagligt flere henvendelser fra sygeplejersker, der har spørgsmål om at arbejde i udlandet. De fleste kontakter os i første omgang for at høre, hvad der skal til for at få arbejde i udlandet. Vi har masser af information om mulighederne for at få job i andre lande, og hvis vi ikke kan give svar på det, der bliver spurgt om, så kontakter vi vores søsterorganisation i det pågældende land for at finde ud af det," siger *Bodil Jensen* administrativ sagsbehandler i DSR.

DSR har i gennemsnit 1.500 medlemmer i udlandet, og man bifalder, at sygeplejerskerne rejser ud.

"Her i huset er vi meget positive over for, at sygeplejerskerne tager til udlandet. Det er meget sjældent, at vi får negative tilbagemeldinger fra sygeplejerskerne selv, og jeg har ikke nogen klagesager liggende," siger *Bodil Jensen*.

redaktionen@dsr.dk

►► **HVOR TAGER VI HEN, OG HVEM TAGER AF STED?** Hovedparten af de danske sygeplejersker bliver i Skandinavien, mens ca. 100 sygeplejersker årligt tager udfordringen op med at arbejde i den øvrige del af verden. Her er det især de engelsksprogede lande, der er populære. DSR hjælper sygeplejerskerne videre i selve jobsøgningen gennem internationale tidsskrifter eller internettet. Næsten alt fra nyuddannede til garvede sygeplejersker søger en international blåstempling af uddannelsen. "Det er et blandet felt, der søger om attestationen. Der er alt fra erfare sygeplejersker, der typisk tager til udlandet, fordi deres mand har fået job, til yngre sygeplejersker. De fleste har dog mindst et par års erfaring," siger *Randi Gjerding*, der er sygeplejekonsulent i Sundhedsstyrelsen, der udsteder attestatationerne.



►► GODE RÅD, FØR DU REJSER UD

Bodil Jensen fra Dansk Sygeplejeråd giver råd om arbejde i udlandet. Der er flere ting, der er vigtige at være opmærksom på, inden du tager til udlandet:

Undersøg krav til autorisation

"Kravene til autorisationen i det pågældende land, de er vigtige. Det kan tage lang tid at finde ud af, hvad der skal til, hvis man skal skrive frem og tilbage med myndighederne i udlandet og indhente de rigtige oplysninger," siger Bodil Jensen.

Planlæg i god tid

Det kan være tidskrævende at få fat på den nødvendige dokumentation, før du har ret til at arbejde i udlandet, og man kan ikke bare rejse af sted fra den ene dag til den anden. Især til rejsemål uden for Skandinavien er det nødvendigt at planlægge i god tid.

"Tre til seks måneders planlægning kan være både for kort og for lang tid, men det kommer helt an på, hvor man skal hen. Man kan vel sige, at jo længere man skal væk – f.eks. USA, New Zealand eller Australien – jo længere tid tager det at planlægge," vurderer Bodil Jensen.

Der kan være særlige krav

Sygeplejerskerne kan blive mødt med særlige krav i specialiserede stillinger.

"Der er forskel på, om man vil ud som anæstesisygeplejerske eller i et mere generelt job. Desuden kan man risikere, at man skal supplere sin uddannelse, hvis den ikke opfylder kravene i det pågældende land," siger Bodil Jensen.

Uden for EU og Norden er de faglige krav til sygeplejerskerne afhængige af den nationale lovgivning.

Hvad med pension, skat og forsikring?

Før kontrakten er skrevet under, og man er helt rejseklar, skal sygeplejersker være opmærksomme på, at betingelserne for bl.a. skat, forsikring og pensionsopsparing også ændrer sig, når man rejser til udlandet.

Hvis du vil vide mere ...

Dansk Sygeplejeråd har udgivet pjecen "Job i udlandet – en mulighed for sygeplejersker," der kan downloades fra hjemmesiden (www.dsr.dk/udgivelser). Her kan man få svar på de fleste generelle spørgsmål.

Få papir på dig selv ...

Mens det kan tage lang tid at få en autorisation i udlandet, så kan sygeplejerskerne i løbet af en uges tid få papir på, at man har en gyldig autorisation. Det er Sundhedsstyrelsen, der udsteder attestationen, der er gratis, da den bliver regnet for at være en del af sygeplejerskernes almindelige autorisation.

►► DANSKE AUTORISATIONER TIL LANDE UDEN FOR NORDEN

2002: 124
2003: 109
2004: 76 (usikkert tal)
2005: 106
2006: 107 (år til dato)

Kilde: Sundhedsstyrelsen.

►► VIL DU VIDE MERE OM JOB I UDLANDET?

Mere information om job i udlandet:
<http://www.dsr.dk/arbejdsvilkår>
<http://www.dsr.dk/udgivelser>

Om attestation af dansk autorisation som sygeplejerske:
<http://www.sundhedsstyrelsen.dk>



Down under. Spring ud i det, hvis du tør, lyder opfordringen fra to danske sygeplejersker, der rejste til Australien og fik job på et børnehospital.

►► DET SKAL DU HAVE FAT I, HVIS DU VIL TIL AUSTRALIEN

- Attestationer på gyldige autorisationer oversat til engelsk. Fås hos Sundhedsstyrelsen.
- Eksamenspapirer oversat til engelsk.
- En ren straffeattest oversat til engelsk.
- Dåbsattest oversat til engelsk.
- En kopi af pas stemplet af dansk myndighed.
- Referencer fra tidligere arbejdsgivere på engelsk. De australske arbejdsgivere vil gerne vide, hvilke præcise kompetencer man har.
- Engelskprøve godkendt af autorisationsmyndigheden i den delstat, hvor du skal arbejde.

HURTIGT OG LET TIL AUSTRALIEN

Timer på internettet, et par ture på posthuset og så lysten til at prøve noget nyt. Efter knap fire måneders forarbejde fik to danske sygeplejersker job på et hospital i Australien, men ikke uden ærgrelser og forsinkelser.

For *Trine Jørgensen* og *Claus Jensen* var det først, da de satte tid af til selv at finde en kommende arbejdsplads i Australien, at der kom skred i rejseplanerne.

På internettet fandt de frem til en håndfuld australske hospitaler, som de gerne ville arbejde på.

Specielt et børnehospital i Sydney. Sygeplejerskerne kontaktede hospitalet via mail og fik en positiv tilbagemelding.

Da de havde fundet det rigtige hospital, kom arbejdet med papirerne, som skulle være i orden før afrejsen, så der blev et par cykelture til den lokale politistation og et par telefonsamtaler med den tidligere sygeplejerskole, før de var klar. Desuden kræver de australske myndigheder al dokumentation oversat til engelsk. Det tog omkring to måneder at få fat i de nødvendige papirer i Danmark. Det var bl.a. eksamenspapirer, dåbsattest samt Sundhedsstyrelsens attestationer. Alle papirer var i øvrigt gratis.

En tur på skolebænken

Trine Jørgensen og Claus Jensen skulle også en tur tilbage på skolebænken, for det er et krav, at man har bestået en engelskprøve,

før man kan søge en australsk autorisation. Engelskprøven kan man til gengæld vente med at tage, til man er ankommet.

"Hjemme fra havde vi fået at vide, at vi kun kunne gå op til én engelskprøve. Men i Australien er der en række engelskprøver, så jeg gik op til én, som handlede om sundhedspleje og ikke havde et forretningsprog, som jeg ikke har brug for i det daglige. Prøven er billigere, det er hurtigere, og der er en større nytte i dens indhold," siger Trine Jørgensen.

Det koster omkring 1.200 kr. at tage engelskprøven i Australien, og den skal godkendes af autorisationsmyndigheden i den delstat, hvor du finder arbejde.

Der går fire-seks uger, fra ansøgningen er indsendt til sundhedsmyndighederne, til den australske autorisation ligger i sygeplejerskerens taske, og så er der grønt lys for at begynde at arbejde.

I Australien er man vant til arbejdskraft fra resten af verden. Omkring 4.500 sygeplejersker kommer hvert år til Australien, mens 3.500 sygeplejersker forlader landet, og der er fortsat behov for sundhedspersonale "down under."

Når man først er i arbejde, så hjælper arbejdsgiveren med opholdstilladelsen, hvis man ønsker at blive i landet.

"Vi kom ind på et working holiday-visum. Det gælder i tre måneder, og det kan alle søge én gang i livet. Da vi så havde fået

arbejde og ønskede at blive her i længere tid, så indstillede hospitalet os til et "sponsorship," dvs. et langtidvisum, der gælder i op til fire år," forklarer Claus Jensen.

Hospitalet betaler for, at sygeplejerskerne kan blive i landet, og der er også et årligt gebyr for at beholde autorisationen, som arbejdsgiveren også betaler.

Spring ud i det

Claus Jensen og Trine Jørgensens erfaring er, at alting går en smule hurtigere, når man står og trommer med fingrene i skrivebordet hos de lokale myndigheder. Når man er tættere på, så glider tingene lettere igennem, og det er lettere at få afklaret spørgsmål. Så derfor er Trine Jørgensen ikke i tvivl, når hun skal give sit råd videre.

"Spring ud i det, hvis du tør. Når man er sygeplejerske, kan man få job over hele verden, så mit råd er, at man bare skal tage af sted, også selvom man ikke har et job. Da vi kom til Australien, tog vi ind på hospitalet, og når man først står der, er der ikke langt til et job," siger Trine Jørgensen.

Hun understreger, at man skal være opmærksom på, at når man kommer som udlænding, træder man ikke altid direkte ind i drømmejobbet. Den udfordring kan man tage i opløbet ved at overveje, hvor kritisk man vil være over for jobbet indhold og indstille sig på at være fleksibel.

Man kan også vente udgifter for 15.000-20.000 kr., før man står i lufthavnen. Udgifterne dækker bl.a. flybillet og forsikring.

På grund af intern mediepolitik har børnehospitalet i Sydney frabedt sig, at hospitalet bliver nævnt ved dets fulde navn. Navnet er dog redaktionen bekendt.

►► **FIND UD AF MERE.** Søg australsk autorisation på internettet gennem denne oversigt over autorisationsmyndigheder i Australien:
<http://www.anmc.org.au/contacts/authorities.php>

Søg visum hos Den australske ambassade i Danmark:
<http://www.denmark.embassy.gov.au>

Trine Jørgensen er stødt på en anderledes arbejdskultur i Australien: "Forskellen fra Danmark er, at man laver noget hele tiden."



EN ANDERLEDES JOBKULTUR

Ny rolle. Med et job i udlandet møder sygeplejersker ofte en anden måde at gøre tingene på. For Trine Jørgensen bød opholdet i Australien på udfordringer inden for kommunikation, ansvar og arbejdsmoral.

Trine Jørgensen havde været på en privat rejse til Australien, og under opholdet i Sydney slog det hende, at hun en dag kunne tage til Australien og arbejde. Drømmen blev opfyldt, da hun i foråret tiltrådte på skadestuen på et børnehospital i Sydney.

I Danmark havde Trine Jørgensen fået godt et par års erfaring fra den semi-intensive børneafdeling på Rigshospitalet. Hun kunne bl.a. bruge sine pædagogiske erfaringer hjemmefra på det australske børnehospital, men hun blev også fagligt udfordret, da hun startede på hospitalets skadestue.

"Jeg har tidligere været på en afdeling, hvor jeg har vidst, hvad folk fejler. Her er det jo at finde ud af, hvad folk fejler, når

de siger, at de har ondt dér og dér. Der er et højt effektivitetsniveau, og det har været meget tilfredsstillende at være med til," siger Trine Jørgensen.

Ud over et par schweizere og et par briter er der kun australske sygeplejersker på hospitalet, og arbejds sproget har været engelsk. Det har været lærerigt for Trine Jørgensen, og hun har også mærket, at der er forskel på at begå sig på et fremmedsprog i fritiden og så bruge det i arbejdet.

"Nogle gange skal det bare gå stærkt, og så tænker kollegerne jo ikke på, at man er udlænding. Man arbejder fuldstændig på lige vilkår, og der bliver stillet de samme krav. Når det går stærkt, så bruger man meget krudt på at høre efter, for alle bruger forkortelser og den lokale slang," siger Trine Jørgensen.

Høj arbejdsmoral

Ud over den sproglige udfordring er Trine Jørgensen stødt på en anderledes arbejdskultur i Australien, hvor der ikke er plads til kaffepauser i det daglige arbejde.

"I Australien er der en høj faglighed og en høj arbejdsmoral. Forskellen fra Danmark er, at man laver noget hele tiden. Hvis der ikke er nogen patienter i butikken, og der ikke er så meget at lave, så laver man scenarier, hvor man træner nogle situationer. Jeg er virkelig blevet trænet i

genoplivning, og det er jo ligesom at være til eksamen," siger Trine Jørgensen, der til gengæld ikke bliver forstyrret, når hun har pause.

"Når man så har pause, så er det én time, og man kan forlade hospitalet. I Danmark er det nok mere udflydende mellem arbejde og pause, mens det er mere skemalagt her. Det var hårdt at vænne sig til i starten," forklarer Trine Jørgensen.

Det er ikke kun i den skarpe adskillelse mellem pause og arbejde, at Trine Jørgensen har bemærket forskellene i arbejdet. Den danske sygeplejerske har mærket australiernes arbejdskultur i fordelingen af ansvaret i dagligdagen. I Australien kører alt efter bogen, og sygeplejerskerne skal ikke tage sig nogen friheder selv af rutineopgaver, når patienterne bliver behandlet.

"Sygeplejersker har mindre ansvar i Australien. Her skal man spørge en læge, om man må give en Panodil. Alt bliver dobbelttjekket. Det har selvfølgelig givet en tryghed, men man kan godt føle sig lidt degraderet. Jeg har savnet mere ansvar, men de har en anden tradition, end vi er vant til derhjemme. Det giver bare en lidt anden arbejdsdeling," siger Trine Jørgensen.

Karrierefremmende. Opholdet i Australien har givet Claus Jensen masser af nye indtryk, men han har også haft fokus på, hvordan erfaringerne kan gavne karrieren.

MERE END EN OPLEVELSE

For den 26-årige sygeplejerske *Claus Jensen* kom muligheden for at tage til Australien på det rigtige tidspunkt. Allerede under studierne overvejede han at tage til udlandet, men først efter et par års arbejde herhjemme blev tankerne til virkelighed, da han i foråret rejste til Sydney. Det passede godt ind i hans planer.

”Allerede under uddannelsen tænkte jeg på at tage til udlandet på et eller andet tidspunkt, men jeg havde ikke specielt tænkt på Australien. Jeg var lige gået fra min kæreste efter et langt forhold, så der var alligevel nogle ting under forandring i mit liv. Da den her mulighed for at komme på et børnehospital i Sydney opstod, sprang jeg til. Det var god timing,” forklarer Claus Jensen.

Da han var færdig med studierne, fik han arbejde på Rigshospitalets semi-intensive børneafdeling. Det var bl.a. nogle af hans erfaringer fra jobbet i Danmark, der hjalp ham i gang i Australien.

”Jeg startede på den onkologiske afdeling. Til jobsamtalen fløj de helt op i loftet, da de hørte, at jeg havde arbejdet med knoglemarvstransplantation derhjemme. Jeg kendte forløbet og de komplikationer, der kunne opstå, og den erfaring kunne jeg bruge på afdelingen. Til gengæld var der andre ting, som jeg blev smidt ud i, hvor de troede, at jeg havde erfaring – men det havde jeg ikke,” siger Claus Jensen.

På grund af et turnusforløb for nyuddannede australske sygeplejersker er der stor udskiftning blandt personalet på den onkologiske afdeling på hospitalet i Sydney, og det betyder også, at Claus Jensen med to års erfaring blev betragtet som en erfaren sygeplejerske, og han fik hurtigt tildelt et ansvar på afdelingen.

Tænker på karrieren

Efter et par måneder på den onkologiske afdeling fik Claus Jensen muligheden for at skifte afdeling. Han greb chancen og skiftede til den intensive afdeling på hospitalet. På den måde kan erfaringerne fra det australske børnehospital også hjælpe ham videre i karrieren.

”Jeg havde gennem længere tid ønsket at få respiratorerfaring, og derfor søgte jeg over på intensivafdelingen. Jeg kunne lige så godt bruge opholdet til at kigge lidt på min karriere, og jeg vil gerne være anæstesisygeplejerske, så jeg har brug for respiratorerfaring.”

På den onkologiske afdeling var Claus blevet kastet ud i jobbet efter to-tre dages oplæring, men da han kom over på intensivafdelingen, brugte han en måned sammen med en erfaren sygeplejerske, inden han skulle klare sig selv.

”Det fungerer ikke helt som på danske hospitaler. Bl.a. tager sygeplejerskerne i Australien sig af overvågningsarbejdet, som i Danmark ville have været medicinstuderende. De har heller ikke en semi-in-

tensiv afdeling, så hvis patienterne bare er lidt for dårlige til skadestuen, så bliver de sendt herover. Omkring 60 pct. af patienterne ville også ende på en dansk intensivafdeling. Jeg har fået respiratorerfaring, og det har været spændende at arbejde én til én,” siger Claus Jensen.

På den intensive afdeling har Claus Jensens vagtskema bestået af 12 timers vagter tre dage om ugen, og det har også givet nogle fridage til at se sig omkring.

”Man kan godt mærke, at man var indstillet på at være her i længere tid. Jeg tror, der gik 14 dage, før jeg så *Jørn Utzons* operahus. Det var nok det første, man ville gøre, hvis man bare var turist,” siger Claus Jensen.

redaktionen@dsr.dk



Claus Jensen blev med to års erfaring som sygeplejerske betragtet som meget erfaren og fik hurtigt tildelt ansvar på en onkologisk afdeling.

Sygeplejersker for altid. Syv kvinder fra forskellige lande uden for Skandinavien og EU. Syv forskellige livshistorier, der dog alle involverer en uddannelse som sygeplejerske og et nyt liv i Danmark. En speciel kvalificeringsuddannelse har bragt kvinderne sammen og gjort drømmene om dansk autorisation og job som sygeplejersker til virkelighed.

Vi er som en udenlandsk



Syv kvinder, ét fag: fra venstre ses polske Zofia, der som EU-borger kom med på dispensation, thailandske Lakkana, japanske Hiromi, moldoviske Veronica, congolesiske Colette, kinesiske Yukun og filippinske Girlie.

De syv kvinder er kommet til Danmark som flygtninge, indvandrere, medfølgende ægtefælle og au pair-pige fra lande så forskellige som Japan, Congo, Thailand, Moldavien, Filippinerne, Kina og Polen.

Trods deres forskellige baggrunde har de dog alle en sygeplejerskeuddannelse med i bagagen. Og en anden fællesnævner for dem er, at de lige siden deres ankomst til Danmark alle har drømt om at få dansk autorisation til at arbejde som sygeplejer-

sker igen – drømme, der nu er blevet eller er ved at blive opfyldt ved hjælp af en særlig kvalificeringsuddannelse for sygeplejersker fra lande uden for Skandinavien og EU, som Sygeplejerskeuddannelsen i Hovedstadens Sygehusfællesskab (HS) står bag.

Sammen med seks andre kvinder udgør Colette Feza, Yukun Qin, Girlie Escandor, Lakkana Isan Sørensen, Hiromi Hansen, Zofia Malinowska og Veronica Sajin det

første hold kursister på kvalificeringsuddannelsen. *Sygeplejersken* har sat dem stævne i et mødelokale i Dansk Sygeplejeråds hus på Sankt Annæ Plads en torsdag eftermiddag, godt et år efter de begyndte på kvalificeringsuddannelsen i september 2005.

Det der sprog

Talen går lystigt blandt kvinderne på mere eller mindre fejlfrit dansk. De kender ty-

kernefamilie

deligvis hinanden godt, både fagligt og personligt, og netop fællesskabet er ifølge kursisterne en af hovedårsagerne til, at mange af dem på blot godt og vel et år har fået både dansk autorisation og job. For som japanskfødte Hiromi Hansen bl.a. siger:

”Under de praktiske forløb har vi været ude blandt danskere og danske kolleger, men to gange om ugen har vi også mødt hinanden på skolen i forbindelse med bl.a. sprogundervisning, og det har været rigtig godt. Her har vi kunnet få luft for de frustrationer, problemer og misforståelser, vi er stødt på, især fordi vi ikke er danskere.”

Hun blev færdig på forløb 2 i juli måned og arbejder nu som sygeplejerske på Reumatologisk afdeling på Frederiksberg Hospital. Og Hiromi Hansen ved om nogen, hvad hun taler om, da hun også har taget en dansk uddannelse som social- og sundhedsassistent:

”Det var kun mig og en anden kursist, der havde anden etnisk baggrund end dansk. Der var meget gruppearbejde, og det var svært at deltage ordentligt i, fordi vi ikke kunne sproget så godt.”

Frivilligt arbejde

Japanerens problemer med det danske sprog kan samtlige nikke genkendende til. Og selvom de alle skulle mestre dansk på et niveau svarende til danskprøve 3 for at blive optaget på kvalificeringsuddannelsen, udgør det danske sprog dagligt en kilde til frustration.

”Det er det sprog, vi taler med hinanden på, og det er vores arbejdssprog nu. Men hver dag er der nye ord og vendinger, vi skal forholde os til. Ikke så meget fagligt, for her kan vi jo bare bruge de latinske udtryk, men første gang en patient

bad om postevand, vidste jeg ikke, hvad han egentlig mente,” siger Veronica Sajin.

Hun er fra Moldavien, men har boet i Frankrig i en årrække, før hun kom til Danmark i 2001, da hendes mand fik arbejde i it-branchen.

”Jeg var meget alene i begyndelsen, og da min mand skulle på sin første forretningsrejse, begyndte jeg at søge arbejde. Jeg kom lidt tilfældigt i kontakt med et plejehjem og spurgte, om de ikke kunne bruge en frivillig som mig. Jeg kunne ikke sproget, men jeg kunne jo godt finde ud af at vaske patienterne og klæde dem på,” fortæller hun.

Faglighed på plads

Veronica Sajins henvendelse resulterede faktisk i, at hun et stykke tid arbejdede



Hiromi Hansen har også en dansk uddannelse som social- og sundhedsassistent og arbejder nu som sygeplejerske på Geriatrisk afdeling på Frederiksberg Hospital.

som frivillig på plejehjemmet, hvilket igen resulterede i et job som social- og sundhedshjælper. Og frivilligt arbejde har fire af de andre kursister også haft i form af ulønnede ansættelser på både plejehjem og hospitaler. Sideløbende har mange af kvinderne gået på sprogskole. Enkelte har også forsøgt at opgradere de-



Colette Feza og Lakkana Isan Sørensen har hhv. 15 og 17 års erfaring som sygeplejersker i deres hjemlande. Lakkana er nu ansat på Hæmodialyse afdelingen på Frederiksberg Hospital.

res udenlandske uddannelser på en af landets sygeplejerskoler for at opnå dansk autorisation, men altså forgæves, indtil de gennem bl.a. annoncer i avisen, deres sagsbehandler i kommunen eller sprog-lærer hørte om den særlige kvalificeringsuddannelse for sygeplejersker fra 3.-lande.

For som sagt har de alle haft lyst til at arbejde med deres fag i Danmark, og de har som sådan også følt sig fagligt klædt på.

”Sprogligt lærer man bedst, når man er ude blandt danskerne på job. Især ældre patienter er gode, de er tålmodige og taler tit meget tydeligt og langsomt. Men netop fordi vi er anderledes og måske ikke kan dansk så godt, tror mange af vores kolleger, og også patienter, at vi ikke kan det samme som danske sygeplejersker. Men når vi viser, at det kan vi, får vi stille og roligt lov til mere,” siger Colette Feza, der kom til Danmark som flygtning fra Congo i 2002.

Kulturelt til kort

Der, hvor alle kursister føler, de virkelig kommer til kort som udenlandske syge- ▶



Girlie Escandor og Yukun Qin har begge boet i Danmark i over syv år, men kan først nu se frem til at arbejde som sygeplejersker.

- plejersker, er kulturelt, både i omgangen med patienter og kolleger:

”Danske sygeplejersker er meget professionelle, dygtige og kompetente, men nogle gange mangler de forståelse for den måde, vi arbejder på, f.eks. da jeg arbejdede over for at kunne skrive en journal ordentligt færdig,” fortæller Lakkana Isan Sørensen, der kom til Danmark fra Thailand for tre år siden og afsluttede forløb 1 i juni og nu arbejder som sygeplejerske på Dialyseafdelingen på Frederiksberg Hospital.

I den forbindelse har kvalificeringsuddannelsen været en stor gevinst, fortæller kursisterne samstemmende. De har kunnet diskutere alle mulige problemstillinger, også kulturforskellene, med hinanden, men også med deres undervisere og mentorer, som kursisterne alle har brugt flittigt.

”Jeg ringer tit til min mentor, måske for meget, men jeg var f.eks. meget nervøs, før jeg skulle begynde i praktik, og her var min mentor en stor hjælp,” siger filippinske Girlie Escandor, der har boet i Danmark i syv år.

Foruden fag som farmakologi har kursisterne også berørt emner som sociologi, pædagogik, kommunikation og dansk sygepleje og fået et godt indblik i, hvordan det danske sundhedsvæsen fungerer i teori og praksis.

”På den måde finder vi stille og roligt ud



Colette Feza (tv) kom til Danmark som flygtning i 2002 og er i øjeblikket i praktik i hjemmeplejen på Nørrebro. Efter endnu et praktikforløb på Rigshospitalet burde autorisationen være i hus i begyndelsen af næste år.

af, hvordan vi skal begå os som sygeplejersker og kolleger. Det sociale aspekt er MEGET vigtigt her i Danmark, både i forhold til ens kolleger, men også patienterne. Vores mening som sygeplejersker betyder ikke lige så meget i Japan, som den gør her i Danmark. Der bliver lyttet meget mere til os, og det er en stor udfordring. Jeg skal bruge mange flere af mine kompetencer,” siger Hiromi Hansen.

En udenlandsk kernefamilie

Ikke alle kursister føler sig overbevist om, at de havde fået dansk autorisation, hvis de skulle have gået den traditionelle vej og selv opsøgt uddannelsessteder og fået prøvansættelserne på plads. De er i hvert fald alle enige om, at kvalificeringsuddan-



Veronica Sajin (th) har 16 års erfaring som sygeplejerske i Moldavien. Hun kom til Danmark i 2001 og har endelig fået gang i sin karriere igen som sygeplejerske på Frederiksberg Hospital.

nelsen med *Ulla Gars Jensen* og *Jutta Fogh* i spidsen har fremskyndet processen og dermed fået deres drømme til at gå i opfyldelse flere år tidligere. Og selvom de ikke længere har timer sammen, er de syv udenlandske sygeplejersker på ægte dansk manér blevet en del af et netværk, de kan trække på fagligt og personligt de næste mange år.

”Vi er som en kernefamilie. Vi kan tale med hinanden om alt, og vi holder kontakten. Vi ringer ofte til hinanden, og vi sender også tit mails. Og vi skal også snart mødes alle sammen igen,” siger Colette Feza, mens de andre smiler og nikker bekræftende.

cso@dsr.dk



Polen trådte ind i EU i 2004, men da Zofia Malinowska kom til Danmark allerede i 2000, fik hun lov til at deltage på uddannelsen alligevel og er nu ansat på Rigshospitalet.

►► KVALIFICERINGSUDDANNELSEN KORT:

Uddannelsen består af to forløb. Forløb 1 varer ca. 10 måneder og er for sygeplejersker, som Sundhedsstyrelsen har vurderet egnede til at kunne gennemgå et prøveansættelsesforløb for at opnå dansk autorisation. Forløb 2 varer ca. 14 måneder og er målrettet de sygeplejersker, som Sundhedsstyrelsen har vurderet skal gennemgå et supplerende uddannelsesforløb og i prøveansættelse. På begge forløb modtager kursisterne målrettet sprogundervisning i dansk, som foregår i samarbejde med Hellerup Sprogcenter, ligesom alle kursister har en personlig mentor.

Læs mere om kvalificeringsuddannelsen på www.sygpludd.cvuoesund.dk

Sygeplejerskeuddannelse i verdensklasse

Alverdens sygepleje. Sygeplejerskeuddannelsen i Hovedstadens Sygehusfællesskab har succes med en særlig kvalificeringsuddannelse for sygeplejersker fra 3.-lande, der ønsker dansk autorisation.

I 2005 søgte 57 sygeplejersker fra såkaldte 3.-lande, dvs. lande uden for Skandinavien og EU, om autorisation til at arbejde som sygeplejersker i Danmark. Kun fem fik godkendt deres uddannelse, mens resten fik afslag med besked om at skulle supplere deres uddannelse fagligt, gennem prøveansættelse eller starte helt forfra.

”Selv når Sundhedsstyrelsen vurderer, at uddannelsen som sådan er god nok, men skal suppleres med en prøveansættelse, har de udenlandske sygeplejersker problemer med at komme videre. Det er svært for dem at få en prøveansættelse, da de jo ofte fra dag ét skal kunne indgå i normeringen på grund af afdelingernes trængte økonomi. Og skal de have suppleret deres uddannelse med fag fra grunduddannelsen, oplever vi også, at flere af dem falder fra,” fortæller *Ulla Gars Jensen*, cand.scient.soc. og sygeplejelærer på sygeplejerskeuddannelsen i Hovedstadens Sygehusfællesskab (HS).

Skræddersyet til udlændinge

Derfor har Ulla Gars Jensen sammen med studieleder *Jutta Fogh* taget initiativ til at etablere en decideret kvalificeringsuddannelse for sygeplejersker fra 3.-lande. Første hold bestående af 13 kursister begyndte i september 2005, og godt et år efter har ni fået dansk autorisation og job, mens de resterende fire forventes færdige i løbet af foråret 2007.

Og Ulla Gars Jensen er overbevist om, at

den høje gennemførelsesprocent netop skyldes, at uddannelsens opbygning er skræddersyet til de udenlandske sygeplejerskers behov.

”Bare det, at vi samler dem på ét hold, er helt unikt og vigtigt for kursisterne. Første hold består tilfældigvis kun af piger, og de har støttet hinanden enormt meget. Havde de ikke haft hinanden, ville mange af dem være hoppet fra, hvilket nogle af dem allerede har gjort tidligere,” siger Ulla Gars Jensen.

Sprog og mentor

Kvalificeringsuddannelsen består af to forskellige forløb (se boks) og har desuden to andre vigtige elementer, nemlig løbende sprogundervisning og en mentorordning. Uanset hvilket forløb kursisterne følger, modtager de et målrettet kursus i dansk sprog med fokus på fagdansk, dvs. både almindelig tale, men også med sygeplejefaglig og medicinsk fagterminologi. Og ved uddannelsens start bliver hver kursist matchet med en mentor, som er uddannet sygeplejerske med dansk autorisation.

”Mentorordningen fungerer efter frivillighedens princip, og vi har ikke haft problemer med at finde mentorer. Mentorerne fungerer ikke som faglige autoriteter, hvilket er vigtigt, da mange af kursisterne er meget autoritetstro. Mentorerne er derimod ligeværdige samtalepartnere, som skal være med til at bygge bro og inspirere i alle mulige sammenhænge, både fagligt,

sprogligt, socialt, kulturelt osv.,” siger Ulla Gars Jensen.


Kvalificeringsuddannelsen er et pilotprojekt etableret med støtte fra bl.a. Integrations- og Undervisningsministeriet, men også fra hospitalerne i HS, da kursisterne lønnes fra centralt hold i ansættelsestiden.

”På den måde ”belastes” den enkelte afdelings budget ikke, og den kan derved have kursisten ansat ved siden af den daglige normering. Det er også vigtigt, da det alt andet lige er mere krævende, når sygeplejersker med anden etnisk baggrund end dansk skal lære at begå sig i det danske sundhedsvæsen,” siger Ulla Gars Jensen.

I september 2006 begyndte hold 2 på kvalificeringsuddannelsen, denne gang med ni kursister fra Australien, Japan, Thailand, Filippinerne, Iran, Bosnien, Palæstina og Rumænien. Projektet løber frem til 2007, hvorefter det vil blive evalueret. Om det derefter gøres permanent, er uvist, men der er ingen tvivl om, at både initiativtagere, kursister og også Sundhedsstyrelsen er begejstrede for uddannelsesforløbet.

”Det er et rigtig godt undervisningsforløb for sygeplejersker uddannet i udlandet, som har brug for mere teori eller praktik for at få bragt deres uddannelse på niveau med den danske,” siger *Randi Gjerding*, sygeplejefaglig konsulent i Sundhedsstyrelsens enhed for uddannelse og autorisation.

cso@dsr.dk



Naveed Baig er Danmarks første hospitalsimam og koordinator for Etnisk Ressourceteam. Her ses han i det nyindrettede bederum på Rigshospitalet.

Omsorg. En af de store udfordringer i sundhedsvæsenet er hospitalets møde med patienter fra andre kulturer. Det mener Naveed Baig, der er Danmarks første hospitalsimam og koordinator for den frivillige omsorgstjeneste, Etnisk Ressourceteam. Teamet hjælper kriseramte patienter med anden etnisk baggrund og rådgiver personalet.

IMAMEN RYKKER UD PÅ HOSPITALSGANGEN

Det var midnat, og de 10 pårørende ankom til afdelingen direkte fra Kastrup Lufthavn for at besøge deres alvorligt syge slægtning. Sygeplejerskerne var i vildrede, og de henvendte sig efter episoden til den frivillige omsorgstjeneste, Etnisk Ressourceteam.

Her fik de medhold i, at det var helt i orden at give de ængstelige besøgende en venlig og bestemt henstilling om at dukke op i besøgstiden den næste dag.

Den 30-årige *Naveed Baig* fortæller historien. Han er koordinator for Etnisk Ressourceteam, der blev oprettet sidste år. Teamet består i dag af 21 frivillige med en bred religiøs og kulturel baggrund. Den frivillige omsorgstjeneste arbejder foreløbig på Rigshospitalet og Herlev Amtssygehus, og ideen er, at personalet kan ringe op og inden for ca. en time få stillet en støtteperson til rådighed for en etnisk patient eller pårørende i krise. Samtidig tilbyder teamet rådgivning og undervisning af sygeplejersker og andre personalegrupper.

Naveed Baig er også Danmarks første hospitalsimam. Interviewet foregår med udsigt til Rigshospitalets nyindrettede bederum med gråt væg til væg-tæppe. Naveed Baig har trimmet fuldskæg og er iført lyst jakkesæt og rød skjorte. Han smiler meget.

På en reol foran bederummet ligger en gæstebog med inskriptioner som "Tak, Danmark, fordi vi får lov at udøve vores tro."

Naveed Baig er født i Glostrup og vokse op i et ikke særligt religiøst hjem.

Som ung gymnasiast ledte han efter "meningen med det hele," og efter studentereksamen tog han fem år til Pakistan for at studere islam på Det Islamiske Universitet i Islamabad.

I dag betegner Naveed Baig sig selv som dialogorienteret muslim. Han ser det som en opgave at bygge bro mellem kulturer. Der bor 200.000 muslimer i Danmark, og en af de store udfordringer for sundhedsvæsenet er, at stadigt flere ældre indvandrere vil få brug for behandling de kommende år.

Naveed Baig mener, at der er brug for omsorgstjenesten. For familiesammenhold er bestemt ikke nogen selvfølge blandt etniske minoriteter. Den individualisering og familieopløsning, der præger det danske samfund, sætter også sine spor blandt indvandrerfamilier.

Samtidig fremhæver Naveed Baig, at Etnisk Ressourceteam kan støtte og undervise sundhedspersonale, så det bliver lettere at håndtere de problemer, som opstår i forbindelse med behandlingen af patienter fra andre kulturer.

Besøg er en social pligt

Et af de spørgsmål, der fylder meget i teamets arbejde, er besøgstider. Mange patienter med anden etnisk baggrund end dansk kommer fra lande, hvor hospitalerne ikke har faste besøgstider, og hvor der er tradition for, at selv fjerne slægtninge aflægger patienten visit.

"Ifølge islam er det faktisk en social forpligtelse at besøge den syge, bl.a. fordi det ►

”Mange indvandrerfamilier har et andet forhold til sygdom og død end danskere. Både familien og omgangskredsen står meget centralt.”

Naveed Baig, hospitalsimam.

► kan være med til at udrense de personlige ugeringer. Ofte vender de pårørende tilbage til den syge og besøger ham adskillige gange,” forklarer Naveed Baig og fortsætter:

”Mange indvandrerfamilier har et andet forhold til sygdom og død end danskere. Både familien og omgangskredsen står meget centralt. Det ser vi f.eks. ved dødsfald, hvor jeg har oplevet, at der nogle gange kan opstå højroastede situationer på afdelingen. Derfor kan der være brug for en mægler, som kan komme ind og få lagt en dæmper på situationen.”

Passive patienter

Når Naveed Baig underviser hospitalspersonale, tager han altid udgangspunkt i

konkrete eksempler fra det virkelige liv. En af hans cases handler om en sygeplejerske, som klager over, at en ældre dame med etnisk minoritetsbaggrund sidder passivt på sengen hele dagen. Personalet vurderer, at kvinden er rask nok til at bevæge sig rundt, men alligevel vil hun have maden serveret.

Det er en problematik, som bl.a. hænger sammen med, at mange indvandrere kommer fra samfund med en sygdomsopfattelse, der går ud på, at patienten skal holde sig i ro for at komme sig.

”Det er vigtigt, at den slags konflikter håndteres i dialog. Personalet skal tale bestemt og respektfuldt til kvinden – og undgå at skælde ud og være moralsk fordommende. I mange tilfælde kan det hjæl-

pe, hvis afdelingen tilkalder en sygeplejerske, som er vant til at tale med patienter med en anden kulturel baggrund,” siger Naveed Baig. Han understreger, at det i hver enkelt samtale gælder om at finde den rette balance mellem at stille krav og vise respekt over for patienten.

En anden af teamets cases handler om en sygeplejerske, som passer en meget syg kræftpatient.

Sygeplejersken oplever det som stærkt generende, at de pårørende altid dukker op på stuen for at overvære, at patienten bliver madet. Familien kommer fra et samfund, hvor de pårørende ser det som en kollektiv opgave at deltage i pasningen og plejen af patienten. I den forbindelse er netop spisesituationen meget central.

ETNISKE PATIENTER ER VIDT FORSKELLIGE

Social ulighed. Når der opstår konflikter, skyldes det som regel patienternes dårlige sociale situation og ikke deres kulturelle og religiøse baggrund. Derfor er det vigtigt, at sygeplejersker møder etniske patienter med en åben og undersøgende holdning, lyder det fra sygeplejerske Asma Bashir, der er frivillig i Etnisk Ressourceteam.

Den to måneder gamle baby var indlagt med en kompliceret og livstruende sygdom. Forældrene var lavt uddannede og talte ikke særlig godt dansk.

De var meget frustrerede og syntes, de havde en meget dårlig kontakt med sygeplejerskerne. De følte i det hele taget, at personalet tog afstand fra dem og mødte dem med fordomme.

Den lille baby var indlagt på den afdeling, hvor sygeplejerske *Asma Bashir* ar-

bejder. Hun talte med parret og skaffede kontakt til to andre ressourcepersoner fra Etnisk Ressourceteam.

”Det var forældrene meget glade for. De var lettede over at kunne fortælle, hvilke tanker de havde gjort sig, og høre mere om, hvilken behandling deres barn fik. Det endte faktisk med, at parret følte sig meget bedre tilpas på afdelingen,” fortæller Asma Bashir.

Den 30-årige sygeplejerske og lægestu-

►► RÅD TIL SYGEPLEJERSKEN

- Når du møder en patient med anden etnisk baggrund, så gør præcis, som når du møder en dansk patient. Vær undersøgende og tag udgangspunkt i patientens situation. Etnisk tilhørsforhold må aldrig afgøre, hvordan man bliver behandlet som patient.
- I nogle tilfælde kan anderledes sprog og kultur være en barriere. Men de sociale forhold spiller også ind. Mange patienter med anden etnisk baggrund kommer fra vanskelige sociale kår, og de har øget sygelighed og mindre overskud til at være patienter på et hospital end ressourcestærke danskere.
- Patienter med anden etnisk baggrund er ikke en homogen gruppe. Danske patienter kan også være besværlige, men her er der en tendens til, at personalet fokuserer mere på de sociale forklaringer.

Kilde: Etnisk Ressourceteam.

”Men det er klart, at den pågældende sygeplejerske må sige fra, hvis det generer, at pårørende skal overvære spisesituationen. Som personale er det vigtigt at takle den slags konflikter ærligt, oprigtigt og direkte. Allerede i forbindelse med indlæggelsen skal patienter og pårørende have klar besked om, hvordan reglerne er,” mener Naveed Baig.

I sine samtaler med patienter gør Naveed Baig meget ud af, at kravet om respekt går begge veje. Patienten skal også udvise respekt for personalet og den danske hospitalskultur.

Etiske problemer

Naveed Baig oplever også, at patienter med muslimsk baggrund konfronteres

med etiske aspekter i behandlingen, som de søger svar på. F.eks. fik han på et tidspunkt en henvendelse fra en ung kræftpatient, som ville høre, om det var i orden, at han fik nedfrosset en portion sæd.

”Det er der ikke noget i vejen for ifølge islam – blot der ikke er tale om sæddonation,” forklarer Naveed Baig. Han blev på et tidspunkt også kontaktet af en afdeling, som ville vide, om det var rigtigt, at en patient ikke kunne modtage medicin i dagtimerne under ramadanen.

”Men det er faktisk helt i orden, for i islam prioriteres religiøse pligter anderledes under sygdom. For eksempel kan fasten godt udskydes, til patienten er blevet rask,” fortæller Naveed Baig.

Som muslim går Naveed Baig i det hele

taget ind for en religion, der er fleksibel i mødet med det omgivende samfund uden at gå på kompromis med den religiøse levemåde.

”Der er utallige forskrifter i Koranen, som man ikke ville kunne udføre i Vesten i dag på grund af omstændighederne. F.eks. kan det ikke lade sig gøre at bede fem gange om dagen, hvis man skal passe et sygt menneske, ligesom sygeplejerskerne heller ikke kan insistere på at gå med kjortel og lange ærmer, hvis klædedragten kolliderer med hensynet til hygiejnen. På samme måde må patienterne med anden etnisk baggrund også gøre deres for at tilpasse sig reglerne på hospitalet.”

bs@dsr.dk



Asma Bashir har været sygeplejerske i fem år. Hun understreger, at indvandrerpatienters konflikter med personalet næsten altid bunder i sociale forhold og ikke i religion og kultur.

derende Asma Bashir har været frivillig i Etnisk Ressourceteam siden 2005. Asma Bashir, der er dansker med pakistanske rødder, arbejder på Rigshospitalets semipædiatriske afdeling, og i de fem år, hun har arbejdet som sygeplejerske, er hun stødt på flere situationer, hvor kommunikationen mellem indvandrerpatienter og personale er gået i hårdknude.

Asma Bashir understreger, at den slags konflikter næsten altid bunder i patientens

socialt situation og ikke i deres religion og kultur.

”Nogle gange oplever jeg, at sygeplejersker ser kulturen før patienten. Det er vigtigt ikke at være fordomsfuld, men i stedet at se etniske minoritetsfamilier som de mennesker, de er. Patienter med anden etnisk baggrund end dansk er lige så forskellige som alle andre. Hvis en indvandrer ikke vasker hænder, så vil det som regel hænge sammen med patientens sociale status og

►► **ETNISK RESSOURCETEAM.** Etnisk ressourceperson består af 21 frivillige i forskellige aldre og med forskellig etnisk og religiøs baggrund. De er blevet udvalgt til at indgå i teamet efter modenhed og evne til samtale med andre mennesker. Omsorgsteamet hører under Islamisk-Kristent Studieceter (IKS). En ressourceperson er en samtalepartner, der har gennemført kurser i krisepsykologi og sjælesorg samt praktiske øvelser i samtale med mennesker i en krisesituation. En ressourceperson har tid og vilje til at lytte og være til stede. En ressourceperson er forpligtet til ikke at videregive samtalerens indhold til andre.

Læs mere på www.ikstudieceter.dk

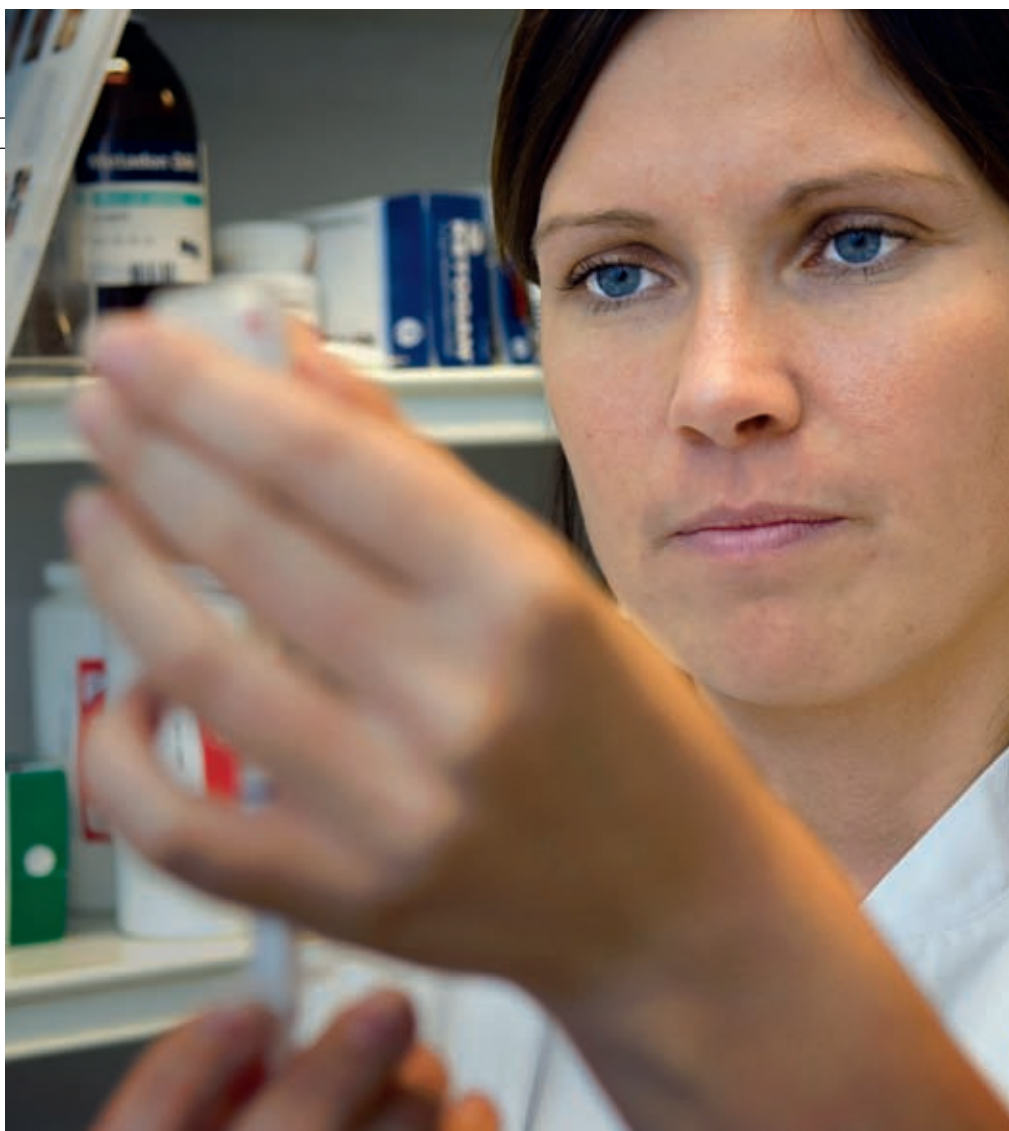
uddannelsesniveau – ikke med kulturen. I mange tilfælde bunder konflikterne med sundhedsvæsenet måske i, at familierne lever meget isoleret i det danske samfund, er socialt marginaliserede og ikke taler sproget,” siger Asma Bashir.

Hun opfordrer sine kolleger til at bruge nysgerrighed og empati i mødet med patienter fra andre kulturer.

bs@dsr.dk

Selvom der i dag står "modtage-sygeplejerske" på Trine Brobergs vagtplan, hjælper hun naturligvis kollegerne, hvis hun har tid – her med medicindosering.

For at ruste sygeplejerskerne fagligt har AVA afholdt interne kurser i de fire specialer. Derudover er der bevidst rekrutteret sygeplejersker med erfaring i de fire specialer og også sygeplejersker med kendskab til flere specialer.



Hjemme i fire specialer

Fire i ét. Som det eneste i landet modtager Akut Visitationsafsnit på Vejle Sygehus patienter inden for hele fire specialer. Det stiller store faglige krav til sygeplejerskerne, som dog trives godt med det.

I tider med stadigt større specialisering går sygeplejerske *Trine Broberg* og hendes kolleger mod strømmen. Med virkning fra januar i år har Vejle Sygehus som det første i landet valgt at samle fire almindelige specialer på ét akut visitationsafsnit (AVA), og sygeplejerskerne kan derfor møde både medicinske, neurologiske, ortopæd- og organkirurgiske patienter på én vagt.

"Ikke to dage er ens. Vi ser alt og får godt indblik i de forskellige specialer. Vi bliver gode til at observere og får en bred, faglig viden," siger Trine Broberg.

AVA er som udgangspunkt sat i verden for at skabe stordriftsfordele (24 sengepladser) og hurtig ekspedition samt et lærerigt miljø for turnuslæger, der hurtigt kan få indblik i de fire specialer. Men det samme gælder sygeplejerskerne. Den onsdag, hvor *Sygeplejersken* er på besøg, fungerer Trine Broberg som en af dagens to modtagesygeplejersker. Men hun kunne lige så godt have stået for pleje eller udskrivning af patienterne, og alle hjælper naturligvis hinanden, såfremt der er tid.

"Jobbet er alsidigt og stiller store krav til vores faglige kunnen. En blodprøve er

f.eks. relevant for én patientgruppe, men ikke en anden. Vi bliver ikke specialister, men der er en stor tilfredsstillelse i at vide en del om meget."

Trine Broberg møder dagens patienter på en af AVAs tre modtagestuer.

"Vi afdækker patientens ressourcer gennem en grundig indlæggelsessamtale. Her måler vi også alle værdier, tager blodprøver, lægger venflon og ernæringscreen patienten. Det er med til at lette presset for lægerne og de andre afdelinger."

Hvad mener patienterne?

"Der kan ligge patienter fra forskellige

Af Christina Sommer, journalist • Foto: Thomas Søndergaard

Patienterne kan ligge på AVA i op til 48 timer, før de sendes videre i behandlingssystemet eller direkte hjem. Her har Trine Broberg en ledig stund med patient og tidligere sygeplejerske Irene Kristensen på 81, der venter på at blive hentet af sin datter.

Sammen med sygeplejerske Camilla Sørensen flytter Trine Broberg en medicinsk patient fra modtagestuen til en af sengestuerne.



Selvom Vejle Sygehus og dermed også AVA opererer med elektroniske patientjournaler, får personalet overblik over dagens patientflow med magneter og sedler på en tavle.

AVA har en medicinsk afdelingslæge fast tilknyttet, mens alle de øvrige patienter tilses af læger fra de respektive specialer.

Trine Broberg får stor rutine i at møde nye patienter – noget, hun dog lægger stor vægt på aldrig bliver rutine, da AVA måske er patientens første møde med sundhedsvæsenet.

specialer på samme stue, og nogle bliver forvirret, hvis lægen kommer og kigger på en patient, men ikke den anden. Andre har f.eks. svært ved at forstå, at modtage-sygeplejersken ikke skal pleje dem, og personligt synes jeg, det kan være svært at give en patient videre. Men jeg tror, patienterne generelt fornemmer, at der sker noget. Og det gør der,” siger Trine Broberg og refererer bl.a. til, at da hun mødte ind i dag, var alle ”hendes” patienter fra i går væk.

Er der ingen ulemper ved AVA?

”I begyndelsen famlede vi en del, mange

af os havde f.eks. aldrig haft organkirurgiske patienter. Vi trak meget på enkelte sygeplejersker og lærte alle utroligt meget. Selvom vi får en bred viden inden for specialerne, begrænses det dog af, at patienterne højst ligger her i to døgn.”

Din bedste oplevelse med en patient i denne uge?

”Det går ofte så stærkt, og jeg kan ikke nævne en konkret situation. Men det gør virkelig indtryk, når det, jeg gør, resulterer i en synlig og god forskel for patienten, f.eks. smertelindring.”

cso@dsr.dk



►► **KORRUPT, FORSØMT OG INEFFEKTIVT.** Trods rivende økonomisk vækst er Kinas sundhedsvæsen korrump, forsømt og ineffektivt. Samtidig er betalingssystemet nådesløst: Ingen penge, ingen behandling. Og blot mellem 10 og 30 pct. af befolkningen har en forsikring. SARS-epidemien i 2003 har dog åbnet myndighedernes øjne for, at sektoren må og skal moderniseres.

Trængsel. Stuer, trappeafsats og gange er proppet med patienter og pårørende. Patienterne skælder ud, og luften er så uhumsk, at personalet går med masker. Akutafdelingen på Chaoyang Hospital er formentlig den bedste i Beijing, mener sygeplejerske Hai Xia, der brændende ønsker sig flere kolleger.



Sygeplejersker under

Det er en ganske almindelig lørdag aften i april på Chaoyang Hospital i Beijing. Ikke nogen specielt travl dag, som sygeplejerske Hai Xia henkastet bemærker.

Alligevel hober patienterne sig op på akutafdelingen her på første sal.

Luften er tung af de mange mennesker, indlagte og pårørende. Det er derfor, at både læger og sygeplejersker går med maske på som en fast del af uniformen.

”Indeklimaet er virkelig dårligt. Luften er bare så uhumsk. Patienterne i vinduessiden åbner ikke vinduerne, så her

bliver aldrig luftet ud,” forklarer Hai Xia.

Chaoyang Hospital har ikke noget ventilationssystem – heller ikke på den forholdsvis nybyggede afdeling, hvor Hai Xia arbejder. Den smalle og aflange sengeafdeling er delt op i to, afskåret af en trappeafsats. Sengene er adskilt i ”enkeltstuer” afskærmet med gardiner, omkring fire kvadratmeter til hver. Der er lavet plads til 32 senge i den ene afdeling og 12 i den anden. Sengene er placeret langs væggen og vinduerne, så der

Tekst og foto: Gert Holmgard Nielsen, journalist



Det 50 år gamle Chaoyang Hospitalet i Beijing har omkring 1.500 senge.

På Chaoyang Hospitalets akutafdeling er der fire sygeplejersker til 67 patienter. En af de fortravlede sygeplejersker er Hai Xia (th.), der ligesom sin kolleger konstant bruger maske på grund af den uhumste luft.

ikke så meget. Derfor er det økonomisk hårdt for de fleste kinesere at skulle have lægebehandling.

”Men det er jo et samfundsskabt problem og hverken hospitalernes, sygeplejerskernes eller lægernes skyld. Men vi er sidste led i behandlingssystemet, så sygeplejerskerne må tage hele skraldet. Så det kan være virkelig hårdt at være sygeplejerske. Nogle gange er man lige ved at græde. For patienterne skælder ud, og nogle kan være virkelig grove i munden. Og man må bare tage imod det hele, for ”patienten har altid ret.” Vi må ikke sige dem imod. Vi skal behandle dem så godt, som vi kan. Og det gør bare det hele endnu vanskeligere,” siger Hai Xia.

Den kinesiske sygeplejerske er 36 år. Hun forlod sygeplejerskolen i 1989 og har været på Chaoyang Hospital siden. Hun tilhører den nye kinesiske middelklasse og tjener vel i omegnen af 2.100 kr. om måneden.

Det er ikke til at sige helt præcist, for den slags personlige oplysninger giver kineserne som regel nødtigt fra sig. Det gælder også Hai Xia. Men når det handler om hendes arbejde og hendes arbejdsplads, så skjuler hun ikke noget. Der er masser af problemer at pege på.

”Arbejdet bliver hårdere og hårdere, og der er ikke sket nogen særlige forbedringer af vores arbejdsmiljø. I løbet af de seneste 6-7 år – siden den her bygning blev opført – er antallet af patienter vokset støt. Du kan jo se, hvor mange patienter ►

pres i Beijing

dannes en smal gang midt i det dunkle lokale.

Klokken er lidt over 18, og Hai Xia er lige begyndt på en 14-timers-vagt. Uden for medicinstuen er alle 44 sengestuer optaget.

I midtergangen i den lille afdeling står en række bænke til de pårørende, men de fleste er optaget af liggende patienter, der får drop. 17 patienter ligger her uden for stuerne – de fleste direkte på de umagelige bænke og uden sengetøj. Enkelte uden for stuerne har fået en seng, som sygeplejerskerne har fundet plads til for enden af

bænkene eller i et lille hjørne. Derudover sidder fire patienter på en bæk på den brede trappeafsats. Her har sygeplejerskerne også været i stand til at klemme yderligere to senge ind.

Patienterne skælder ud

Antallet af patienter er steget markant de seneste år, forklarer Hai Xia. Og patienterne er ikke blot blevet flere – de er også blevet mere krævende. De vil have første-klasses behandling, og de er meget kritiske, for medicinen er dyr, og folk tjener



Hai Xia og hendes kolleger har taget maskerne af for fotografens skyld.

► her er. Og det er helt almindeligt, at der er så mange,” siger hun.

Pårørende hjælper med plejen

Den dårlige luft på afdelingen skyldes ikke udelukkende overbelægningen. Ud over de alt for mange patienter er der som regel en eller to pårørende eller venner, som konstant sidder hos den syge og hjælper med plejen. Det er ganske normalt på kinesiske sygehuse, for sygeplejerskerne kan ikke tage sig af det hele.

Og på Hai Xias afdeling er der også nok at tage sig af. Her kan man finde alle typer af patienter, både medicinske og kirurgiske. Tag f.eks. *hr. Zhao*. Han er bygningsarbejder fra Tianjin, har rundet de 60 år og er lige blevet ramt af en hjerneblødning, der har gjort ham lam i venstre side af kroppen. Hans seng er klemt ind i et hjørne, og på en bænk ved siden af sidder tre af hans arbejdskammerater. De

► **SYGEPLEJERSKE PÅ CHAOYANG HOSPITAL.** Sygeplejerske Hai Xias arbejdsrytme starter med en 10-timers vagt fra kl. 8 til 18. Dagen efter tager hun en 14-timers vagt fra kl. 18 til 8. Derefter har hun fri i to dage, inden hun tager den næste 10-timers vagt.

Hvis hun er på obligatorisk efteruddannelse, foregår det med læsning på hospitalet umiddelbart efter arbejdstid. Der findes ingen efteruddannelse, hvor man får fri fra arbejde og udelukkende kan koncentrere sig om at lære nyt. Hai Xia tjener i omegnen af 3.000 yuan om måneden – ca. 2.100 kr.. En ung sygeplejerske får omkring 1.200 yuan. I dag foretrækker sygehuset at ansætte unge sygeplejersker, som ikke kommer fra Beijing. De kan nemlig ansættes til en billigere løn. De bliver i øvrigt ikke fastansat, som Hai Xia er det. De får kun en tidsbestemt kontrakt. Ifølge Hai Xia er der omkring 1.500 senge på Chaoyang Hospital, omkring 700 sygeplejersker og ca. 1.000 læger. Chaoyang Hospital blev bygget for ca. 50 år siden. Den nye akutafdeling, som blev bygget for seks år siden, er fire gange større end den gamle.

hjælper ham med at massere den lammede arm og det lammede ben og med at få noget at spise. For her kommer der ingen med mad til patienterne. Det må pårørende eller venner tage sig af.

Naturligvis ville hospitalet sørge for mad, hvis han blev indlagt på den relevante afdeling. Men dér er der ikke plads.

”Vi har før haft patienter, der har ligget her i op til et år. Og det er jo slet ikke meningen med vores afdeling. Men her har vi alle slags patienter. Også dem, der ikke kan udskrives, men som der heller ikke er plads til at indlægge,” siger Hai Xia.

Hvis man beder Hai Xia om at nævne noget, som er blevet bedre på hospitalet de seneste år, så får man ikke noget svar. Der er alt for mange helt basale problemer. På spørgsmålet om, hvad der er mest brug for på hendes afdeling, kommer svaret derimod prompte:

”Mere personale og senge til alle pa-

tienter. Som det er nu, skal man gå sidelæns alle vegne for at komme frem. Hvor ville det være dejligt, hvis her ikke var så mange patienter, og hvis her var rent.”

Akutafdelingen her er formentlig den bedste i Beijing, mener Hai Xia. Chaoyang Hospital som sådan ligger ikke i toppen, men dog i den bedre ende. Til gengæld føler Hai Xia, at hendes arbejdsplads må være Beijings travleste.

På akutafdelingen er der fire sygeplejersker og to læger på vagt til at behandle de 67 patienter, som er på afdelingen lige nu. Og de må forvente, at der kommer flere. For som Hai Xia understreger: En overbelægning på 23 patienter er helt normal.

”To sygeplejersker mere ville gøre det hele meget nemmere. Men det er helt udelukket,” griner hun.

redaktionen@dsr.dk



Der er klemt et absolut maksimalt antal senge ind på akutafdelingen.



Hr. Zhao får massage og mad af sine arbejdskammerater. Sygeplejerskerne har travlt til at tage sig af det hele.



Zhong Nanshan er kendt i hele Kina for sin rolle i kampen mod SARS i 2003. I marts blev han omringet af kinesiske journalister, der ville høre hans forslag til forbedringer af det nedslidte sundhedssystem. Emnet har topprioritet i regeringen.

Et nådesløst system

Pengenød. Det kinesiske sundhedssystem viser sig fra sin brutale side, når der kommer penge mellem hospitalet og patienten.

Kina er inde i en fantastisk økonomisk udvikling. Men den har flere bagsider.

Én af disse er et forsømt, korrupt og ineffektivt sundhedsvæsen.

I mere end to årtier er hospitaler og klinikker blevet overset af politikere, der har haft fokus rettet mod udvikling af det private erhvervsliv.

Da den store SARS-epidemi brød ud i Kina i 2003, blev de kinesiske myndigheder taget på sengen. Der var ikke noget fungerende beredskab, og hospitalerne prioriterede indtjeningen højere end behandlingen. Af frygt for kaos valgte regeringen først at benægte problemet. Men da det viste sig, at lukketheden gav endnu større grundlag for at skabe kaos, valgte man åbenheden. Folk skulle informeres, så de smittede kunne søge behandling i tide.

Men mange søgte ikke behandling.

De var bange for at få en regning, som de ikke havde råd til at betale. I Kina betaler man kontant for enhver behandling, og systemet er nådesløst over for dem, der ikke kan betale. Ingen penge, ingen behandling.

Og det er der en god grund til.

”Vores hospital har helt klare regler på det område,” siger *Gu Wei*, der er læge på Chaoyang Hospitalets akutafdeling. Hospitalet ligger i Beijing.

”Hvis patienten stikker af fra regningen, så er det den læge, der har behandlet ham, der skal afregne ud af egen lomme. Hospitalet betaler ikke. Vi læger tjener mellem 1.500 og 2.200 kr. om måneden, så vi har ingen mulighed for at ...” *Gu Wei* stopper midt i sætningen og griner forlegent.

I 1998 opgjorde Kinas sundhedsmini- ▶



Barfodslægerne i Maos Kina forbedrede bøndernes sundhed markant, men deres virke var dog ikke nær så romantisk, som denne propagandaplakat fra 1974 fremstiller det. Teksten lyder: "Barfodslægerne er over alt i bjerglandsbyerne og giver fornyet kraft til den kooperative lægehjælp."

ILLUSTRATION: MAOPOST.COM

► sterium, at 42 pct. af dem, der blev udskrevet fra hospitalerne, udskrev sig selv, fordi de ikke havde råd til at fortsætte behandlingen.

Kontant afregning

Når man spørger *Zhong Nanshan*, læge gennem 45 år, hvordan sådan et system påvirker de professionelle i sundhedssystemet, sukker han.

"Hvis jeg ikke kan give nogen garantier, og det er jo tit svært, så ville jeg lade familien træffe afgørelsen. Hvis nu patienten har kræft i sidste stadium, så ville jeg vel fortælle dem sandheden – at det vil være spild af penge."

Selv for en garvet læge i Kina er det et ubehageligt spørgsmål. *Zhong Nanshan* er 69 år og ikke nogen hr. hvemsomhelst i det kinesiske sundhedsvæsen.

Han er i dag medicinsk professor og leder af Guangzhous institut for åndedræts sygdomme (Guangzhou Institute of Respiratory Diseases, red.). I 2003 blev han kendt i hele Kina som landets førende specialist i lungesygdomme og landets egen professionelle kombattant mod SARS. Han blev en vigtig brik både i den officielle propaganda og i den officielle oplysningskampagne.

I dag er han også medlem af Kinas Kon-

sultative Konference, en rådgivende forsamling, der giver input til Kinas parlament, Nationalkongressen.

SARS-krisen gjorde det helt klart for den kinesiske regering, at sundhedssektoren måtte og skulle moderniseres. Ikke mindst fordi yderligere negligering ville udgøre en fare for samfundets stabilitet. Dels ville man have store vanskeligheder ved at klare endnu en krise i samme boldgade som SARS, dels risikerede man uroligheder, hvis alt for mange pludselig fik nok af det korrupte sundhedssystem.

Derfor var *Zhong Nanshan*'s forslag til regeringen under Nationalkongressen og Den Konsultative Konferences simultane møder i første halvdel af marts helt i tråd med den udvikling, som regeringen i virkeligheden allerede selv ønskede at se på området.

De små hospitaler skal styrkes

Først og fremmest skal de mindre og lokale hospitaler styrkes for at komme den voldsomme overbelægning på de store hospitaler til livs.

"Alle de gode læger og alt det gode udstyr findes på de store hospitaler. Omvendt med de små hospitaler: De mangler gode læger og godt udstyr," forklarer *Gu Wei*.

"Desuden koster det nogenlunde lige meget, om man bliver indlagt på et stort eller et lille hospital, så de fleste ønsker at blive indlagt på et stort hospital. Visse akutte sygdomme kan man sagtens klare på de små hospitaler, men patienterne vil indlægges på de store. Så de, der fejler noget alvorligt, har svært ved at komme til."

En del af løsningen ligger i at oprette et system med praktiserende læger, som kan henvise til hospitalerne, hvis det er nødvendigt. I dag går alle direkte til hospitalet, uanset hvad de fejler, og hospitalerne må ikke afvise patienten.

En anden del af løsningen ligger i at opprioritere de lokale hospitaler. Derfor skal der investeres til. Der skal bruges penge på faciliteter, men der skal også sættes penge af til bedre lønninger.

Zhong Nanshan mener, at det er vigtigt, at det lokale sygehuspersonale uddannes lokalt. På den måde er det nemmere at få de ansatte til at blive, hvor de er, og ikke søge ind mod de store hospitaler i de store byer.

Et andet grundlæggende problem inden for det kinesiske sundhedsvæsen er, at hospitalerne i mange tilfælde virker som pengemaskiner, der malker patienterne for deres hårdt tjente penge.

"Mange folk har det syn på læger og

Tekst og foto: Gert Holmgaard Nielsen, journalist

►► **1,2 MILLIONER SYGEPLEJERSKER.** Der er omkring 1,2 millioner sygeplejersker i Kina, der har en samlet befolkning på 1,3 milliarder mennesker.

De kinesiske sygeplejerskers organisation CNA (Chinese Nurses Association) blev dannet i 1909 og var medlem af den internationale sygeplejerskeorganisation ICN fra 1922 til 1953, hvor medlemskabet ophørte på grund af den politiske situation, der gjorde det umuligt for organisationen at kommunikere med omverdenen. ICN har genetableret kontakten med CNA, og der er håb om, at de kinesiske sygeplejersker igen kommer ind i ICN.

Kilde: ICN.



Kinas sundhedsminister, Gao Qiang, garanterede i marts på tv, at regeringen vil løfte befolkningens sygeforsikringsdækning.

sygeplejersker – og det er nok mediernes skyld – at de kræver penge under bordet, eller overbehandler og udskriver for meget medicin,” siger Gu Wei.

Farvel til Maos barfodslæger

At spørgsmålet om penge mellem sygehuse og patienterne overhovedet er relevant, skyldes, at hospitalerne i 1980'erne blev pålagt at dække det meste af deres budget selv. Det var en voldsom omvæltning, for tidligere ordnede staten det økonomiske.

Samtidig var folk vant til, at betalingen for lægebehandling var noget, som arbejdsgiveren klarede. Det sluttede også i 1980'erne. Folk skulle nu selv betale, og priserne røg samtidig i vejret.

Folk på landet havde indtil da været sikret en basal og billig behandlingsmulighed via *Mao Zedongs* såkaldte barfodslæger. De havde fået en kort uddannelse i at klare de almindeligste sygdomme blandt landbefolkningen, og i dag er der blandt mange vestlige eksperter enighed om, at barfodslægerne var et vigtigt skridt i den rigtige retning.

Systemet med barfodslægerne visnede med *Deng Xiaopings* åbne dørs politik, og resultatet er i dag, at vil man have ordentlig behandling, så bliver man igen nødt til

at tage ind til byerne. Et andet resultat er, at vil man have råd til at blive behandlet, så må man have en sygeforsikring. Men det er for dyrt for langt hovedparten af Kinas befolkning.

”Kun omkring 30 pct. af folk i byerne har en sygeforsikring. Og det er endnu færre på landet, hvor 900 millioner af Kinas 1,3 milliarder mennesker bor. Der har mindre end 10 pct. råd til en forsikring,” siger Zhong Nanshan.

Midt under Folkekongressens årlige samling i sidste måned gik sundhedsminister *Gao Qiang* på tv og erklærede, at i 2008 skal mere end 80 pct. af befolkningen have en sygeforsikring. Man betaler selv 10 yuan om året – ca. 7 kr. – mens lokal- og centralmyndighederne lægger hver 20 yuan oveni igen.

”Når du er alvorligt syg og er indlagt, har du store udgifter, og så betaler myndighederne,” sagde *Gao Qiang* på tv.

Så enkelt er det ikke endnu. Men regeringen har set skriften på væggen.

”SARS var en lærestreg for Kinas regering. Det skabte en voldsom usikkerhed, og man erkendte, at man måtte tage ved lære. Ellers kan udviklingen af økonomien blive truet,” siger Zhong Nanshan.

redaktionen@dsr.dk

DLS

Er du leder i sundhedssektoren?

Eller vil du gerne være det?

Så er DLS noget for dig

DLS er en teoretisk funderet lederuddannelse for sundhedssektoren, der på 2 år giver dig et solidt fundament for udvikling af godt lederskab. DLS har eksisteret i mere end 10 år, og vores erfaringer med over 1000 studerende viser, at uddannelsen giver konkrete resultater.

DLS udbydes i hele Danmark.

I januar 2007 starter vi hold i: Århus, Aalborg, Næstved og Herlev.

I august 2007 starter vi hold i: Gentofte, Hillerød og Odense.

Der er tilmeldingsfrist den 1. december 2006 og den 1. juni 2007.

Få mere information på www.ceus.dk eller ring på tlf. 54 888 224 og få en brochure, hvor du kan læse meget mere om DLS (Diplomuddannelsen i økonomi, ledelse og organisation for sundhedssektoren).

tlf. 54 888 224 • www.ceus.dk

HANDELSHØJSKOLE
CENTRET

CEUS
Handelshøjskolecenter

"Det var tydeligt, at mine spørgsmål blev opfattet som en kritik. Men jeg synes, det var naturligt at stille spørgsmål til, hvad de gjorde ved min mand. Jeg ville vide, hvad jeg kunne forvente. Men mange læger er slet ikke vant til det, fordi folk er så autoritetstro over for systemet eller måske ikke har overskuddet til at slå i bordet."



Jeg blev så vred

Øjenvidneberetning. Som sygeplejerske oplevede Jytte Rasmussen "den anden side," da hendes mand fik kræft. Det blev et møde med et system, der efter hendes mening lider af alvorlig mangel på indlevelse og omtanke, og det var ikke en fordel, at hun selv var en del af systemet – tværtimod.

Tirsdag den 3. januar på en stue på Amtssygehuset i Århus. *Jytte Rasmussen* står ved sin mand, *Finns*, side ved sengekanten. Han har netop fået at vide, at lægerne ikke vil operere ham. Sådant som de ellers havde stillet ham i udsigt tre dage forinden. Da beskeden kom, blev livsgnisten med ét slukket i hans øjne. Følelsen af at

være skrottet, opgivet, er nu total hos dem begge. Så kommer en sygeplejerske ind på stuen og siger:

"I har haft en samtale med en overlæge, så I kan tage hjem nu. Jeg ringer efter Falck."

Så forsvinder hun igen. Jytte Rasmussen er lamslået.

”Det handler om at skabe tryghed og have respekt for mennesker, der er i dyb krise.”

”Jeg følte, at vi blev skubbet væk den dag. Hun kunne bare have sat sig ned stille og roligt og have spurgt, hvad hun kunne gøre for os. Som f.eks. at kontakte det palliative team. Hvor var empatien henne? Hvor var opfølgningen på den forfærdelige besked henne? Hvis hun havde behandlet os som mennesker i dyb krise, havde det været nemmere for os at tage hjem.”

Jytte Rasmussen er stadig rystet, når hun tænker tilbage på episoden på Amtsygehuset. Og hun tøver ikke et øjeblik med at kalde det danske hospitalsvæsen elendigt. Et væsen, hun selv er en del af, da hun til hverdag arbejder på Skejby Sygehus.

”Mange snakker om, hvor godt det danske sygehusystem er. Men meget kunne være anderledes og bedre,” siger Jytte Rasmussen, der én gang før har været i kontakt med den kittelklædte verden som pårørende.

For 10 år siden døde hendes mor af brystkræft. Også dengang oplevede Jytte frustration over systemets uformåen, men håbede trods alt, at 10 år havde skabt fremgang. Det viste sig ikke at være tilfældet.

Skiftende meldinger og diagnoser

Da Finn blev syg i foråret 2004, begyndte en følelsesmæssig rutsjetur for ham, Jytte og deres to sønner, *Morten* på 23 og *Mikael* på 29 år. Først fik familien at vide, at det var blindtarmen, den var gal med. Så trak lægerne den påstand tilbage og kom med en ny: Det var en byld, lød det. Nærmere undersøgelser viste imidlertid, at det heller ikke passede. Det var tyktarmskræft, som havde bredt sig til leveren.

”Det gik op og ned hele tiden. Så fik vi én besked, så fik vi en ny og dårligere besked. Jeg ville ønske, at de lod være med at stille en diagnose, før de var helt sikre,” siger Jytte Rasmussen, der også professionelt ved, hvad empati og god opfølgning

på en svær besked betyder for patientens livskvalitet. Det lærte hun bl.a., da hun var på kursus i ”den svære samtale.”

”Det burde være standard, at alle er igennem det. Kan man ikke magte at tale om de svære ting, så skulle man måske søge et andet sted hen,” siger Jytte Rasmussen, der i det palliative team mødte læger og sygeplejersker, som forstod at lytte åbenhjertigt, gav sig tid og viste omsorg. Det samme gjorde sig gældende for overlægen på Onkologisk afdeling på Kommunehospitalet.

”De var der heldigvis. Og det er jeg glad for. For de var nogle vigtige støtter i forløbet.”

Ulempe at være en del af systemet

At være ansat i systemet viste sig på mange måder at være en ulempe for Jytte Rasmussen. F.eks. den dag Finn fik kræftdiagnosen.

Lægen kiggede kun på Jytte, forklarede ikke ret meget, men nikkede til hende på en underforstået måde. Som om han ville sige: ”Du ved jo godt, hvor det bærer hen.”

”Jeg blev vred og kiggede væk. Det gjorde ham irriteret, for så var han pludselig nødt til at sige de svære ord. Han tog det for givet, at jeg vidste alt om hans speciale. Gang på gang fortalte jeg, at det gjorde jeg ikke,” fortæller Jytte Rasmussen.

Andre gange oplevede hun lægernes irriterede suk og trækken på skuldrene, fordi hun stillede uddybende spørgsmål.

”Det var tydeligt, at mine spørgsmål blev opfattet som en kritik. Men jeg synes, det var naturligt at stille spørgsmål til, hvad de gjorde ved min mand. Jeg ville vide, hvad jeg kunne forvente. Men mange læger er slet ikke vant til det, fordi folk er så autoritetstro over for systemet eller måske ikke har overskuddet til at slå i bordet.”

Jyttes faglige baggrund var også en

ulempe, fordi hun præcist vidste, hvad svarene på diverse prøver betød.

”Jeg var hele tiden tre skridt foran Finn, fordi jeg vidste, hvad der ville ske på sigt. Det var hæsligt. Finn var utrolig positiv og troede på, at behandlingen ville forlænge hans liv. Det håb ville jeg ikke tage fra ham ved at fortælle ham min viden,” fortæller Jytte Rasmussen.

Et uartigt svar

Efter Finns død den 3. februar 2006 satte hun sig ned og skrev en række spørgsmål stilet til den afdeling, hvor Finn havde været indlagt. Bl.a.:

”Hvorfor stiller I en diagnose, før I er 100 pct. sikre på den?”

Hvor var fokus på ”den svære samtale” henne?

Hvor var personalets empati henne?

Nogle dage senere modtog hun et brev fra overlægen på afdelingen. Han skrev, at ”du kan få en samtale om de oplevelser, du har haft, og vi kan gennemgå din mands sygehistorie.”

”Jeg blev så vred. Jeg synes, det er et uartigt svar. Jeg ville gøre dem opmærksom på, at der er ting, der halter i deres afdeling. Jeg ville have at vide, at de tog kritikken til sig og tog mine spørgsmål op. Det brev er en total afvisning,” siger Jytte Rasmussen.

På afdelingen, hvor hun arbejder, kommer der også klager af og til. De bliver altid taget op på ledelsesniveau og behandlet. Plejepersonalet bliver derefter informeret, så det kan gøre tingene bedre og anderledes næste gang.

Jytte Rasmussen har ikke tænkt sig at lukke sagen og smide brevet i skraldespanden. Hun sender nu en klage til Patientklagenævnet.

Husk empatien

Heldigvis var der også fordele ved at kende sygehusvæsenet indefra. Jytte kendte f.eks. til det palliative team og kunne selv ►

► kontakte dem. Hun kendte også til, hvilken medicin der virker mest effektivt mod smerter og kvalme.

”Vi kunne være lidt på forkant med tingene på grund af min viden. Jeg bad f.eks. om at få udleveret zofran, fordi jeg ved, at det er det eneste, der virker ordentligt mod kvalme.”

Jytte Rasmussen er efter sin mands død tilbage på jobbet på Skejby Sygehus. Her vil hun bruge sine erfaringer fra Finns sygdomsforløb til at være med til at guide sine kolleger, når der er kritisk syge patienter og deres pårørende i afdelingen.

Bl.a. går hun selv meget ind for, at personalet skal tie stille, før diagnosen er helt sikker. At de pårørende er til stede, når diagnosen stilles, og at patienten har en kontaktlæge og en kontaktsygeplejerske, som ved, hvad der skal ske, og kan tage beslutninger.

Og hele tiden går ordet empati igen. For Jytte Rasmussen er omtanke, om-

sorg og indlevelse noget af det vigtigste, hvis et sygdomsforløb skal blive så godt som muligt for både patienter og pårørende.

”Det handler om at skabe tryghed og have respekt for mennesker, der er i dyb krise.”

redaktionen@dsr.dk

Vi har drøftet det internt

Sygeplejersken har kontaktet ledende overlæge på Århus Amtssygehus, *Peter Rasmussen*, for at få en kommentar til *Jytte Rasmussens* sag. Han ønsker ikke at kommentere den konkrete sag, men svarer generelt.

”Hvis der bliver rejst kritik i en sag, så tager vi det altid op og drøfter det internt, siger Peter Rasmussen.

Har I gjort det i denne sag?

”Ja.”

Hvad er der kommet ud af det?

”Det kan jeg ikke komme ind på.”

Hvordan tackler I patienter og pårørende, der lige har fået en svær besked?

”Det er svært at svare på. Det afhænger af situationen. Men vi forsøger at snakke med folk i enrum, hvis det kan lade sig gøre,” siger Peter Rasmussen.

DIPLOMUDDANNELSEN I LEDELSE

Er du leder og vil du fortsat udvikle dit lederskab og din lederkarriere? Så har vi den rigtige uddannelse til dig!



Diplomuddannelsen i ledelse styrker dine muligheder for at udvikle dine ledelseskompetencer, både teoretisk, praktisk og strategisk, så du bliver bedre rustet til at møde dagens og morgendagens nye krav og udfordringer – uanset om du er placeret i den private eller offentlige sektor.

Diplomuddannelsen i ledelse er et to-årigt deltidsstudium med studiestart to gange årligt, henholdsvis i februar og i august 2007. Du har en mellemlang videregående uddannelse eller en anden relevant uddannelse og 2 års erhvervs erfaring.

I februar 2007 begynder uddannelsen i uge 6. Tilmeldingsfristen er 15. december. Vi modtager tilmeldinger, så længer der er ledige pladser. Ønsker du alene at fordybe og specialisere dig inden for enkelte af **uddannelsens valgmoduler**, er dette også muligt.

Yderligere oplysninger og brochurebestilling

Kontakt
Henriette Bornæs
tlf. 38 14 52 20
hb@dfhnet.dk
eller se
www.dfhnet.dk

Danmarks
Forvaltningshøjskole
Lindevangs Allé 10
2000 Frederiksberg



STRESSBREVKASSEN

► Kirsten Holmboe svarer på spørgsmål om arbejdsrelateret stress en gang om måneden. Skriv til: Sygeplejerskens Brevkasse, Skt. Annæ Plads 30, 1250 København K. Eller til brevkasse@dsr.dk.

Hvis du ønsker at være anonym, skal du blot gøre opmærksom på det. Vi skal dog kende dit navn og adresse. Alle vil få svar. Hvis der ikke er plads i bladet, får du svaret direkte. Der kan gå fire-fem uger. Skriv kort. Redaktionen forbeholder sig ret til at forkorte indlæg.



? Er min frygt begrundet?

Jeg er også en af de sygeplejersker, der er meget påvirket af artiklerne om stress i *Sygeplejersken*. Da hele min situation er uafklaret, ønsker jeg at være anonym.

Det sværeste for mig lige nu er risikoen for, at min erhvervsevne aldrig bliver, hvad den har været. Er min frygt begrundet?

Jeg vil også gerne pege på, hvor vigtigt det kan være med en hilsen fra kollegaer. Gerne skriftligt, hvis man slet ikke tager den personlige kontakt.

Sygeplejerske

Kære Sygeplejerske

Det kan være rigtig svært at forestille sig, at man bliver i stand til at arbejde igen, når man først har mærket, hvad stress kan gøre ved én. Min erfaring viser heldigvis, at langt de fleste får deres erhvervsevne igen – om end det tager forskellig tid. For nogle bliver erhvervsevnen som før, for andre lidt mindre og for nogle bedre end før.

Vores erhvervsevne hænger nøje sammen med de strategier, vi hver især har til at mestre vort liv. Hvis erhvervsevnen bygger på strategier som aldrig at måtte sige nej, altid at overhøre egne grænser eller til stadighed at skulle yde mere og mere, er den imidlertid usund, og man risikerer at få stress.

Der kan også komme noget positivt ud af en periode med stress. Man bliver tvunget til at ændre strategi og finde et mere realistisk niveau.

Her er nogle spørgsmål, der kan hjælpe dig til at afklare, hvordan du vil anvende din erhvervsevne:

- *Hvad er jeg god til, og hvad vil jeg gerne arbejde med de kommende år? Hvad kan jeg magte?*
- *Hvilke minimumsbetingelser (maks. fem) skal være til stede på min arbejdsplads, for at jeg trives?*
- *Hvis betingelserne ikke er til stede, kan*

jeg så gøre noget ved det, eller skal jeg søge efter bedre betingelser et andet sted?

På den baggrund kan du nogle gange opnå et bedre arbejdsliv end før. Du skal tro på, at det nok skal lykkes – det vil også hjælpe dig.

Din gode opfordring til, at kollegerne sender en hilsen, fortjener at blive gentaget. Det er guld værd at have kolleger, der husker én på en hensyntagende måde.

*Venlig hilsen
Kirsten Holmboe*

? Alt afhænger af mig selv

Jeg var knap 40 år, da jeg blev ramt af stress. Jeg havde symptomer som hjertebanken, spændingshovedpine og en del infektioner. Jeg svedte meget og havde svært ved at falde i søvn. Jeg fik konstateret et blodtryk på 180/120, og min læge mente, det kunne være mit stofskifte.

Tre uger efter vågner jeg på min onsdagsfridag. Det havde været en travl og dum tirsdag, men nu havde jeg fri. Jeg stod hurtigt ud af sengen, fordi jeg havde krampe i mit ben. Heldigvis mærkede min mand, at jeg reagerede underligt, for jeg blev dårlig og lagde mig i min seng igen og fik herefter et krampeanfald og stoppede med at trække vejret. Jeg oplevede selv, at jeg døde, men min mand fik rusket mig til bevidsthed igen. Jeg blev indlagt på neurologisk afdeling og fik mr-scanning, men alt var normalt.

Jeg blev sygemeldt ad to omgange. Den ene læge ville kun sygemelde mig to uger, fordi det ellers ville være sværere at komme tilbage til jobbet. Jeg tudede og tudede. Nu er jeg tilbage igen. Der er grænser for, hvad man kan byde sine kolleger, så selvfølgelig deles jeg om vagtbyrden.

Jeg har dog til min nærmeste leder undret mig over, at arbejdsstedet ikke har en stresspolitik, og min egen læge har foreslået mig stressklinikken i amtet. Ligesom

da jeg blev syg første gang, bliver jeg tilbudt mange ting. Men alt sammen afhænger af, at jeg selv gør en indsats. Og når man ikke helt ved, hvordan man har det, og hvilken vej man skal gå i sit liv – hvordan skal man så sparke sig selv i gang?

Jeanne Eng

Kære Jeanne Eng

Sikke en forskrækkelse med så voldsomme symptomer, og hvor er det tilsvarende godt, at du er tilbage i arbejde igen.

Jeg går ud fra, at du kan magte at dele vagtbyrden med dine kolleger, ellers vil mit forslag være, at din leder finder en løsning på at få vagterne dækket, uden at det går ud over dine kolleger. Din beskrivelse tyder på meget stor ansvarlighed fra din side. Men fortvivl ikke – du skal ikke løse det hele selv.

Overenskomsten 2005 har et protokollat, der pålægger din arbejdsplads at mindske stress og f.eks. lave en stresspolitik. Arbejds miljøloven beskriver også helt tydeligt arbejdspladsens pligt til at forebygge stress. Så det er en klart defineret opgave, som din tillids- og sikkerhedsrepræsentant skal løse sammen med ledelsen.

Stress forstyrrer vores evne til at have overblik og træffe valg, og man kan føle sig meget alene. Måske kan dette lille billede hjælpe dig. Betragt hvert råd, du får, som en bold, der bliver spillet til dig. Undersøg bolden og find ud af, om du vil have den: Er det et råd, der umiddelbart fanger din interesse? Er der noget af det, du kan bruge? Hvis ikke – kast bolden tilbage og tak for rådet – helt uden dårlig samvittighed.

Selvom det kan være svært, er det kun dig, der dybt inde kan mærke, hvad der er rigtigt og godt for dig. Start med en lille og overskuelig beslutning og tøv ikke med at bede om hjælp til at gennemføre den – gerne fra et menneske, du har tillid til.

*Venlig hilsen
Kirsten Holmboe*



Blad med bid. Sygeplejerskens nye "læsernes redaktør," Niels Rohleder, mener, at den kloge fagforeningsledelse sætter pris på at udgive et fagblad, der er andet end et talerør for ledelsen. Et fagblad skal turde lægge spaltepads til organisationens kritikere. Det sikrer troværdighed og en god debatkultur.

Et fagblad må gerne være frækt og uforudsigeligt

Det er en erfaren journalist, der fra 1. januar 2007 og et år frem bestrider posten som læsernes redaktør på fagbladet *Sygeplejersken*. Niels Rohleder har 25 års erfaring, heriblandt 17 år som journalist på avisen Information. Han har aldrig selv arbejdet på et fagblad, men han er ikke i tvivl om, at det interessante fagblad skal

"Det giver mig en tryghed at se, at fagbladet tager kritik af organisationen op og bruger plads på den."

være medlemmernes blad og ikke fagforeningsledelsens. Han ser frem til, at læserne af *Sygeplejersken* henvender sig, og håber, at der vil komme debat i bladets spalter om journalistiske arbejdsmetoder og vilkår.

Hvad synes du er et fagblads fornemste opgave?

"Det er jo at lave en journalistik i medlemmernes interesse. Den gode fagforeningsledelse vil også forstå, at det er dens langsigtede interesse, at journalistikken er medlemmernes journalistik og ikke foreningsledelsens journalistik. Og hvis der opstår for stort et misforhold – hvis fagbladet bliver for meget et talerør for den fagpolitiske linje, som fagforeningsledelse

sen lægger – så vil der opstå nogle frustrationer."

Læser du selv fagblade?

"Jeg læser mit eget fagblad Journalisten med stor interesse og glæder mig over, at det er et blad, der diskuterer mediepolitik lidt bredere end de diskussioner, der foregår internt i Journalistforbundet. Som højskolelærer får jeg også Magisterbladet, som jeg synes er skrækkelig kedeligt. Jeg åbner det lige og smider det så væk igen."

Tror du, at læserne af Sygeplejersken tænker over, om journalisterne på bladet kan tage alle slags emner op, eller om artiklerne først og fremmest skal markedsføre organisationens synspunkter?

"Det synes jeg er spændende at finde ud af, om *Sygeplejerskens* læsere gør. *Sygeplejerskens* læsere er aktive og er f.eks. med i et læserpanel. Det synes jeg er et sundhedstegn, at læserne har engagement og vil give feedback på bladet. Det giver noget at bygge på.

Jeg er i tvivl om, hvor meget læserne forstår at værdsætte, at de har et relativt frit fagblad og en læsernes redaktør at

henvende sig til. Som journalist synes jeg, at sådan noget er meget vigtigt. På det helt basale plan, hvor man som læser selv er berørt, krænket eller gerne vil ytre sig, mener jeg, at det er vigtigt, at man har en læsernes redaktør at henvende sig til.

Jo mere debat der kan opstå om presseetik, journalistiske metoder, og jo mere læsernes redaktør kan gøre for at udbrede kendskabet til journalisternes arbejdsmetoder og arbejdsvilkår, jo bedre."

Synes du, at Sygeplejersken skal skrive om det, når Dansk Sygeplejeråd bliver kritiseret i medierne, som f.eks. når formanden bliver kritiseret for at få for høj løn?

"Jeg synes, det er vigtigt, at man giver spaltepads til den førende kritiker med foto og det hele. Der er en solid og sober dækning af kritikken om formandens løn i *Sygeplejersken* nr. 22. Det giver mig en tryghed at se, at fagbladet tager kritik af organisationen op og bruger plads på den. Det ville dog være endnu flottere, hvis *Sygeplejersken* var kommet først med historien om formandens løn. Hvis journalisterne havde opsøgt kritikken, havde det været lidt frækkere og mere uforudsigeligt."



Du kan gøre en forskel og hjælpe en kollega

Det er barskt at arbejde som sygeplejerske i verdens brændpunkter – specielt når man ser børn, der er blevet uskyldige ofre for krige og naturkatastrofer. Men når det virker mest uoverskueligt, hjælper det at have nogen bag sig.

For vores hjælpearbejdere overalt i verden er det vigtigt at vide, at Dansk Røde Kors' medlemmer derhjemme brænder for den samme sag. Det gør en forskel og giver moralsk opbakning. På den måde er dit medlemskab langt mere værd end de 115 kroner, det koster om året.

Gør en forskel – bliv medlem på www.drk.dk/medlem eller på telefon 3525 9308

Dansk Røde Kors 



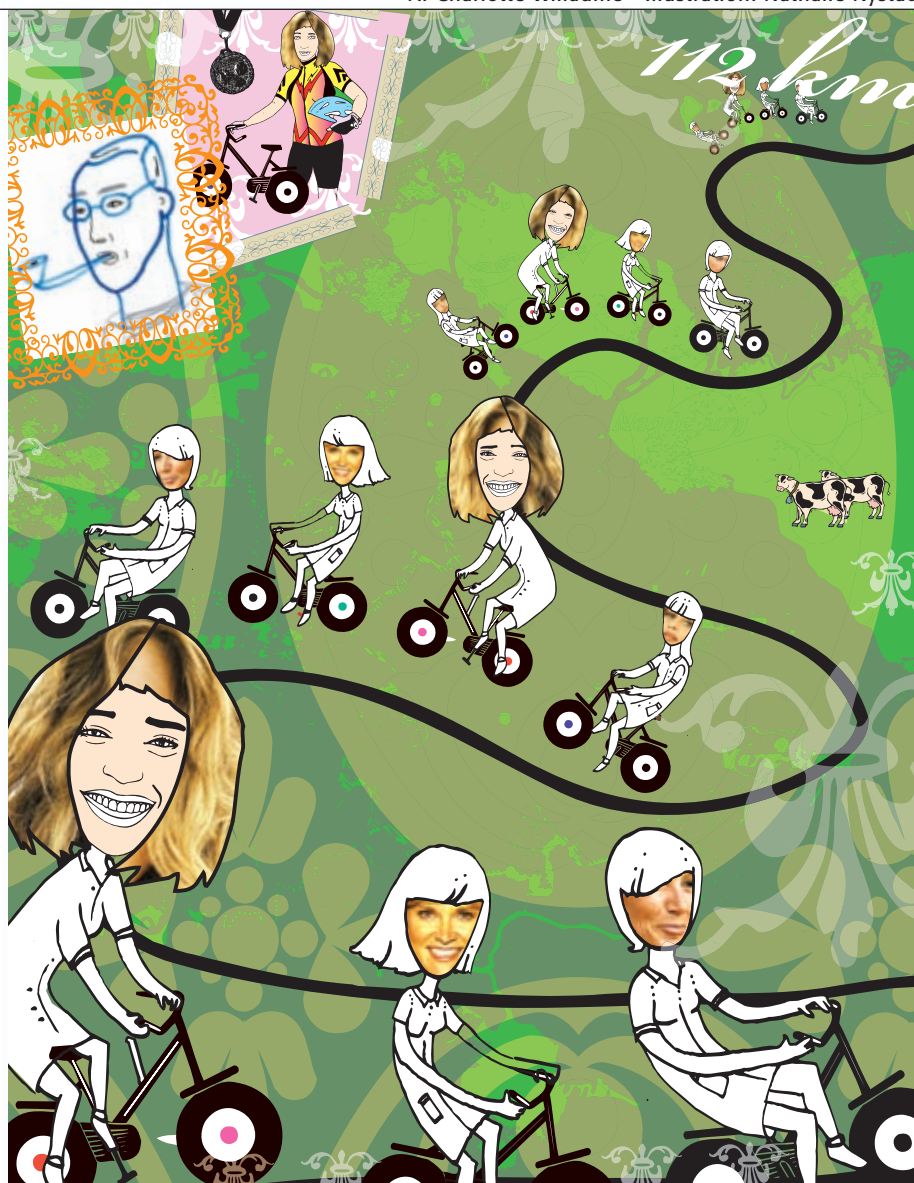
CW's
Dagbog

►► **SCENER FRA EN OPERATIONS-SYGEPLEJERSKES LIV.** Tag springet fra en røntgenafdeling til OP sammen med sygeplejerske *Charlotte Willaume*. De første afsnit blev bragt i nr. 16, 18, 20 og 22/2006.

Babs og Nutterne

Jeg er selvudnævnt formand for aktivitetsudvalget. Et af de mere useriøse udvalg, bevares, men i mine øjne nok så vigtigt. Min entusiasme for dette stykke frivillige arbejde, udspringer nok af min mand. Han er en fyr, der hygger sig fint derhjemme. Man ser ham med piben i munden foran computeren. Eller med piben i munden med en bog. Eller med piben i munden i værkstedet. En mulighed for lidt sjov i gaden er mine kolleger. Og da jeg nu er så heldig, at der er godt med spræl i mange af dem, er det bare om at udnytte det. Og det er for det meste sjovt. Lige på nær da jeg havde kørt 94 kilometer i Tøserunden, og der tikkede sms'er ind fra mine kolleger om, at nu havde de altså været i mål et par timer og ville så småt køre hjemad. Men pøj, pøj med de sidste kilometer.

Hvad var det lige, jeg tænkte på den dag i november, da jeg som jubeloptimist gik rundt i afdelingen og hvervede medlemmer til Tøserundeholdet "Babs & Nutterne?" 112 kilometer. Det er nogle små tal,



men det er dæleme en lang tur. I regn og modvind. Noget af turen, i hvert fald. Modvind altså. Cyklede af sted med blodet brusende i ørerne og havde en fjern fornemmelse af, at jeg burde nyde landskabet. Blev dog distraheret af de regndråber, der i en kontinuerlig strøm dryppede ned ad cykelhjelmene og ramte min næse. Dryp, dryp. I fire timer. Uafbrudt. Godt, man er operationssygeplejerske og har lært at ignorere slige detaljer. Note til mig selv: Husk at træne næste år, kvindemenneske! Ham, der krængede medaljen ned over min cykelhjelm, da jeg kom i mål, spurgte, om det var hårdt. Jeg havde ingen fysisk mulighed for at svare ham. Men jeg vil ALTID huske hans listige smil. Der stod jeg så på Køge Havn med hattehår og

følelsen af at have en superabsorberende natble mellem benene og kiggede efter min bedre halvdel, så han kunne gribe mig, inden jeg faldt. Og min eneste tanke var: FEDT. Det gør vi igen til næste år. Skrat op med smerte og lidelse. Vi grinede og hyggede og klappede hinanden på ryggen, os tre, der kørte sammen. Så voldsomme strabadser MÅ føre mennesker sammen. Vi smiler stadig indforstået over det på arbejdet. Men til næste år skal vi hedde "Bundpropperne," hvis jeg arrangerer.

Som beskrevet i nr. 22/06 har Charlotte Willaume en modvilje mod at være patient. Alligevel ender hun for første gang selv på operationsbordet – læs mere i nr. 2/2007.



Niels Rohleder

Ny læsernes redaktør

Den 1. januar 2007 tiltræder jeg som den nye læsernes redaktør på *Sygeplejersken*.

Jeg bliver en slags ombudsmand. Som læser af *Sygeplejersken* kan du henvende dig til mig, hvis der er noget ved *Sygeplejerskens* journalistik eller andre redaktionelle forhold, som du gerne vil sætte til debat, rose, kritisere eller eventuelt klage over.

Jeg er læsernes redaktør – ikke kildernes. Du skal altså kontakte *Sygeplejerskens* chefredaktør, hvis du er en kilde, der har en klage over den måde, som en journalist eller redaktionen har behandlet dig på. Hvis det ikke hjælper, kan du gå til Pressenævnet (se: www.pressenaevnet.dk).

Lidt om mig selv: Jeg blev optaget som studerende på Danmarks Journalisthøjskole i 1981 og har dermed efterhånden 25 års erfaring i journalistfaget. Fra 1987 til 2003 var jeg journalist på Dagbladet Information. I dag er jeg lærer i journalistik på Kommunikationshøjskolen Vallekilde i Vestsjælland. Her underviser jeg primært unge mennesker, der gerne vil afprøve, om journalistik er noget for dem, og som overvejer at søge ind på en af landets tre journalistuddannelser. Du kan læse mere om min baggrund i cv'et her på siden.

Jeg ved ikke meget om sundhedssektoren og sygepleje. Hele denne verden glæder jeg mig til at lære mere om. Jeg tror, det er en fordel med en læsernes redaktør, der ser med friske øjne på både tidsskriftet og dets stofområder.

Som læsernes redaktør på *Sygeplejersken* er det mit udgangspunkt, at tidsskriftets læsere har krav på journalistik af høj kvalitet. *Sygeplejersken* er traditionelt et respekteret fagblad med relativt gode ressourcer og ry for at praktisere kritisk journalistik. Sådan bør det fortsat være.

Naturligvis kan et tidsskrift, der udgives og finansieres af Dansk Sygeplejeråd, ikke være "uafhængigt." Ikke desto mindre mener jeg, at det er i medlemmernes – og i demokratiets og de faglige lederes – interesse, at redaktionen har frie tøjler til at levere en professionel journalistik efter nogle spilleregler og en etik, der ligger tæt op ad det, der gælder for uafhængige medier.

Alt dette og meget andet glæder jeg mig til at diskutere med *Sygeplejerskens* læsere og redaktion det kommende års tid.

RING ELLER SKRIV TIL:

Niels Rohleder
Højskolevej 11 A
Vallekilde
4534 Hørve

Mobil: 6167 0662

niels@vallekilde.dk

Med venlig hilsen
Niels Rohleder

Sygeplejerskerne ved en masse om kvalitet

Kvalitetsreform. Danskerne skal have et sundhedsvæsen i verdensklasse. Det har statsministeren lovet – og jeg er helt enig. Efter kommunalreform og velfærdsreform har regeringen derfor kastet sig over en kvalitetsreform.

Dansk Sygeplejeråd er blevet indbudt til arbejdet, og vi vil bidrage konstruktivt og kritisk. Sygeplejerskerne er landet over i fuld gang med at nytænke både kvalitet og arbejdsgange. Den inspiration giver vi gerne videre til regeringen.

Jeg synes, målene for kvalitetsreformen skal være, at patienterne skal have ensartet høj kvalitet og patientsikkerhed i hele sundhedsvæsenet. At der skal ske en fortsat nytænkning og udbygning af sundhedsvæsenet – f.eks. i form af Advanced Nurse Practitioners, som vi bl.a. kender det fra England. Og at vi

har et stærkt offentligt sundhedsvæsen med fri og lige adgang for alle patienter, også de marginaliserede og udsatte.

Hvis de mål skal nås, er der nogle helt klare forudsætninger, der skal være til stede.

Først og fremmest skal der være

noget sygeplejersker. I dag mangler der 1.100 sygeplejersker. Det er den største trussel mod kvaliteten i sundhedsvæsenet. Derfor er det afgørende, at kvalitetsreformen sætter målrettet ind mod sygeplejerskemanglen. F.eks. i form af øget rekruttering til faget, større fastholdelse via bl.a. seniorordninger og et bedre arbejdsmiljø.

Sundhedsministeren sagde på vores kongres for nogle uger siden, at der er penge nok. Jeg synes, han skal bruge nogle af dem på flere sygeplejersker.

Kvalitetsreformen skal også sætte fokus på efter-, videre- og specialuddannelse. Et aktuelt eksempel er specialuddannelsen i onkologisk sygepleje. Den er en forudsætning for, at patienterne kan få indfriet løfterne fra Kræftplan 2, men er desværre strandet i Sundhedsministeriet.

Og så skal kvalitetsreformen efter min klare opfattelse også føre til en ny kurs i sundhedspolitikken: Sundhedsfremme og forebyggelse skal højere op på dagsordenen, og den sociale ulighed i sundhed skal reduceres.

Så der er nok at tage fat på i kvalitetsreformen. Men ét område vil jeg fraråde regeringen at kaste sig over: vores lønsystem. Statsministeren har opfordret os til at indføre resultatløn. Den mulighed har vi allerede i dag. Jeg synes, der er mere perspektiv i at gå en anden vej: Alle sygeplejersker skal have en løn, der modsvarer vores store værdi for patienterne og

sundhedsvæsenet. Nøgleordet er ligeløn.

Var det ikke noget med, at der er penge nok?



Connie Kruckow

Connie Kruckow, formand

Det har vi allerede

Af Elisabeth Sievers, cand.cur., adjunkt

Kommentar til kronikken "Sygeplejerskeuddannelse i verdensklasse" i Sygeplejersken nr. 22/2006.

Kronikken er skrevet af *Bent Hansen (S)*, formand for Danske Regioner, og *Connie Kruckow*, formand for Dansk Sygeplejeråd. Som svar på massiv kritik af sygeplejerskeuddannelsen fremsætter kronikørerne konkrete forslag til, hvordan uddannelsen kan justeres. De påpeger bl.a., at større sammenhæng mellem teori og klinik i uddannelsen kan styrkes ved, at vi som i Sverige ansætter undervisere i kombinationsstillinger.

Jeg vil blot her gøre opmærksom på, at HS Sygeplejerskeuddannelsen allerede på nuværende tidspunkt har ansat fire undervisere som adjunkter i kombinationsstillinger med særligt fokus på den kliniske del af uddannelsen. Så vi har allerede kombinationsstillinger i Danmark.

Elisabeth Sievers er adjunkt i klinisk undervisning på HS Sygeplejerskeuddannelsen, Hjertecentret, Rigshospitalet.

Skriv kort, når du vil deltage i debatten i *Sygeplejersken*. Et debatindlæg må maksimalt være på 1.800 tegn uden mellemrum. Redaktionen forbeholder sig ret til at forkorte debatindlæg, der er for lange. Redaktionen forbeholder sig ret til at afvise kommentarer til artikler m.m., der er mere end to måneder gamle.

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

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

"Brugerbetaling er en farlig glidebane. I forvejen er det ejendommeligt, at vi har valgt et system, hvor man skal betale hos fodterapeuten for forebyggelsen af fodsår, mens det er gratis at få amputeret benet, når det er gået helt galt."

Bente Klarlund Pedersen, formand for Det Nationale Råd for Folkesundhed, i Jyllands-Posten.

Lad os drage nytte af hinanden

Af Vibeke Alstrup Kristensen, sygeplejestuderende

Kommentar til debatindlægget "Spild af ressourcer" i Sygeplejersken nr. 20/2006.

Hvorfor ikke stå sammen?

Et godt naturvidenskabeligt fundament er uden tvivl basalt og uundværligt som sygeplejerske. Men sygepleje er meget mere end det. Sygepleje bygger på et holistisk værdi- og menneskesyn, og et ensidigt fokus på naturvidenskab ville være at skære sygeplejen ned til at være uden værdi.

Religion, sociologi og psykologi har givet mig kendskab til,

hvad det egentlig vil sige at være menneske. Sygeplejeteorier har tydeliggjort sygeplejens inderste kerne – nemlig omsorg, empati og forståelse. Filosofi/etik har øget min opmærksomhed på de dilemmaer, man konstant står i som sygeplejersker, samt vigtigheden af at tænke nytteetisk i sundhedssystemet, ikke mindst i takt med at byrden fra vores velfærdssamfund bliver tungere.

At faget er blevet mere teoretiseret, ser jeg som en nødvendighed, for at sygeplejen udvikles. Vi skal være kritiske og turde undersøge eget felt. Det er ikke et for-

søg på at "akademisere sig væk fra patienterne," som *Mette Gammelgaard* i nr. 20/2006 udtrykker det. Udviklingen skal ske med fodfæste i praksis hos patienterne, da det netop er af hensyn til dem, udviklingen skal ske.

Vores samfund og sundhedsvæsen er i konstant udvikling, derfor er det naivt at tro eller ønske, at sygeplejen forbliver urørt som et "kalds-erhverv" bygget på "sådan plejer vi at gøre, derfor ...!"

Jeg springer snart ud som "grøn" sygeplejerske. Min praksiserfaring er lille, men sammen med mine teoretiske kompetencer har det givet et godt grundlag for videreudvikling, som jeg først nu rigtig skal afprøve. For der har altid været lang vej fra novice til ekspert – og det er der også i

den nye sygeplejerskeuddannelse. Jeg ser frem til at få en masse støtte, gode råd og drage nytte af den praksiskunnen, som alle de dygtige erfarne sygeplejersker, jeg allerede har mødt i praksis, besidder. Det bliver uundværligt for mig i min læring. Men hvorfor ikke også anerkende det felt, hvor jeg har viden og kompetencer? Så kan vi via erfaringsbytte forsøge at forbedre og udvikle vores praksis, så det kommer patienterne til gode.

Det er lidt tåbeligt at diskutere, hvem der har bedst uddannelse og kompetence. Lad os da stå sammen som faggruppe og drage nytte af hinanden.

Vibeke Alstrup Kristensen er 7.-semester-sygeplejestuderende på Sygeplejerskolen i Århus.

Medicinske Fagudtryk

2. udgave
af Jan Rytter Nørgaard

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

861 sider, kr. 299.

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

JAN RYTTER NØRGAARD

MEDICINSKE FAGUDTRYK

- en klinisk ordbog med kommentarer



NYT NORDISK FORLAG ARNOLD BUSCK



Skal det være faglig debat?

Af Gertrud Messerschmidt, sygeplejerske

Kommentar til Fem faglige minutter "Det, man siger, er man selv" i Sygeplejersken nr. 22/2006.

Jeg er ikke altid hurtig til at få læst vort fagblad. Men da jeg læste Eiv Ravns "Fem faglige minutter" om kasesengen, var jeg da ved at få ostemaden galt i halsen.

Er dét virkelig faglig debat i DSR?

Emnet er sådan set godt og vigtigt, men denne tilgang?

For mig er der her ikke tale om borgerlig bomerthed: ja eller nej, men om menneskesyn. Noget, der i artiklen lige nævnes i slutsætningen som en kedelig sideeffekt.

Ebberød Bank

Af Hanne Desmareth Rasmussen, sygeplejerske

Kommentar til debatindlægget "Modregning på lønsedlen" i Sygeplejersken nr. 23/2006.

Grundlønnen efter 40 år er 24.450 kr. – det lyder som en vits!

Jeg arbejder med komplekse arbejdsområder i et yderområde inden for Sygehus Fyn.

På et tidspunkt fik vi selv (seks anæstesisygeplejersker) forhandlet et funktionstillæg inden for blodbank og laboratorieområdet hjem. Laboratoriet passes i vagten af anæstesispersonale. Vi er undervist og uddannet i denne specialfunktion og holder os fortløbende ajour.

I Sygehus Fyn er der forhandlet et funktionsbestemt kvalifikationstillæg inden for anæstesi.



Er det rigtigt, at sygeplejersker (af alle!) skal til at promovere brug af prostituerede?

Er det rigtigt, at vi som fagpersoner skal reklamere for et menneskesyn, hvor nogle mennesker kan købes for at tilfredsstille andre menneskers (de være sig nok så svage) behov?

At et menneske bliver reduceret til at være på linje med en leverpostejmad eller en flødeskumskage? Må vi så få en debat om menneskesyn, tak!

Gertrud Messerschmidt
er ansat på
Medicinsk afdeling C,
Amtssygehuset i Gentofte.

Nej, jeg elsker ikke formanden

Af Kirsra Ahlebæk, rektor

Kommentar til artiklen "Alle elsker formanden" i Sygeplejersken nr. 23/2006.

Jeg sidder med *Sygeplejersken* nr. 23/2006 og læser om kongressen. På side 20 mødes jeg af overskriften: "Alle elsker formanden." Artiklen handler om debatten på kongressen om formandens løn.

Faktisk var jeg selv til stede under debatten, og jeg oplevede en stor og varm opbakning til formandens linje og til Connie Kruckow som person.

Jeg er stolt af at have en formand, der er placeret så højt i magthierarkiet i Danmark.



Jeg respekterer hende, jeg synes, hun leverer resultater, og at hun er en værdig repræsentant for Dansk Sygeplejeråds medlemmer, og i lighed med kongressens flertal synes jeg, at hun fortjener hver krone af sin løn.

Men jeg elsker hende altså ikke! Jeg elsker min mand, mine børn, mine forældre og til nød min kat!

Men altså ikke hverken min formand, min chef eller min tandlæge.

Kirsra Ahlebæk er rektor på Bornholms Sundheds- og Sygeplejeskole.

Hvad mener du

www.sygeplejersken.dk

Denne uges spørgsmål på www.sygeplejersken.dk

Har du som pårørende haft negative oplevelser med sundhedsvæsenet?

Læs artiklen "Jeg blev så vred" side 34

Svar på spørgsmål stillet i Sygeplejersken nr. 22/2006

Har du selv pådraget dig en arbejdsskade i forbindelse med håndtering af en meget overvægtig patient?

Svar	antal	pct.
Ja	54	22,9
Nej	163	69,1
Ved ikke	19	8,1
Total	236	100,1

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



Jacob Birkler

Tavs uvidenhed er tegn på faglig forkalkning

Frugtbar tavs viden kan udvikle sig til ufrugtbar tavs uvidenhed i en klinisk skulderklapsforening, hvor erfarne sygeplejersker bekræfter hinanden i det, der anses for korrekt sygepleje.

Hvad skaber en god sygeplejerske? Et spørgsmål, som ikke blot er aktuelt på sygeplejeskolerne, men også i klinisk praksis, hvor hverdagen ofte skaber nye udfordringer. En ting synes dog at stå klart. En god sygeplejerske har både tillært sig en mængde viden og indøvet en række erfaringsbaserede kundskaber. Det sker med det mål at kunne mestre sygeplejens praksis. Det er ad den vej, at der gennem mange år har været fokuseret på forholdet mellem viden og tavs viden i sygeplejen. Der synes at være enighed om, at sygeplejersken ikke blot skal tilegne sig akademiske kompetencer, men fortsat må lade praksis konsolidere de kundskaber, som tavs former de gode karakteregenskaber. Det kan der siges meget om, hvilket en lang række kandidatspecialer i sygepleje bevidner. Jeg mener imidlertid, at hele denne diskussion mangler en dimension. Når vi taler om viden, må vi nødvendigvis inkludere uvidenhed. Samtidig må vi i talen om tavs viden også inddrage tavs uvidenhed.

Sygeplejersken besidder en stor mængde viden. Hun har med andre ord begreb om sygeplejens mangfoldige praksis. I takt med den kolossale vidensproduktion i sundhedsvæsenet må sygeplejersken imidlertid hele tiden opdatere sin viden. Det er her, uvidenheden viser sig at være frugtbar. Det er netop gennem ydmyghed over for det, sygeplejersken ikke ved, ny viden skabes. Uvidenhed skal derfor ikke forstås statisk og negativt, som manglende kapital i vidensbanken. Uvidenhed skal derimod forstås dynamisk, som en særlig tilgang til viden. Trods sygeplejerskens årelange erfaring inden for eksempelvis onkologien giver hun sig selv ret til at være uvidende, hvilket åbner for ny viden og mulig afkræftelse af fordomme. Uvidenhed er med andre ord en nødvendig betingelse for ny viden.

Den tavse viden henviser til grebet i praksis. Gennem erfaring har sygeplejersken tilegnet sig et godt greb i praksis, hvorigennem de mange forskellige situationer håndteres. Der bliver lagt meget vægt på denne tavse viden og den umiddelbare tilgang til praksis. I sygeplejelitteraturen vil man kunne finde denne tanke præsenteret hos eksempelvis *Patricia Benner* og *Kari Martinsen*, uden sammenligning i øvrigt. Den tavse viden vil kunne bruges som redningsvest, når den truende akademiseringsbølge vælter ind over land. Stadigt oftere hører man derfor floskler såsom: "En ting er teori, noget andet er praksis." Jo mere tavse og umiddelbare vi er, desto bedre. Problemet er blot, at den frugtbare tavse viden kan udvikle sig til tavs uvidenhed. I modsætning til den førnævnte bevidste uvidenhed vil denne tavse uvidenhed være særdeles ufrugtbar. Den tavse uvidenhed viser sig som faglig blindhed. Der skabes en klinisk skulderklapsforening, hvor erfarne sygeplejersker bekræfter hinanden i det, der anses for korrekt sygepleje. Et andet ord for tavs uvidenhed er faglig forkalkning. Vi gør det, vi altid har gjort, for det er nu engang det bedste. Der skabes immunitet over for det ukendte, og det kendte stadfæstes. Der eksisterer således en hårfin grænse mellem tavs viden og tavs uvidenhed, som kræver opmærksomhed.

Det centrale budskab er, at der ikke blot er forskel på viden og tavs viden. Der er tilmed stor forskel på uvidenhed og tavs uvidenhed. Uvidenhed er en nødvendig forudsætning for ny viden, hvor den tavse uvidenhed kan være en forhindring for opøvelsen af nye kundskaber i sygeplejen. Konklusionen må være, at den gode sygeplejerske med fordel kan forholde sig ydmy, både når det gælder viden og tavs viden.

Jacob Birkler er lektor på jordemoderuddannelsen, CVU-Vest. jaca@esenet.dk

Nye kompetencer?

Sundhedsfaglig diplomuddannelse

Moduler forår 2007:

- Det sundhedsfaglige obl. modul
- Kommunikation
- Udviklingsbaseret og forskningsorienteret praksis i relation til
 - sundhedsformidling og klinisk uddannelse
 - klinisk professionspraksis
 - sundhedsfremme og forebyggelse
- Afgangprojekt

Pædagogisk diplomuddannelse med et sundhedsfagligt sigte

Moduler forår 2007:

Kost, ernæring og sundhed

- Videnskabsteori og pædagogik
- Human ernæring
- Kost, ernæring, sygdom og forebyggelse
- Afgangprojekt

Idræt

- Motorisk udvikling og kropslig læring
- Idrætsdidaktik og kropfilosofi
- Krop, bevægelse og kommunikation
- Afgangprojekt

Klinisk vejleder

Klinisk vejlederuddannelse for undervisere på mellemlange videregående uddannelser.

Konsulentytelser

Skræddersyede uddannelsesforløb og bistand i relation til forandringsprocesser og sundhedsfaglige udviklings tiltag. Kontakt Anne Regitze Lind-Holm, arlh@cvukbh.dk, tlf. 4829 4702

Mere information

www.cvukbh.dk

Susan Eirfeldt, Tlf 4829 4725
se@cvukbh.dk

navne

Årets ildsjæl fra Ringsted

Afdelingssygeplejerske *Anita Rasmussen* fra Operations- og sterilafdelingen på Ringsted Sygehus har fået Vestsjællands amtskreds' pris som årets ildsjæl. Begrundelsen for prisen går bl.a. på et stort engagement, som er med til at øge sikkerheden og trivlsen for både patienter og medarbejdere.

(sbk)



Nanette Qvistorff.



Anita Rasmussen.

Pris for arbejde med kræftramte børn

Sygeplejerske *Nanette Qvistorff*, Rigshospitalet, har modtaget Sygeplejerskeprisen 2006, uddelt af Dansk Sygeplejeråd Hovedstadens amtskreds. Nanette Qvistorff har i over seks år ydet en engageret og fremragende sygepleje til alvorligt kræftsyrge børn på Rigshospitalet.

Prisen tilfalder hvert år en sygeplejerske i en basisstilling, som yder kvalificeret sygepleje gennem fagligt engagement, giver kolleger faglig sparring og er en god rollemodel for studerende.

in memoriam

Hanne Rosenberg Ebbesen

Tirsdag den 17. oktober 2006 mistede vi vores gode kollega og trofaste medarbejder *Hanne Rosenberg Ebbesen*. Hun var igennem 25 år ansat i Fredericia Kommunes Ældrepleje. For Hanne var dette ikke kun et job. Hun var konstant på jagt efter ny viden, der kunne komme borgerne til gavn, en viden hun gerne delte med kollegerne, uanset faggruppe. Hanne havde altid tanke for andres behov, det gjaldt såvel borgerne som kollegerne.

Hanne var på flere områder en ildsjæl. Hun var som tillidsrepræsentant aktiv og altid opmærksom på at yde sit bedste, uanset hvor vanskelig opgaven end måtte være. Den palliative indsats var et andet område, hvor vi kunne nyde gavn af Hannes store viden og indsigt, såvel fagligt som personligt. Og selvom det sidste halve år tog meget på kræfterne, så vedblev Hanne med at have troen på, at hun kunne komme tilbage og genoptage det job, som hun brændte så meget for.

Familien betød meget for Hanne. Hun satte altid egne behov til side for at kunne være der for den. For godt to år siden havde Hanne den store glæde at blive mormor til *Ida*, som hun fulgte tæt. Vores tanker går til familien, der ikke kun har mistet en hustru, mor, svigermor og mormor, men også det naturlige samlingspunkt. Æret være Hannes minde.

På kolleger og ledes vegne,
Bente Sørensen og Hanne Rasmussen, Fredericia Kommunes Ældrepleje.

Redaktion

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

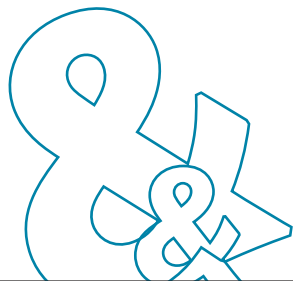
I Sygeplejerskens faglige sektion findes artikler, herunder resumeer af international forskning og anmeldelser, skrevet af sygeplejersker eller andre fagpersoner. Artiklerne i denne sektion er godkendt efter sygeplejefaglig vurdering og vejledning.

faglige artikler

På www.sygeplejersken.dk findes

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

Vejledninger tilsendes også ved henvendelse til redaktionen 3315 1555



Essensen i en fænomenologisk undersøgelse

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.

Fænomenologi er en metodologi, der kan bruges i kvalitative undersøgelser. Fænomenologi bruges, når man vil beskrive oplevelser og belyse det væsentlige, essensen, af noget. I denne analytiske artikel diskuterer forfatteren Karin Dahlberg, som er den sygeplejerske i Norden, der sandsynligvis ved mest om fænomenologi, hvordan man i en fænomenologisk undersøgelse når frem til essensen af det fænomen, man studerer. Artiklen er en fænomenologisk analyse af fænomenet essens. Ligesom i en hvilken som helst fænomenologisk undersøgelse er vejen til fænomenets essens ikke ligetil, men går via fyldige beskrivelser af fænomenet i flere variationer. Således også i denne artikel. Med reference til filosofferne Husserl og Merleau-Ponty og til egen livsverden eksemplificerer Dahlberg konkret med fænomenet hest, hvordan forskellen er på almindelig daglig forståelse og den fænomenologiske holdning, som beskriver hesten i forhold til f.eks. en zebra. Det fremhæves gentagne gange, at i en fænomenologisk undersøgelse kan forskeren ikke stå uden for vinduet og observere, forskeren indgår i konteksten, som derfor også skal beskrives.

Forfatteren finder gennem denne analyse, at fænomenet essens skal forstås som fænomenet selv, det kan ikke adskilles fra fænomenet, det er den stil, som fænomenet viser sig i gennem en analytisk, fyldig beskrivelse.

Artiklen er et godt bud på en fænomenologisk undersøgelse og samtidig en metodeartikel, det er værd at læse for de sygeplejersker, der ønsker at studere et fænomen, f.eks. hvordan det er at være syg, rask, patient, pårørende eller handikappet. Artiklen er et værdifuldt bidrag til metodelitteraturen på dette felt.

Af Elisabeth Hall, lektor, ph.d.
eh@sygeplejevid.au.dk

Pårørendes medvirken ved pleje af døende – et litteraturstudie

Andershed B. *Relatives in end-of-life care – part 1: a systematic review of the literature the five last years, January 1999-February 2004. Journal of Clinical Nursing* 2006;15:1158-69.

Formål: At gennemføre en systematisk gennemgang af litteratur publiceret fra 1999-2004 med fokus på pårørendes situation og behov i forbindelse med palliativ pleje.

Metode: Litteraturen er søgt i databaserne Medline og CINAHL under relevante termer. Studier, hvori patienten var et barn, blev ekskluderet. I alt fremkom 690 studier. Ved gennemlæsning af titel og resume blev 500 studier ekskluderet. De øvrige studier blev herefter gennemlæst, og yderligere ca. 100 studier blev ekskluderet, fordi de omhandlede sorgperioden efter patientens død. De resterende studiers kvalitet blev herefter vurderet, hvilket betød, at litteraturgennemgangen byggede på 49 studier, der blev vurderet til at være af middel til høj kvalitet.

Resultater: Det var af stor betydning for

de pårørende, at de havde en følelse af sikkerhed og tillid i forhold til personalet. Materialet kunne yderligere inddeles i to hovedkategorier:

”At være tæt pårørende i forhold til situationen,” og ”At være tæt pårørende i forhold til behov.” Til disse kategorier fremkom yderligere en række underkategorier.

Bemærkninger: Pårørende yder en stor indsats i forhold til pleje af en nærtstående. De pårørende står i den forbindelse over for en lang række problemer, som de sandsynligvis ikke har skullet løse før. Personalet spiller derfor en stor rolle i den forbindelse, da der jo ikke er mulighed for at gøre tingene om. Artiklen er en grundig gennemgang af den nyeste og bedste litteratur på området og kan således medvirke til at opdatere personalets viden både i den primære og i den sekundære sundhedssektor.

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

Livskvalitet i forbindelse med palliativ pleje – en litteraturgennemgang

Jocham HR, Dassen T, Widdershoven G, Halfens R. *Quality of life in palliative care cancer patients: a literature review. Journal of Clinical Nursing* 2006;15:1188-95.

Formål: At give indsigt i:

- internationale standarder til bestemmelse af livskvalitet i forbindelse med palliativ pleje
- forskningslitteratur og begrebsafklarende litteratur, der fokuserer på livskvalitet og sygdom, og
- foretage en afklaring af, hvordan sygeplejeforskere definerer og vurderer livskvalitet i forbindelse med pleje af terminalt syge patienter.

Metode: Søgning i databaserne Medline og CINAHL kombineret med hånd søgning. Der indgik litteratur for årene 1990-2004. I alt fremkom mere end 2.400 studier. Gennem systematisk udvælgelse på baggrund af in- og eksklusionskriterier

fremkom der 50 artikler, der indgik i det endelige litteraturstudie. Resultater: Litteraturen er gennemgået, så der gives en beskrivelse i forhold til følgende områder: Definition af begrebet livskvalitet, hvorfor skal man vurdere livskvalitet, sammenhæng mellem livskvalitet og fokus for sygepleje, modeller, der er benyttet i livskvalitetsforskning hos patienter med cancer, svagheder ved sygeplejeforskning i livskvalitet. Bemærkninger: Livskvalitet bliver mere og mere udbredt som endemål i forbindelse med forskning, men det er sjældent defineret præcist og kan derfor fremstå som et luftigt begreb, som forskere, borgere og politikere kan benytte efter forgodtbefindende, derfor er det vigtigt med en grundig begrebsafklaring. Begrebsafklaring er en lang proces, dette studie skal ses som en begyndelse.

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



Når håndhygiejne og ærmelængde kolliderer

Af Jette Holt, hygiejnesygeplejerske, Anni Petersen og Catrin Reese, amtshygiejnesygeplejersker

► Indlægget henvender sig til sygeplejersker, som i deres arbejde udfører håndhygiejne. Hovedbudskabet er, at lange ærmer er uforenelige med korrekt håndhygiejne.

Ud fra et infektionshygiejnisk synspunkt drejer uniformering og håndhygiejne sig om forebyggelse af krydssmitte mellem patient og personale og mellem personale og patient. Det er vist, at mikroorganismer overføres via direkte og indirekte kontakt, og at hænderne er en vigtig faktor i den sammenhæng. Mikroorganismer kan overleve fra minutter til timer på hænder og i månedsvis på overflader. De mikroorganismer, som vi forbinder med nosokomielle infektioner, er mikroorganismer, som tåler denne overførelse fra den ene person til den anden via forurenede udstyr og hænder, der berører dette udstyr.

En effektiv håndhygiejne før kontakt med rene genstande eller før rene procedurer og efter kontakt med såvel synligt som ikke synligt forurenede udstyr eller overflader har en veldokumenteret effekt i forhold til at nedbringe forekomsten af krydsinfektioner.

Skal udføres af alle

Håndhygiejne skal udføres af alle med fysisk patientkontakt, dvs. alt sundhedsfagligt personale, der indgår i pleje, behandling og genoptræning, men også af personale, der har kontakt med organisk materiale fra patienter. Inddrager man pårørende i den daglige pleje, skal de på samme vis instrueres i korrekt håndhygiejne. Håndhygiejne er med andre ord relateret til arbejdsopgaven og ikke til den enkelte faggruppe.

Håndhygiejne indbefatter enten hånddesinfektion eller vask af håndflader, håndrygge, fingre og håndled og også underarme, når disse har været i kontakt med patienten. Lange ærmer, hånd- og armskinner samt håndleds- og fingersmykker under albueniveau umuliggør i sagens natur, at proceduren kan udføres korrekt. Det er ikke muligt at udføre håndhygiejne, der indbefatter håndled og underarme med lange ærmer. Dels afsættes mikroorganismer i tøjet, og især kanten af ærmerne forurenes, men man afsætter også mikroorganismer i selve ærmet, når man smøger det op for at udføre håndhygiejne. Hermed udgør ærmerne en risiko for, at hænderne bliver genforurenet, når hænderne berører ærmerne for at smøge dem ned igen.

Eksisterende langærmede sjælevarmere er udarbejdet til personale, der beskæftiger sig med ikke-patientrelateret arbejde, og kan anvendes af personale, der f.eks. udfører kontorarbejde. Overtrækstøjet skal efterlades på kontoret, når man igen skal beskæftige sig med den direkte patientkontakt.

Baseret på interventionsstudier

De hygiejniske retningslinjer for håndhygiejne og forudsætningerne for at kunne udføre denne korrekt er baseret på interventionsstudier, hvor der i forbindelse med udbrud med f.eks. Methicillinresistente stafylokokker er sat fokus på håndhygiejne og metodens korrekte udførelse. I sagens natur kan der ikke udføres klinisk kontrollerede forsøg, for forsøgspersoner må ikke udsættes for en behandling, som er ringere end den allerede kendte. Evidens for at udstikke retningslinjer, hvori der indgår anbefalinger for korte ærmer over albueniveau, er således begrundet i en viden om mikroorganismers



Lange ærmer og god håndhygiejne hører ikke sammen. Mikroorganismer vil afsættes i stoffet, når du skubber ærmet op, og dermed blive transporteret videre til alle genstande og personer, som ærmerne kommer i kontakt med. Videre er det vanskeligt at få vasket håndleddene korrekt med lange ærmer.

overførelse og konsekvenserne heraf, samt forebyggende foranstaltninger, der har vist en effekt.

Der er således ingen hygiejnemæssig begrundelse for langærmede kitler. Derimod møder vi som hygiejnesygeplejersker i vores rådgivende og vejledende arbejde mange forklaringer, undskyldninger og argumenter for, hvorfor man har lange ærmer. Men det er en helt anden sag og har intet med viden om smittespredning og forebyggelse at gøre.

Ca. 10 pct. af alle patienter indlagt på hospital pådrager sig en nosokomial infektion. Hvis man ønsker at mindske denne risiko, er håndhygiejnen et godt sted at tage fat.

Se hvorfor og hvordan på www.ssi.dk/haandhygiejne

*Jette Holt er hygiejnesygeplejerske på Statens Serum Institut, jho@ssi.dk
Anni Petersen er amtshygiejnesygeplejerske i Fyns Amt,
Catrin Reese er amtshygiejnesygeplejerske i Vejle Amt.*

►► **METODE.** Sygeplejerskerne i undersøgelsen er inkluderet ved et uformelt møde i vores kliniske praksis, hvor overvægt var på dagsordenen. Tre overvægtige sygeplejersker fortalte spontant om problemer med at tale med patienterne om deres vægtproblem. Sygeplejerskernes fortællinger er herefter nedskrevet og analyseret. Fortællingerne bidrog til at få fokus på relationen og tilliden mellem sygeplejersken og patienten i den sundhedsfremmende samtale, hvor patienten oplevede sygeplejersken som magtfuld og utroværdig.

Sygeplejerskers overvægt – privatsag eller faglig problemstilling?

►► Artiklen henvender sig til sygeplejersker med interesse for overvægt og sundhedsfremme. Den er baseret på tre sygeplejefortællinger, og hovedbudskabet er, at sygeplejersker bliver nødt til at diskutere overvægt, også inden for egne rækker.

Det er vanskeligt for patienter at se overvægtige sygeplejersker som rollemodeller i en sundhedsfremmesamtale. Det fremgår af tre overvægtige sygeplejerskers fortællinger om deres erfaringer med at tale med patienter om vægtproblemer.

Fortællingerne viser, at sygeplejerskers vægtproblemer ikke er en privat sag. Det er snarere en faglig problemstilling, som sygeplejersker må forholde sig til i det kollegiale samarbejde i klinisk praksis (se boks).

Overvægtige sygeplejerskers troværdighed

En overvægtig patient siger under en sundhedsfremmende samtale til en overvægtig sygeplejerske:

”Hvordan skal jeg kunne tage din vejledning seriøst? Jeg mener, du sidder og fortæller om vigtigheden af fedtfattig kost, hvis man skal tabe sig, og så er du selv rigtig tyk, det er ikke for at være uhøflig, men det kan jeg ikke tage alvorligt.”

Sygeplejerskens troværdighed bliver sat på spil, når der ikke bliver sat ord på sygeplejerskens eget vægtproblem over for patienten. Det fører til, at patienten ikke oplever ligeværd i situationen, men i stedet føler sig alene med sit vægtproblem.

Som mennesker har vi samme værdi og er lige meget værd. Og vi er grundlæggende afhængige af hinanden i livets forhold (1). Overføres denne måde at tænke på til sygeplejerske-patient-relationen, betyder det, at ligeværdighed baserer sig på oplevelsen af fællesskab med andre. Udlagt på den måde får patienten vanskeligt ved at opleve den overvægtige sygeplejerske som troværdig, når der er disharmoni mellem det, hun siger, og det, hun viser med sin krop. Overvægtige sygeplejerskers fremtoning medfører, at patienter ikke ser dem som professionelle personer, der er i stand til at hjælpe med at finde ressourcer og handlemuligheder i forhold til vægtreduktion. På den baggrund kommer sygeplejersker til at fremstå, som om de ikke kan handle fagligt ansvarligt

i forhold til en sundhedsfremmende indsats. Derved bliver sygeplejerskers egne vægtproblemer en hindring for patienters oplevelse af tillid til sygeplejersken som fagperson med troværdige faglige kompetencer. Patienterne kan se, at sygeplejerskerne ikke efterlever de sundhedsideal, som patienterne undervises i. Det medfører, at patienterne mangler tillid til sygeplejerskernes faglige viden.

Sygeplejerskers vægtproblemer

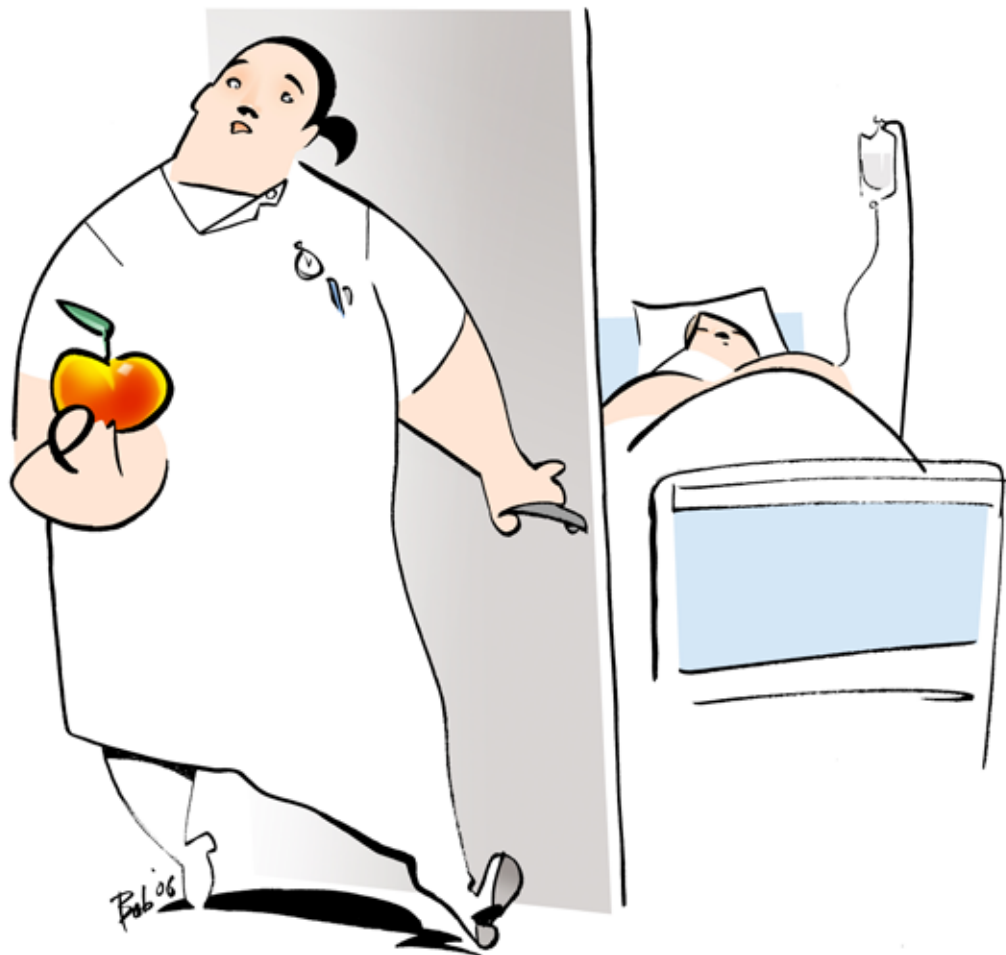
”Overvægtige patienter belaster sundhedsvæsenet” (2). Med 1,7 mio. overvægtige danskere taler Sundhedsstyrelsen om vægtproblemerne som en folkesygdom. Ca. 400.000 karakteriseres som fede (3). Både sundhedspolitik og sundhedsfagligt rettes opmærksomheden mod følgerikninger af overvægt.

Sygeplejersker følger den negative vægtudvikling i samfundet. En livsstilsundersøgelse fra 1993 baseret på 23.200 sygeplejersker viser ud fra BMI-målinger, at 22,7 pct. er overvægtige, og 5,2 pct. kan karakteriseres som direkte fede. En followup i 1999 viser, at 89,9 pct. forbliver overvægtige, og 17,3 pct. af de normalvægtige fra 1993 er overvægtige i 1999 (4).

Dem og os

En forudsætning for at kunne forholde sig til andre mennesker med samme sundhedsproblem er, at man kan forholde sig til sig selv. En vigtig tilgang til sygeplejerskers sundhedsfremmende samtaler med patienter er derfor, at sygeplejerskerne er på det rene med deres eget vægtproblem og er i stand til at forholde sig til, hvad deres egen overvægt kan betyde i en sundhedsfremmende samtale med patienter med vægtproblemer. Sygeplejersker vil i særlig grad fremstå som troværdige, hvis de i den sundhedsfremmende samtale kan sætte deres egen overvægt i tale.

Idehistoriker *Dorte Jørgensen* taler om fænomenerne ”dem” og ”os,” som er hinandens modsætninger (5). Hvis denne skelnen overføres på den sundhedsfremmende samtale mellem en overvægtig sygeplejerske og en patient, kan sygeplejersken med vægtproblemer betragte patienten med vægtproblemer som ”dem.” Derved undlader hun at forholde sig til sig selv og det vægtproblem, som hun og patienten er fælles om at have. At sygeplejersker ikke forholder sig til deres eget vægtproblem, ses bekræftet



af den sparsomme debat, der er om overvægtige sygeplejersker. (6).

Skyld og skam

Overvægt kan være behæftet med skyld og skam. Følelser, der er med til at forklare, at sygeplejersker ikke taler med patienter om deres egen overvægt. Hvis sygeplejersken undlader at tale om overvægt med de overvægtige patienter, slipper hun for at blive konfronteret med sin egen overvægt. Det placerer overvægtige sygeplejersker i et fagligt dilemma, hvis det er personlige hensyn, som får dem til at undlade at tale om overvægt. De lever derved ikke op til deres faglige ansvar med en forpligtigelse til at gøre patienterne opmærksomme på de risici, der er forbundet ved overvægt.

Skal sygeplejersker tale om egen overvægt?

Sygeplejerskens troværdighed er væsentlig i en sundhedsfremmende samtale. Derfor kan det diskuteres, om overvægtige sygeplejersker overhovedet kan indgå i sundhedsfremmesamtaler om overvægt. Psykolog *Elisabeth Arborelius*, der har arbejdet med sundhedsfremme og patienters livsstil, mener, det kan være hensigtsmæssigt, at sundhedsprofessionelle kommenterer deres egen overvægt for at virke troværdige.

Sundhedsprofessionelle behøver ikke nødvendigvis altid at være et forbillede for patienterne, men de skal være troværdige (7). Det er sygeplejersken, der har en faglig kompetence, som kan medvirke til at skabe nye muligheder for patienter med overvægt i den sundhedsfremmende indsats. Derfor kan det af patienten opfattes som utidig indblanding, hvis sygeplejersken bringer egne sundhedsproblemer ind i patientsamtalen. "Når det af de tre sygeplejefortællinger fremgår, at det ikke virker fremmende for sundhedssamtalen, at sygeplejersken er overvægtig, betyder det så, at den overvægtige sygeplejerskes normalvægtige kollega skal overtage den sundhedsfremmende samtale med overvægtige patienter?"

"Vil det medføre et stigende antal opgaver for ikke-overvægtige sygeplejersker?"

"Kan undervægtige sygeplejersker vejlede overvægtige?"

"Hvordan vil det være som overvægtig sygeplejerske at blive konfronteret med at være utroværdig i sundhedsfremmesamtaler og i den forbindelse få frataget arbejdsopgaver?"

"Hvordan vil det være som normalvægtig sygeplejerske at skulle forholde sig til en overvægtig kollegas troværdighed?"

Det er diskussioner, som ikke kan undgå at påvirke følelserne blandt sygeplejersker.

Fremtidens rollemodel

Vi har beskrevet sygeplejerskers vægtproblemer i patientens optik. Overvægt har også politisk bevågenhed i Regeringens Folkesundhedsprogram (3).

I 1999 så daværende sundhedsminister *Carsten Koch* (S) sygeplejersker som rollemodeller under overskriften "Røgfri rollemodeller" i forhold til rygeafvænnning. Røgfri sygeplejersker blev set på som uundværlige rollemodeller og medspillere i den sundhedsfremmende indsats for Rygestop (8). Hvis der sættes lighedstegn mellem rollemodeller i forhold til rygning og overvægt, vil det betyde, at ikke-normalvægtige skal på slankekur for at blive rollemodel i den sundhedsfremmende indsats mod overvægt.

En tanke, som ikke ligger fjernt fra virkeligheden. Et stigende antal virksomheder retter opmærksomheden mod at styrke ar- ►



CVU Øresund og Statens Serum Institut

Ansøgning til

SPECIALUDDANNELSE FOR SYGEPLEJERSKER I INFEKTIONSHYGIJNE (HYGIEJNESYGEPLEJERSKER)

CVU Øresund udbyder i fællesskab med Statens Serum Institut Specialuddannelse for sygeplejersker i infektionshygiejne (Hygiejnesygeplejersker)

Uddannelsens målgruppe er sygeplejersker, der arbejder eller ønsker at arbejde med infektionsprofylakse og infektionsbekæmpelse i sundhedsvæsenet.

Adgangsbetingelser:

autorisation som sygeplejerske - mindst 2 års klinisk erfaring fra ansættelse i sygehus-afdeling(er) - mindst 1 års videregående uddannelse indenfor sygeplejen efter sygeplejer-skeuddannelsen - erfaring fra ledelse og undervisning - gode engelskkundskaber og erfaring med EDB på bruger-niveau - erfaring i skriftlig fremstilling af rapporter o.lig.

Uddannelsens hovedperspektiver:

1. Klinisk infektionshygiejnisk sygepleje
2. Kvalitetsudvikling, undervisning og vejledning
3. Koordinering, tværfagligt og tværsektorielt samarbejdende.

Uddannelsens tilrettelæggelse:

Uddannelsen foregår ved CVU Øresund, enten afdelingen i Sigurdsgade nr.34 2200 København N eller afdelingen på Turkisvej 14 2730 Herlev og i klinisk praksis. Uddannelsen er på 30 studieuger fordelt på 3 teorikurser af hver 6 ugers varighed og 3 kliniske perioder på henholdsvis 2, 6 og 4 uger. Uddannelsen er på 45 ECTS point. Inden uddannelsen påbegyndes, skal der foreligge en aftale med de afdelinger, hvor de kliniske perioder skal gennemføres.

Uddannelsesperiode:

12. november 2007 til 24. juni 2008

Uddannelsens pris: Dk. kr. 72.000

Ansøgningsfrist: 31. maj 2007

Ansøgningskema samt information om uddannelsen rekvireres hos uddannelsessekretær Birthe Johannesen tlf. 3524 5321 mail: bj@cvuoeresund.dk Der henvises i øvrigt til CVU Øresunds Hjemmeside www.cvuoesund.dk efter- og videreuddannelse selvstændige uddannelser hygiejnesygeplejerskeuddannelsen og til Statens Serum Instituts hjemmeside www.ssi.dk Public Health Hygiejne. Uddannelsen oprettes kun såfremt antallet af deltagere er tilstrækkeligt.

rollemodeller

► bejdsmiljøet gennem sund kost og motion for de ansatte. I sygeplejerskers arbejdsmiljø kunne sund kost og motion blive et personalegode med den sidegevinst, at sygeplejersker som normalvægtige rollemodeller kan fremstå som troværdige over for patienter med vægtproblemer.

Fremtidens sygehusvæsen vil være røgfrit og kostreguleret. Der vil ikke kun være en rygepolitik for de ansatte i sundhedsvæsenet, men også en kostpolitik.

*Helen Frost er ansat i Odense Kommune, fff-tre@familie.tele.dk,
Marie Jørgensen er oversygeplejerske på Sct. Hans Hospital,
Lise Hounsgaard er ansat som adjunkt i Enheden for Sygeplejeforskning, Klinisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet.*

Litteratur

1. Martinsen K. Omsorg, sykepleie og medisin. Oslo:TANO; 1989.
2. Havemann L. Overvægtige patienter belaster sundhedsvæsenet. Sygeplejersken 2003;(38):6.
3. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010: Regeringen; 2002.
4. Simonsen MK. Body Mass Index og selvvrurderet helbred – en prospektiv kohorteundersøgelse, der belyser effekten af ændring i vægt på ændring af selvvrurderet helbred blandt sygeplejersker. København: MPH nr. 153: Master of Public Health, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet; 2005.
5. Jørgensen D. Viden og visdom. Frederiksberg: Det Lille Forlag; 1. oplag; 2002.
6. Overgaard D. At leve med overvægt – en undersøgelse af overvægtiges levede erfaringer I: Skrift-serie fra Danmarks Sygeplejehøjskole ved Aarhus Universitet; 1998:56.
7. Arborelius E. Hvorfor gør de ikke som vi si'r? Ringkøbing: Sundhedsfremmeafdelingen; 2002. Koch C. Røgfri rollemodeller. Sygeplejersken 1999;(14):22.

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Frost H, Jørgensen M, Hounsgaard L. Nurses' obesity – a private matter or a professional issue? Sygeplejersken 2006;(24):50-2.

Three obese nurses talk about their experience talking to patients with a weight problem. Patients find it difficult to regard obese nurses as role models in relation to conversations about health promotion.

Weight problems are not a personal matter, but rather a professional issue to which nurses in clinical nursing practice must relate.

Obese patients do not trust nurses with a weight problem and experience disharmony between what the nurses say and what they demonstrate with their own bodies.

This begs the question: Does a nurse have to be of average weight to engage in health-promotional interviews with obese patients? Will the hospital service of the future have both a smoking policy and a dietary policy for its staff?

Key words: Obese nurses, health promotion, credibility.

Har du en idé eller en case til det næste Dilemma, så send den til redaktionen@dsr.dk Indlægget må højst fylde 1.000 anslag uden mellemrum. Husk navn, medlemsnummer, adresse, arbejdsadresse og tlf.nr. under dit forslag. Du kan også ringe til *Jette Bagh*, tlf. 4695 4187 eller *Eyv Ravn*, tlf. 4695 4256 og fortælle din historie. Læs hvad Sygeplejeetisk Råd mener om det aktuelle Dilemma på www.sygeplejeetiskraad.dk Her kan du også læse Dilemma og svar bragt i tidligere numre af *Sygeplejersken* samt svar, der ikke er trykt i bladet.



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

dilemma

Din mening. Det vrirler med etiske dilemmaer i sygeplejen. *Sygeplejersken* vil gerne høre, hvad du ville gøre, hvis ... Læs historien nedenfor og send dine overvejelser til: redaktionen@dsr.dk senest tirsdag den 5. december kl. 12.00. Det må højst fylde 1.000 tegn uden mellemrum. Husk at oplyse navn og arbejdssted. Redaktionen bringer et udvalg af svarene i næste nummer af *Sygeplejersken*.

Ekspertpatientens domæne

Hr. Svendsen på 57 år ankommer tre gange om ugen til dialyseafdelingen for at blive koblet til en maskine, og det har han gjort i fem år. Under dialysen plejer han at læse motorcykelblade eller gætte krydsogtværs. Hjemme i garagen har han en ny BMW og to veteranmotorcykler, men med nyresygdom og hvad deraf følger, er det småt med køreturene. Svendsen ved nok, hvordan en dialyse skal foregå, og han har en fin næse for nye og usikre sygeplejersker.

Lotte er netop startet på afdelingen, hun har et halvt års erfaring fra et vikariat på medicinsk afdeling, nu er hun blevet fastansat, og det er hun rigtig glad for.

Hun har læst om ekspertpatienter, der ved mere om deres sygdom end både læger og sygeplejersker, men tænker, at det er en udfordring at møde patienter, som ikke ligger under dynen med sænket blik og taknemmelighed på læben.

Svendsen får dog Lotte til at miste modet. Da hun kortvarigt fumler lidt med klargøringen af maskinen, tilkaster han hende et hånligt blik. "Det er ikke studenterhuen, der trykker, hvad Lotte?"

Lotte vælger at overhøre bemærkningen. I løbet af dagen får Svendsen et par gange pointeret, at han bestemt ikke anser Lotte for at være særlig kvik.

Hun overvejer, om hun skal svare igen, men ender med at gå nedbøjet hjem. "Har jeg valgt et forkert speciale?" tænker hun.



Hvad synes du, Lotte skal gøre med relationen til sin ekspertpatient?



Synergi

DSR's nyhedsbrev

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

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



Ring efter vor nye brochure!

Ny Silentia Silver Line

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



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

3-delt mobil gavlskærm

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



behandlersygeplejersker



Kursisterne sidder ved to borde. Ved hvert bord sidder en læge og dissekerer.



Der er stor interesse for at følge lægens dissektion.

Dissektionskursus for behandler

►► Artiklen henvender sig til behandlersygeplejersker og operatonsygeplejersker. Hovedbudskabet er, at dissektionskurser er værdifulde for sygeplejersker, der skal i gang med at diagnosticere og behandle lettere skader.

Flere og flere danskere kommer på skadestuen uden at møde en læge, fordi sygeplejerskerne overtager stadigt mere af lægernes arbejde.

Derfor er der nogle steder i landet arbejdet målrettet med uddannelse af behandlersygeplejersker til at varetage den primære behandling eller dele af den på skadestuer rundt omkring i landet.

Der er gjort mange erfaringer, og det udmøntes nu i fast sygeplejebemanning på skadestuerne, hvor sygeplejerskerne enten erstatter eller samarbejder tæt med lægerne.

Flere amter rundt omkring i landet har investeret i ekstra uddannelse af sygeplejersker til at varetage disse opgaver.

I forbindelse med undervisning i håndkirurgi har vi som supplement til den anatomiske undervisning skabt et dissektionskursus i samarbejde med Medicinsk-Anatomisk Institut på Panum Institutet, Københavns Universitet. Herved har vi fået mulighed for – på præparater – at vise anatomi, diskutere behandlingstiltag og illustrere, hvorfor nogle brudtyper lettere vokser skævt sammen eller heler dårligt forklaret ud fra de anatomiske strukturer.

Kurset er videreudvikling af dissektionskursus for læger, som har været afholdt samme sted siden 1997, hvor vordende speciallæger i ortopædkirurgi og håndkirurgi har haft mulighed for at øve operationsadgange og samtidig lære anatomi, inden kniven skulle føres på rigtige patienter.

Undervisningen i anatomi er gennem de senere år blevet nedprioriteret i både Danmark og Sverige. Det gælder ikke bare på lægestudiet, men også i sygeplejen til skade for forståelsen af sygdomme og forandringer i bevægeapparatet. Det er vores overbevisning, at hvis man ikke har tilstrækkeligt kendskab til den normale anatomi, kan det være svært at forholde sig til, hvad der er unormalt eller patologisk. Dette giver problemer ved de vurderinger, der ligger til grund for diagnose og behandling i forbindelse med skader. Vi har derfor lagt vægt på at øge kendskabet til den normale anatomi med fokus på klinisk relevans.

Anatomi kan til en vis grad læres ved selvstudie, tavleundervisning eller gennem PowerPoint-undervisning, som kan være nok så illustrativ, men man bibringes kun en todimensional forståelse for anatomi, som i virkeligheden bør anskues tredimensionalt. Den sidste og 3. dimension fås igennem dissektionskurser, hvor de rigtige strukturer ses, og hvor strukturernes materialeegenskaber kan føles og forstås.

Den rigtige behandling

Den teoretiske undervisning, som ligger forud, skal prøves af i virkeligheden. I dissektionssalen bliver fire dissektionsborde opstillet med et albue-, underarms- og håndpræparat på hvert. Præparaterne er optøede, og de forskellige strukturer fremtræder helt virkelighedstro. Omkring hvert bord står ca. ni behandlersygeplejersker og stikker hovedet frem. Ved hvert bord sidder en håndkirurg fra Danmark eller fra Sverige, og præparatet bliver analyseret og skåret op fra fingerspidserne og op til underarmen. Ikke sjældent er det vanskeligt for sygeplejerskerne helt at forestille sig, hvor tyk en fingernerve er, hvordan den ser ud, hvor skades den lettest, hvor stor er en fingersene, og hvordan er de præcist placeret i forhold til hinanden, hvordan ser forskellige



sygeplejersker

skader ud. Man demonstrerer, hvordan man lægger et såkaldt lazy-S-snit og andre incisioner langs fingeren. Samtidig illustreres en knivlæsion, hvor man gennem et tværgående skarpt snit, f.eks. over mellemlæddet, skærer nerver og sener igennem. Man ser, hvor lille snittet er, men når man åbner, ser man omfanget af skaden og kan bedre forstå problematikken omkring den efterfølgende behandling.

Sygeplejerskerne har under dissektionen hele tiden mulighed for at stille spørgsmål og selv afprøve senefunktioner ved at trække i disse. Samtidig får sygeplejerskerne også en klar forståelse af, at selv mindre skarpe læsioner i hånd og fingre kan give skader af alvorlig karakter. Derved øges viden om, hvor vigtig hurtig primær behandling og evt. videre visitering til håndkirurgiske eller ortopædkirurgiske afdelinger er. Primær og korrekt behandling af håndskader er altid bedst, og diagnostikken bygger helt på anatomien.

Sygeplejerskerne er ikke små læger

Nok kan erfarne sygeplejersker erstatte lægerne i den primære visitation og behandling af visse skader, men det er også vigtigt, at sygeplejerskerne kan stille den rigtige diagnose fra starten og vurdere, hvilke patienter der skal videre visiteres til lægelig behandling, og hvilke der kan afsluttes i sygeplejeregiet. Mange sygeplejersker har måske en angst for at træde for meget ind på lægeområdet, men alt i alt er behandlersygeplejersketiltaget blot et udtryk for bedre forbrug af de ressourcer, som er til rådighed på behandlingsafsnit som skadestuer. Mange mindre skader kan sagtens primært vurderes og behandles af sygeplejersker og også afsluttes i samme regi.

Praktiske færdigheder kan erhverves gennem øvelse på præparater.

På præparaterne er det muligt at afprøve og lære lokalbedøvelse på fingre i forbindelse med sårbehandling/sårvask og sammensyning af mindre rifter uden dyberegående læsioner.

Herved opnås en enestående mulighed for at træne relevante praktiske færdigheder så naturtro som muligt, før samme procedurer udføres på patienterne i praksis.

Teamwork

Det team, som arbejder med dissektion og undervisning af behandlersygeplejersker i håndkirurgi, er en skadestuesygeplejerske, en operationssygeplejerske, en dansk og en svensk håndkirurg samt en anatom fra universitetet. Dette team giver den bredde og indgang til undervisningen, som er nødvendig, når en ny form for undervisning skal introduceres og igangsættes for en faggruppe, som ikke tidligere har haft sin gang i dissektionsalene.

Alle fem har igennem mange år arbejdet med undervisning af sygeplejersker og læger i anatomi og klinik samt operationsteknik. Samtidig er teamet en del af et samarbejde i Øresundsregionen mellem den håndkirurgiske sektion på KAS Gentofte og på Malmö Universitets Sjukhus.

De nye tiltag med klinisk, anatomisk undervisning på præparater har været afprøvet fire gange over for i alt 80 behandler- og operationssygeplejersker med succes. Kurset har bidraget til, at sygeplejerskers kliniske erfaringer er blevet hængt op på de virkelige anatomiske forhold, så forståelsen for behandling af skader på de enkelte strukturer på hånd og underarm primært kan varetages korrekt. Teamet har planer om at udvide kurserne til også at omfatte svenske sygeplejersker i Øresundsregionen, så kurserne i fremtiden kan blive et tilbud til svenske og danske sygeplejersker på skadestuer, i ambulatorier og på operationsgange.

Mange sygeplejersker udviser stor interesse for at dygtiggøre sig inden for klinikken. Alligevel er det ofte svært for sygeplejerskerne at få den nødvendige undervisning i hverdagen, ikke mindst i et hospitalssystem, som er meget produktionsorienteret. Effektivisering og produktion er i højsædet på hospitalerne, mens efteruddannelse lider voldsomt. Måske en af årsagerne til, at effektivisering og produktionsøgning til tider synes besværlig?

Nina Vendel er operationssygeplejerske på KAS Gentofte, Ortopædkirurgisk operationsgang, n.vendel@c.dk

Uden enestående hjælp fra Medicinsk-Anatomisk Institut samt fra de personer, som donerer deres afsjælede legeme til forskning og undervisning, var denne undervisning ikke mulig.

Kontaktperson ved donation til Medicinsk Anatomisk Institut: Wivi Møller Jensen, wmj@mai.ku.dk

Gruppen bag undervisningen består af Janne Toftdal Dynesen, sygeplejerske, Amager Hospital, Skadestuen, Lars Dahlin, overlæge, Malmö Universitets Sjukhus, håndkirurgisk sektion, Finn Bojsen-Møller, Medicinsk-Anatomisk Institut, Panuminstituttet, Københavns Universitet, Niels Søb Nielsen, overlæge, Amtssygehuset i Gentofte, Håndkirurgisk afdeling.

►► Artiklen henvender sig til sygeplejersker interesserede i muligheder og barrierer for opnåelse af dansk autorisation som sygeplejerske.

Tre historier om sygeplejersker med anden etnisk baggrund end dansk illustrerer nogle af forhindringerne: det danske sprog, langvarig sagsbehandling og mangelfuld støtte. Forfatterne er tilknyttet mentornetværket under Kvinfor i Århus.

Barrierer for at opnå autorisation som udlænding

Sygeplejersker og sygeplejestuderende med anden etnisk oprindelse end dansk mødes af mange barrierer, inden de kan gøre sig håb om at komme til at arbejde som sygeplejersker i Danmark. Der findes ingen undersøgelser herom, men mentorer og mentees kan bidrage med erfaringer fra deres samarbejde. De følgende tre historier om *Amiée*, *Lismary* og *Xiuqing* kan forhåbentlig give danske sygeplejersker forståelse for fremmede sygeplejerskers problemer, så de påtager sig et medansvar for at støtte dem i den besværlige vej mod at få dansk autorisation.

Amiée Maalouf

Amiée Maalouf kom til Danmark fra et mellemøstligt land med et internationalt diplom. Diplomet er et bevis på hendes uddannelse som oversygeplejerske fra et fransk uddannelsessystem med fransk som undervisningssprog. Det første problem var at få en vurdering af hendes papirer fra Sundhedsstyrelsen, som blev ved med at kræve stadigt flere papirer. Efter i månedsvis at have fået supplerende papirer tilsendt fra hjemlandet og efter at have skrevet frem og tilbage med Sundhedsstyrelsen tog *Amiée* kontakt med Arbejdsmarkedsnetværket i håb om, at det kunne hjælpe hende. Arbejdsmarkedsnetværket er et netværk, der servicerer virksomheder og borgere i Århus Kommune i forhold til mulighederne på "det rummelige arbejdsmarked." Der var stadig uenighed om, hvordan papirerne skulle oversættes, og om de var korrekt oversat.

Sundhedsstyrelsen havde nu stort set alle *Amiées* papirer og vurderede, at hun ikke kunne få autorisation. *Amiée* blev bedt om at fremskaffe pensumplanen fra sit hjemland. Ingen spurgte om hendes erfaring fra hjemlandet, hvor hun i otte år har arbejdet som sygeplejerske efter endt uddannelse. Vurderingen blev, at *Amiée* skal have de to sidste moduler på den danske sygeplejerskeuddannelse for at kunne arbejde i Danmark. For at komme ind på sygeplejerskolen skal hun have sprogundervisning på niveau 6, det højeste niveau inden for danskundervisning for udlændinge. Det vil tage hende et år ekstra, hvor hun modtager kontanthjælp og underlægges reglerne på området.

Amiée kom via Arbejdsmarkedsnetværket i en uges praktik på et stort hospital i provinsen, så hun kunne opleve, hvordan det er

at arbejde som sygeplejerske i Danmark. Hendes erfaring fra denne uge var, at kollegaerne var søde, men at det kunne være svært med patienterne. En af dem havde bedt hende om at forlade rummet og nægtede hende at være i nærheden.

Efter endt praktik troede *Amiée* nok, at hun kunne have arbejdet som sygeplejerske. Der var selvfølgelig noget, der var anderledes, men hun mente nok, at hun skulle kunne klare opgaverne efter at have været i arbejde nogen tid. *Amiée* nåede at se flere forskellige afdelinger, både et administrativt afsnit og en skadestue. Hun har erfaring med begge dele fra hjemlandet. Hospitalets vurdering af *Amiée* var god efter endt praktik.

Amiée er længe på kontanthjælp og føler, at sagsbehandlerne er svære at samarbejde med. De opfordrer hende til at glemme sin uddannelse som sygeplejerske og i stedet tage en uddannelse som social- og sundhedsassistent, da de ikke tror, at hun kan klare det, der skal til for at arbejde som sygeplejerske i Danmark. *Amiée* er ikke enig i vurderingen og føler ikke, hun har været

►► **KVALIFICERINGSUDDANNELSE.** Hovedstadens Sygehusvæsen (HS) har etableret en kvalificeringsuddannelse for at få flere udenlandske sygeplejersker igennem nåleøjet. Sygeplejerskerne deles i to grupper, som har hver deres forløb. Det ene forløb er målrettet dem, som skal ud i en prøveansættelse. Det andet forløb er for dem, som skal have suppleret deres uddannelse. Samtidig får hver enkelt sygeplejerske sin egen mentor under hele forløbet.

Læs mere om uddannelsen på www.sygluudd.cvuoesund.dk
Søg på kvalificeringsuddannelsen.

►► **BEGRÆNSET AUTORISATION.** Udenlandske sygeplejersker uddannet uden for EU og Norden kan blive medlemmer af Dansk Sygeplejeråd. Det kræves dog, at de har fået en såkaldt begrænset autorisation fra Sundhedsstyrelsen. Den begrænsede autorisation giver også adgang til en tidsbegrænset prøveansættelse som sygeplejerske.

Af Jane Bartholdy Tamimi, sygeplejerske med diplom i folkesundhedsvidenskab, og Tina Wilchen Christensen, antropolog • Foto: Alex Tran

Ambulanc
kirurgisk afs.

Dysplasi-ambulatorium/
Kontinens-klinikken



Lismary Molino stammer fra Cuba, hvor hun i tre år arbejdede som specialuddannet operationssygeplejerske. Desuden har hun tre års medicinstudier bag sig, før hun kom til Danmark for to og et halvt år siden. I dag arbejder hun foreløbig i et halvt års prøveansættelse til laveste sygeplejerskeløn.

bakket op i sit ønske om at arbejde som sygeplejerske. Sagsbehandlerne opfatter hendes ønske om at komme til at arbejde som sygeplejerske som et udtryk for, at hun er ved at blive afhængig af kontanthjælpen. Amiée betegner sin situation som ”ikke noget liv.”

Amiée består sin sprogekksamen i november 2005 og skal derefter fortsætte på sygeplejerskolen. Hun taler perfekt dansk og har ingen problemer med at forstå eller udtrykke sig, men hun føler, at hun sidder fast i et system, som modarbejder hende frem for at hjælpe hende.

Lismary Molino

Lismary Molino er sygeplejerske fra Cuba. Hun har været uddannet i fire år og har fungeret i tre år som specialuddannet operationssygeplejerske. Hun har desuden læst medicin i tre år på Cuba, inden hun kom til Danmark for to et halvt år siden.

Som for Amiée har det været en lang vej at blive godkendt i Sundhedsstyrelsen, og hun er også en gang taget over til Sundhedsstyrelsen i København for at rede trådene ud. Det tog dog stadig syv måneder, inden der forelå en beslutning fra Sundheds-

styrelsen om, at Lismary kunne godkendes som sygeplejerske efter en prøveansættelse på seks måneder i en dansk afdeling.

Inden denne godkendelse var der mange skrivelser frem og tilbage, hvor Sundhedsstyrelsen hver gang forlangte yderligere papirer og dokumentation. Der skulle også fremskaffes læseplaner for uddannelsen i Cuba. Det var en meget vanskelig opgave, fordi Cuba er imod, at borgerne rejser ud af landet, og viser derfor ikke megen samarbejdsvilje. Der var unødigt mange kontakter til Sundhedsstyrelsen, som ikke fra begyndelsen kunne oplyse, hvilke papirer der skulle fremskaffes.

Sundhedsstyrelsen rådede på et tidspunkt Lismary til at søge godkendelse som social- og sundhedsassistent, hvilket jeg som hendes mentor frarådede hende at acceptere. Sundhedsstyrelsens argument var, at så kunne hun da i det mindste komme i arbejde. Der blev ikke spurgt til Lismarys værdighed eller egne ønsker for karriere.

Lismary har henvendt sig pr. telefon til Dansk Sygeplejeråd, men er blevet henvist til Sundhedsstyrelsen. Jeg har også talt med Dansk Sygeplejeråd om, hvordan der kunne ydes hjælp, men der er ingen muligheder, når man ikke er medlem, var svaret. ►

►► **XIUQING ZHENG'S FORTÆLLING.** Jeg hedder *Xiuqing Zheng* og er uddannet som sygeplejerske i Kina. Jeg har boet i Danmark i to et halvt år sammen med min søn på 12 år og min mand, der er læge fra Kina. Min mand var i job inden fire måneder i Danmark og arbejder nu på en ph.d.-afhandling på Århus Sygehus.

Jeg arbejdede først som uuddannet 30 timer om ugen som omsorgshjælper på Stefanshjemmet i et barselsvikariat. Det har været meget lærerigt, og jeg har været meget glad for arbejdet. Jeg har fået dejlige kollegaer, der hjælper mig med meget. Alle beboerne er søde over for mig, og jeg har også fået træning i både skrift og tale. I starten var det svært, fordi nogle af beboerne ikke ville have mig til at hjælpe. Nogle græd, når jeg kom til deres lejlighed og sagde: "Du skal ikke være her." Efter et par måneder havde vi vænnet os til hinanden og er blevet glade for hinanden.

I begyndelsen, da jeg var ked af, at beboerne ikke ville acceptere mig, og jeg var ved at opgive mit job, hjalp mine kollegaer mig ved at sige: "Det er ikke din skyld, du er en meget, meget dygtig pige, som klarer dit job fantastisk godt. Du skal give beboerne tid til at vænne sig til dig. Det var opmuntrende og gav mig tillid til, at jeg godt kunne klare mit job. De gav mig også gode råd om, hvilken gave jeg skulle købe til en fødselsdag, hvilket tøj jeg skulle tage på til en større fest, og hvordan jeg meldte mig ind i a-kassen.

Da min ansættelse ophørte, kunne jeg ikke fortsætte i mit faste vikariat, men jeg kunne godt arbejde som afløser, selvom der tit mangler personale, og jeg klarede mit job godt. Jeg var nødt til at finde et andet job. Det var svært at sige farvel til mine dejlige kollegaer.

Jeg har ansøgt om dansk autorisation som sygeplejerske, men jeg mangler en uddannelse i hjemmesygepleje og i en somatisk sengeafdeling. Før man kan komme på en sygeplejerskole, skal man tage en danskprøve, som falder mig meget svær. Heldigvis har jeg nu bestået den.

Jeg fik kontakt med en sygeplejerskole, hvor jeg går nu for at tage min supplerende uddannelse. Jeg tror, jeg kan arbejde som sygeplejerske til næste sommer. Jeg synes, at det kunne være spændende at arbejde i Danmark, hvor jeg kunne bruge min uddannelse og mine erfaringer fra Kina og samtidig lære nyt.

Som udlænding skal man lære sig dansk, især udtalen. Man skal være positiv og snakke med danskere for at lære dem at kende. Man skal prøve at få kontakt med arbejdsmarkedet, hvor man kan lære meget, man ikke kan lære i sit hjemland, og samtidig bruge den viden, man har med sig. Man skal gøre sit bedste for at vænne sig til at være i Danmark, men man skal ikke forvente, at samfundet vænner sig til dig eller giver dig en særlig chance, bare fordi du er udlænding. Sådan kan man måske blive tilfreds med sit liv i Danmark. Danmark er et fantastisk land.



Lismary Molino på arbejde sammen med afdelingssygeplejerske Karin Høhler, Gynækologisk afdeling D6, Odense Universitetshospital.

► Lismary blev inviteret som gæst til landsmødet i 2004 i Sammenslutningen for Tværkulturel sygepleje. Her fik hun kontakt med sygeplejersker fra Odense, hvor hun selv bor. Lismary kom derefter på besøg på en gynækologisk afdeling, hvor hun blev tilbudt tre måneders ansættelse i praktik uden løn, et tilbud Lismary er meget glad for.

Man kan diskutere, om det er rimeligt at arbejde i praktik uden løn, når man er kvalificeret til en prøveansættelse. Dansk Sygeplejeråd centralt kunne ikke give svar på betingelserne for prøveansættelse og henviste til amtskredskontoret. Amtskredskontoret kunne heller ikke hjælpe, dels fordi hun ikke var autoriseret sygeplejerske, dels fordi de ikke havde forhandlingsret til prøveansættelser, en ordning amtskredskontoret ikke var kendt med. Planen er nu at få Sundhedsstyrelsen til at oplyse, hvor man kan finde betingelserne for en prøveansættelse.

Lismary slider nu med danskundervisningen på sprogskolen, et forløb, der forventes at vare 2-3 år, og er efter en prøveansættelse på 6 måneder på gynækologisk operationsgang startet på yderligere 6 måneders prøveansættelse på gynækologisk sengeafsnit med henblik på at opkvalificere det danske sprog. Prøveansættelsen er til laveste sygeplejerskeløn.

Dansk Sygeplejeråd kan hjælpe

Dansk Sygeplejeråd har meldt ud, at der fremover vil blive gjort en indsats for, at vore udenlandske kollegaer kan anvende deres kundskaber professionelt i sygeplejefaget.

Dansk Sygeplejeråd kunne hjælpe med at udgive en pjece, der vejleder udenlandske sygeplejersker om deres muligheder, så deres arbejdskraft ikke udnyttes på vilkår, som ikke er rimelige i forhold til deres kvalifikationer. Amiée og Lismary er f.eks. blevet opfordret til at søge ind som social- og sundhedsassistenter, og Xiuqing arbejder som ufaglært sygehjælper.

Udenlandske sygeplejersker skal selvfølgelig kunne tale godt dansk, inden de kan praktisere. For polske læger er der oprettet intensive forløb i sprogundervisning, så de relativt hurtigt kan



Lismary Molino lærer dansk ved siden af sit arbejde som sygeplejerske på prøve og har god mulighed for at træne sit nye sprog i omgangen med patienterne.

komme til at praktisere som læger. Dansk Sygeplejeråd kunne arbejde for lignende vilkår for udenlandske sygeplejersker.

Der er måske også behov for en servicefunktion for udenlandske sygeplejersker, inden de er blevet autoriseret, er kommet i arbejde og blevet medlem af Dansk Sygeplejeråd.

*Jane Bartholdy Tamimi venter på fleksjobansættelse,
jane_bartholdy@hotmail.com*

*Tina Wilchen Christensen er selvstændig erhvervsdrivende,
tw@humanculture.dk*

Artiklen er skrevet i samarbejde med mentee-sygeplejerskerne Amié Maalouf, Lismary Molino og Xiuqing Zheng. Forfatterne er tilknyttet mentornetværket under Kvinfo i Århus (se www.kvinfo.dk) og er alle i et mentor-mentee-forhold med det endelige mål at skaffe de udenlandske sygeplejersker dansk sygeplejeautorisation og et job, de kan trives i.

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Tamimi JB, Christensen TW. Foreign nationals have difficulty getting authorised. *Sygeplejersken* 2006;(24):56-9.

Foreign nationals of non-Danish origin have several barriers to overcome before they can obtain Danish authorisation. In order to illustrate the problems faced, the authors describe the sequence of events experienced by three individuals they got know in a mentor-mentee relationship with foreign nurses. In addition to high expectations regarding language skills, it can be difficult to procure the relevant paperwork from back home and to get it translated, and the Danish Nurses Organization to not provide help to non-members.

Key words: Danish authorisation, non-Danish origin, barriers.

Master of Public Management

■ Reformerne er over os: kommunalreform, sundhedsreform, socialreform, uddannelsesreform – ingen er uberørte. Vi lever i en tid, hvor omstilling og fornyelse er grundvilkår for de fleste organisationer, og hvor samarbejdet mellem organisationer i forskellige sektorer bliver stadig mere vigtigt. Master of Public Management sætter ledere i stand til at gå i spidsen for innovation og forandring med udgangspunkt i en specifik strategisk situation.

■ Søg nu eller senest den 1. marts 2007.

■ **Kontakt mastersekretariatet på Institut for Statskundskab, tlf. 6550 3327 eller e-mail: mpm@sam.sdu.dk**
Læs mere på www.mpm.sdu.dk

Fine informationer om livet som psykisk syg

Pernille Jensen
En helt anden hjælp
 København:
 Akademisk Forlag 2006
 304 sider, 229 kr.
 ISBN 87-5000-3895-8

Bogen bygger på en undersøgelse af, hvad der sker med nogle af de mennesker, som har været i det psykiatriske system og kommer sig: recovery. Det er forfatterens anden bog om recovery. Recovery beskrives som en dybt personlig, unik proces, som forandrer holdninger, værdier, følelser, mål og roller. Det er en måde at leve et tilfredsstillende og håbefuldt liv på med begrænsninger, der er forårsaget af sygdommen. Recovery indebærer udvikling af ny mening og formål i livet, mens man vokser ud over den psykiatriske sygdoms katastrofale følger.

Forfatteren samarbejder i dette projekt med Landsfor-

eningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere (LAP) og Landsforeningen Bedre Psykiatri. 55 personer deltager med deres fortællinger i undersøgelsen, 24 personer bliver interviewet, det er 12 tidligere brugere og 12 pårørende. De, der interviewer, er alle tidligere brugere fra de to landsforeninger for psykiatribrugere. *Pernille Jensen* har forinden undervist dem i interviewmetoden og deltager selv som observatør i alle interview.

Gengivelserne af interviewene er smuk og tankevækkende læsning. Det er et gennemgående problem for ekspatient og pårørende, at de ikke bliver hørt og forstået i en svær situation. Få beskriver at have fået den hjælp, de havde brug for. Sammen med den psykiske lidelse og manglende hjælp udstødes mange psykisk syge af arbejdslivet, og netværket skrumper. De

pårørende, der holder ud, udsættes for alvorlig psykisk belastning og har svært ved at få den nødvendige støtte.

Recoveryprocessen har været langvarig for alle interviewpersoner. Det er vigtigt for helbredsprocessen at have kontakt med en gennemgående person, der tror på patientens evne til at klare problemerne og få det bedre. Den medicinske behandling er for de fleste et nødvendigt onde i den akutte fase af sygdommen, men mange føler, at de bliver medicineret i for lang tid. Først når de tidligere psykiatribrugere er fri af medicinen, føler de sig raske.

Det psykiatriske system opleves stift med mange regler, som personalet holder fast i uden at vurdere den enkeltes behov og situation. Tilbuddene på psykiatrisk afdeling opleves som næsten udelukkende medicinsk orienteret.



Når det alligevel lykkes flere at komme sig, skyldes det, at de møder professionelle, der anerkender dem og ser dem som de personer, de er. At der genskabes et netværk omkring dem af mennesker, der kan rumme dem. Her beskrives arbejdskollegaer eller beskyttede arbejdssteder som en hjælp til at finde et nyt ståsted i livet. Mange tidligere psykiatribrugere ønsker at blive ansat i behandlingssystemet. De mener, at de, med en relevant grunduddannelse, vil kunne bruge deres personlige viden og erfaring med psykisk sygdom til at forbedre det psykiatriske tilbud.

Pernille Jensens unikke me-

En kobling mellem følelser og fornuft

Jacob Birkler
Etik i sundhedsvæsenet
 København:
 Munksgaard 2006
 181 sider, 228 kr.
 ISBN 87-628-0530-4

Bogen er, med sin redskabspræsentation til værdianalyse af nutidige etiske dilemmaer, højaktuel som et arbejdsredskab for fremtidens Lokale Klinisk Etiske Komiteer i det danske sundhedsvæsen. Som opslagsværk for de lokalt arbejdende komiteer kan bogen forventes at blive et hyppigt anvendt redskab, når aktuelle etiske dilemmaer skal drøftes, for den vil være ideel med sit lettilgængelige sprog. Sideantallet er begrænset til ca. 150 sider, så værket virker ikke uoverskueligt, men bliver en introduktion til videre læsning.

Indholdsfortegnelsen kunne have været mere detaljeret, hvilket det omfangsrige stikordsregister dog råder udmærket bod på.

Jacob Birkler, cand.mag. i filosofi og psykologi, har udgivet bogen med det formål at give et bud på, hvordan man som professionel i sundhedsvæsenet kan arbejde med etik. Den primære målgruppe er professionelle med mellem- og videregående uddannelser, men bogen synes, med sit resumé af de etiske retninger, der fortsat præger nutidens diskussioner, også at være relevant for de sundhedsfaglige uddannelser. Med de efterfølgende bud på etisk værdianalyse og etisk argumentation breder den sin målgruppe ud til at omfatte alle sundhedsprofessionelle,

der i bred forstand arbejder i det kliniske felt.

Bogen præciserer på anvendelig vis, hvad der definerer et etisk dilemma i dag, at værdikonflikten og dermed menneskesynet bliver kernen i dilemmaet, og at man kan vælge forskellige vinkler til sin ana-

lyse, alt efter den aktuelle problemstilling. Der gives mange relevante eksempler fra klinisk praksis, hvor vinkelen på dilemmaerne fint stemmer med de enkelte kapitlers overskrift. Afsnittet om etiske teorier relateres illustrativt til nutidige etiske dilemmaer inden for sundhedsvæsenet og bliver visse steder temmelig detaljeret. De afsluttende afsnit viser de lovede analyseredskaber, hvor bl.a. de professionsudarbejdede etik-kodeks anvendes som redskab. At bogen ikke skøjter gennem fortærskede fraser, ses bl.a. ved, at Jacob Birkler pointerer, at det ikke er så væsentligt, hvilket menneskesyn den enkelte har, men i højere grad, at det, man har, tillægger patienten værdi og dermed bliver udgangspunkt for en nuanceret betragtning



tode med at bruge tidligere psykiatribrugere til at interviewe giver nogle meget fine og nuancerede informationer om livet som pårørende og psykisk syg. Informationer, vi sjældent får på den psykiatriske afdeling, fordi vi kun er med i den akutte fase af forløbet. Bogen er skrevet levende og godt.

Forfatteren bruger meget plads på at beskrive metoden. For meget syntes jeg først, men efterfølgende kan jeg se, at det er med til at gøre resultaterne troværdige og autentiske. I afslutningen af bogen lykkes det fint for forfatteren at få samlet de mange aspekter, bogens interviewpersoner er fremkommet med. Der er god inspiration at hente i bogen til forbedring og fornyelse af psykiatrien.

Af Berit Fekkes, psykoterapeut,
MPF og sygeplejerske,
Berit@fekkes.dk

af det andet menneske. Det næstsidste kapitel vedrørende etisk argumentation fortsætter i samme nuancerede form, hvor spørgsmålet om, hvorvidt man kan gå fra aktuel sag til etisk påbud, drøftes. Svaret er anvendeligt for klinikerne, der anbefales altid at være tro mod den aktuelle situation uden at miste overblik og perspektiv i beslutningen. Man fristes til at sige, at der gøres et forsøg på at koble følelses-perspektivet med det fornuftbetonede, hvilket vel er det dilemma, klinikerne ofte befinder sig i, og netop der, de lokalt forankrede etiske komiteer kan forventes at gøre en forskel.

Af oversygeplejerske
Dorte Holdgaard,
ansat på Aalborg Sygehus,
Neurokirurgisk Afdeling K.



Lærebøger, der lægger op til fremtidens sygepleje

Redigeret af Nina Jahren
Kristoffersen, Finn Nortvedt,
Eli-Anne Skaug
**Grundlæggende sygepleje
bind 2-4**

Oversat fra norsk af
Kåre Dag Jensen
København: Munksgaard
Danmark 2006
Enholdsvis:
Bind 2, 356 sider, 475 kr.
ISBN 87-6280-631-9
Bind 3, 344 sider, 344 kr.
ISBN 87-6280-623-8
Bind 4, 272 sider, 412 kr.
ISBN 87-6280-632-7

Det er altid spændende med nye lærebøger. Disse bøger er meget norske, mange af sygeplejefortællingerne virker norske og svenske i indhold.

Grundlæggende Sygepleje 1-2-3-4 er præget af fin kontinuitet. Teorierne føres som en rød tråd gennem alle kapitlerne og udmunder i sygeplejehandlinger. Bøgerne danner grobund for sygeplejeforskning og specialuddannelser.

Bind 2 tager udgangspunkt i den naturvidenskabelige del af sygepleje. Den kommer godt rundt om sygeplejehandlingerne gennem menneskets udvikling fra fødsel til alderdommen. Der er gode illustrationer og præcise beskrivelser af procedurer. Bogen kan ikke stå alene og indeholder da også henvis-

ninger til andre lærebøger og litteratur.

Set i et hverdagsperspektiv er det i det naturvidenskabelige område, mange sygeplejehandlinger ligger, så kunne man undre sig over, at der ikke er flere henvisninger til sygeplejeforskning.

I bind 3 ses en videreførelse af teorierne fra bind 1 (se anmeldelsen i *Sygeplejersken* nr. 16/2006) om den personlige kontakt med patienten. Det interessante er diskussionen om *Maslows* teori om tryghed, her kommer mange spændende aspekter ind. Afsnittet er fortalt med mange teorier, f.eks. *Løgstrups* betragtninger om grundstemning og tryghed gennem sansning, men også gennem metaforer fra kunstens verden. Der bliver også inddraget spændende forskningsprojekter.

Sygeplejefortællingen om *Lasse Gustavson* beskriver på en meget nærværende måde, hvad identitet og selvværd er.

Kapitlerne om lidelse, smerte og livets afslutning kommer tæt på patientens subjektive oplevelse, det ordløse, og teksten formår at medinddrage kulturen og det religiøse i sygeplejehandlingerne. Her viser sygeplejen sig at være på højde med udviklingen i samfundet.

I kapitlet om stress, mestring og ændring af livsstil vises syge-

plejerskens kompetencer som vejleder og underviser. De opgaver er måske ikke så synlige i hverdagen, men udgør en meget stor del af sygeplejen.

I det sidste bind i serien ses sygeplejeforskningen gennem en historisk gennemgang af sygeplejeteorier, der spænder over de forskellige indfaldsvinkler til omsorgen. Det er svært at fremhæve en bestemt teori, men *Kari Martinsen* og *Joyce Travelbee* er der mange henvisninger til. Det spændende er, hvordan teorierne anvendes i sygeplejefortællingerne og i eksemplerne på, hvordan en sygeplejerske kan handle og reflektere.

Bogen lægger op til fremtidens sygepleje. Det er et interessant afsnit, da det inddrager beslægtede faggrupper og kompetencebegrebet.

Fremtidens patient er vidende og selvbestemmende, og som bogen beskriver, er der brug for mere forskning i, hvordan sygeplejersken kan understøtte patientens tilegnelse af relevant viden.

Lærebøgerne lever fuldt ud op til professionsbacheloruddannelsen og målene i uddannelsen. De indeholder masser af basis for ny sygeplejeforskning.

Af Marianne Dyrhauge,
sygeplejerske.

Ikke en film for en forsker

Hørsholm – en dvd og et hæfte

Esben Q. Harboe,
Kaster Strøm

Hørsholm Sygehus
Patienternes sygehus

Sygehus på en ny måde

Hørsholm 2006

Dvd og et hæfte, kan rekvireres på
tlf. 4829 6861 eller bek@fa.dk

Hæftet: "Hørsholm sygehus, patienternes sygehus på en ny måde," har forord af bestyrelsesformand *Kjeld Møller Pedersen* og sygehusets administrerende direktør. Her tales der med moderne driftsudtryk som

- Dokumentation af patienttilfredshed via patienttilfredshedsundersøgelser
- Visionen om at være patienternes sygehus
- Målet om landets højeste kvalitet til den laveste pris
- Hørsholm Sygehus som besjælet af en kultur, der skaber fremdrift, og hvor nærhed og omsorg forenes med professionalisme og effektivitet.

Sygehuset præsenteres som nytænkende, idet det er højt specialiseret og ledes som en selvstændig virksomhed med direktion og bestyrelse. En tværfaglig visionsgruppe har defineret hospitalets værdigrundlag som patienternes sygehus, hvor patientånd, holdånd og vinderånd er beskrevet.

Hele det ikke-kliniske område drives af ISS, f.eks. kantine, rengøring, information og portørtjeneste.

På den sidste side nævnes person- og fagregistret, heraf fremgår det for første gang, at der stadig er brug for sygeplejersker på patienternes sygehus i Hørsholm, et forhold, der undervejs ikke er ganske indlysende, idet indlæggelserne formodes at være så korte og billige, at kontakten kunne udgøres af ISS, læge, social- og sundhedsassistent og fysioterapeut.

Der er ikke noget i vejen med at være effektive, dygtige, prisbevidste, fremadrettede og lære af private virksomheder. Men er det for store ord? Det vil den vedlagte dvd vise.

Filmen handler om, hvordan andre sygehuse i regionen kan lære mere om pro-



duktivitet, kvalitet, effektivitet, holdarbejde og udvikling af den lægevidenskabelige forskning gennem samarbejde med Sygehus Hørsholm. Sygehuset omtales som en stor produktionsenhed, der laver mange hofter, bryster og knæ, og hvor der afprøves nye muligheder, f.eks. kan portører videreuddannes til at assistere under operationer. Det hele under takstfinansiering.

Filmen repræsenterer en ny verden, hvor kravet om produktivitet, effektivitet, takstfinansiering, accelererede patientforløb og forskning hersker under betegnelsen "Patienternes sygehus." Det er et effektivt, offentligt, moderne sygehus, hvor de udvalgte opereres, og hvor operations-

Stof til eftertanke for sclerosesygeplejersker

Marianne Bache,
Bente Østerberg

At være i verden med kronisk sygdom

København: Dansk
Psykologisk Forlag 2006
200 sider, 238 kr.
ISBN 87-7706-442-9

Hvad indebærer det at leve med kronisk sygdom? Det er, hvad forfatterne søger at belyse og dermed øge forståelsen for i denne bog, der retter sig både mod de sygdomsramte og deres pårørende og mod behandlere og studerende i sundhedssektoren.

Det er sygdommen Multipel Sclerose, der bruges som eksempel, men alle, der arbejder med patienter, der har en kronisk sygdom, kan have glæde af at læse bogen.

Formålet er at præsentere nogle af de psykologiske temaer, som går igen i samtale med scleroseramte, og at bidrage til indsigt, inspiration og eftertanke hos pro-

fessionelle, primært behandlere i sundheds- og socialektoren.

Det er den fænomenologiske synsvinkel, der er vægtet, og det er det, der gør bogen speciel, da der ikke tidligere er skrevet meget fra denne vinkel. Igennem hele bogen præsenteres teorien bag forfatterens overvejelser krydret med citater fra interview med scleroseramte. Der lægges vægt på at gøre det forståeligt for læseren, at den enkelte patients emotionelle reaktion stort set kan være uafhængig af sygdommens alvor aktuelt. Det er "rystelsen af selvet" (personens egen definition), der bliver sat ord på, og hvordan det for altid ændrer personen at få en kronisk sygdom. Det bliver klart, at det ikke altid er sygdommens omfang og funktionstab, der er afgørende for, hvor rystet den enkelte er, men forhold som personlighed, livsfase, livsvilkår, køn og kultur. Det er fra disse synsvinkler, vi skal møde og rumme den enkelte patient.

Forfatterne har på en god måde opdelt bogen i den fysiske, psykiske, sociale og

åndelige væren. De forskellige aspekter opremses, men kan i den kliniske hverdag nok ikke opdeles på samme måde, da mange aspekter vil have indflydelse på flere forskellige typer væren. Der er ingen løsningsforslag til, hvad der er det bedste eller rigtige, men en indsigt i, hvordan den enkelte kan tænke eller reagere. Der er stort set lige så mange måder at handle og reagere på, som der er sclerosepatienter.

I afsnittet "Den sociale væren" efterlyses



sygeplejersken eller måske den assisterende læge kan erstattes med den videreuddannede portør.

Efter at have set filmen er jeg i tvivl om, hvor bred målgruppen er. Den omhandler i hvert fald ikke mig. En sygeplejevidenskabelig forskers kritiske spørgsmål er ikke søgt besvaret, men filmen understøtter nok de lægevidenskabelige og administrative samarbejdspartnere i Region Hovedstaden i kapløbet om, hvem der fremover skal have førertrøjen på i forskningskapløbet.

Det er et salgsmateriale, der i præsentationen ser stort på den menneskelige side af det, der kan kaldes patientmassen, disse omtales mere som figuranter i et forsknings- og udviklingsarbejde.

*Af Lisbeth Uhrenfeldt,
ph.d.-studerende, Afdeling
for Sygeplejevidenskab,
Institut for Folkesundhed,
Aarhus Universitet.*

det moderne menneskes reaktion, mennesket, der, i anonymitetens navn søger sin viden og sit fællesskab elektronisk. Det er befriende, at afsnittet "Den åndelige væren" er skrevet. At få den dimension med må være en gave for både scleroseramte og behandlere. Der er brug for at debattere livsværdier, tro og håb i den dagligdag, der gives os.

Set fra et sygeplejersperspektiv er bogen et godt supplement til den øvrige litteratur på området. "Den helende relation" og det at rumme lidelsen, som beskrives i bogens sidste afsnit, er netop scleroseplejerskens hverdag og hendes opgave i mødet med patienterne. Jeg vil anbefale alle, der arbejder med disse patienter, at læse bogen, både som inspiration, men også som supervision i forhold til de relationer, vi har til scleroseramte.

*Af Anne Krakau Hansen,
afdelingssygeplejerske, ansat på Dansk
Multipel Sclerose Center, Rigshospitalet.*

Tosprogede børn

Martha Sif Karrebæk (red.)
**Tosprogede børn i det
danske samfund
En grundbog**

København:
Hans Reitzels Forlag 2006
239 sider, 298 kr.
ISBN 87-412-0360-7

Smagen af ordet "tosprogede" har som min barndoms forvandlingsbolsjer mange nuancer. Det første lag er det neutrale: "Børn, der har brug for mere end et sprog i deres dagligdag." De mange nuancer er netop et nøglebegreb i denne antologi, hvor otte forskere på feltet beskriver resultatet af deres forskning omkring de tosprogede børn, deres liv og opvækstvilkår. Det er en bog, som forholder sig meget kritisk til den politiske dagsorden. Formålet med bogen, skriver redaktør *Sivebæk*, er bl.a. at få vendt billedet af det tosprogede barn. Den offentlige diskurs drejer ofte i retning af, at et tosproget barn er et etsproget i den forkerte kontekst, som det gælder om at få gjort etsproget igen (nu på dansk) så hurtigt som muligt.

Fokus ligger på minoritetsbørn fra 0-12 år med baggrund i de store flygtninge- og indvandrer nationer. Bogens længste kapitel har overskriften: "Sprogs betydning for tosprogede børn." Det beskæftiger sig bl.a. med modersmålets betydning for tilegnelsen af andetsproget og peger på, at det er en gevinst for børn at have lært et sprog, når de skal i gang med det næste. Kapitlet beskriver sprogtilegnelse, børns brug af sprog og slår fast, at den viden, man almindeligvis har om børn, også gælder for de tosprogede. Da jeg nåede til kapitlets sidste side, spejdede jeg forgæves efter den grundige litteraturliste, som afsluttede hvert af de andre otte kapitler. Ærgerligt, for netop sprogstimulering er et af kerneområderne i sundhedsplejerskearbejdet i de tosprogede familier. Ud over denne anke er der meget at glæde sig over, både i ovenfor omtalte kapitel og i de øvrige. "Opvækstvilkår og kompetenceudvikling" refererer til undersøgelser af de tosprogede børns livsbetingelser og beskæftiger sig med den professionelle rolle i arbejdet med børn og familier. Kapitlet "Forældresamarbejde" omhandler samarbejde med forældre i institutions- og skolesammenhænge og giver konkrete forslag til, hvordan dette samarbejde kan lykkes.



Forfatterne har haft til hensigt at videregive kvalificeret og grundlæggende viden til alle, der professionelt beskæftiger sig med tosprogede børn i en læservenlig og lettilgængelig form. Det er min bedste overbevisning, at dette mål er nået. En buket af forskere har givet hver deres vinkel på de tosprogede børns liv og opvækst i et let fordøjeligt sprog, relevant både for sundhedsfagligt og pædagogisk personale.

*Af Hanne Lindhardt,
ansat som sundhedsplejerske
i Farum Kommune.*

DANSK SELSKAB FOR
MEDICINSK PRIORITERING

PRISOPGAVE 2006/2007

Konkrete forslag til strukturelle ændringer til fremme af sundheden i en kommune

Opgaven
Opgaven består i at komme med forslag om, hvilke strukturelle ændringer en kommune eller region kunne foretage, og som ville medføre, at flere borgere ville vælge at ryge mindre, drikke mindre alkohol, bevæge sig mere og spise en sundere kost. De strukturelle tiltag kan have karakter af både reguleringer (forbud) og faciliteringer (tilbud), og skal fokusere på at gøre de rigtige valg til de nemme valg for borgeren. Der kan fokuseres på et eller flere af livsstilsområderne.

De ændringer, der foreslås, skal være praktisk gennemførlige inden for rimelige økonomiske rammer, og der skal være en vis grad af evidens for effekt fra litteraturen.

Præmie
Der udloddes en præmie til vinderne:
1. præmie: 25.000 kr.
2. præmie: 15.000 kr.
3. præmie: 10.000 kr.

Afleveringsfrist: 1. marts 2007

Nærmere beskrivelse af prisopgaven findes på hjemmesiden
www.medicinskprioritering.dk

Længe leve klynkekulturen

Jeg har pisketravlt i øjeblikket. Pga. ny struktur og tempo-opskruining høvler jeg af sted og får hele tiden nye arbejdsopgaver. Tingene hober sig op, og specialisering afløses af decentralisering. Jeg skal honorere flere krav end før, og de kommer mange steder fra.

Snart kan der sættes en kile ind mellem sagsbunkerne og loftet for at forhindre papirtårnet i at styrte sammen over mig.

Med disse beskrivelser af min hverdag underholdt jeg en kollega over frokosten i kantinen og ventede som alle sygeplejersker i min situation på, at sympati, indfølelse og gode råd om mentalhygiejniske sygedage skulle strømme hen over kyllingelåret og de ristede selleristave. I stedet øjnede jeg på det yderste af min kollegas overlæbe en hurtig krusning, der varslede en svag foragt. Hendes brune øjne gennemborede mit ansigt, der i sagens natur var arrangeret i martyriets tegn.

"Hvad gør du ved det?" lød det skuffende svar.

Jeg mistede luften, og min talestrøm blev brat bragt til standsnings.

"Hvad jeg gør ved det?" gentog jeg med opbydelse af alle mine terapeutiske kræfter. Jeg måtte vinde tid. Min maveforemmelse sagde mig, at jeg var ved at komme ud i noget snavs.

"Det, jeg hører, du siger, er, at jeg selv burde gøre noget ved det arbejdspress, jeg føler, jeg har?" gentog jeg langsomt.

"Ja," lød hendes knappe svar.

Vreden meldte sig. Jeg følte mig forrådt. Nu er det sådan, at

mit arbejde ikke kan overtages af særlig mange andre sygeplejersker, og det er også sådan, at jeg ikke går hjem, før arbejdet er færdigt. Derfor er der ikke andet at gøre ved travlheden end at hænge på. Sætte neglene i kanten på hæve-sænke-bordet og tage en dyb indånding.

Jeg væltede mit glas med postevand ud over frokostbordet, hvilket effektivt forhindrede yderligere diskussion om emnet.

"Hvad gør du ved dit arbejdsmiljø?" Det var det, min kollega spurgte mig om. Jeg blev i tvivl.

Har jeg lyst til at gøre noget som helst? Måske kan jeg godt lide mit martyrium, måske nyder jeg det endda, måske ruller jeg mig ligefrem i min behagelige utilfredshed på samme måde, som en hund ruller sig i rådden tang, når den går tur på stranden med sin ejer. Hunden ved

ikke hvorfor, det ved jeg heller ikke, men det er dejligt at være en del af klynkekulturen. Så har vi noget at give hinanden, alle os jammerkommoder. Vi udveksler elendigheder med en glæde og fornøjelse, som var vi til årets første lagersalg i mærkevarer.

Alternativet – at finde ud af, hvornår arbejdet eller sygeplejen er gjort godt nok, at sætte en standard, der skal opfyldes, og herefter gå hjem med god samvittighed er for krævende og besværligt. Det er ikke mit ansvar. Desuden er der altså ikke ret mange andre sygeplejersker, jeg kan overlade arbejdet til.

Jeg ligger vandret.

jb@dssr.dk

"Vreden meldte sig. Jeg følte mig forrådt. Nu er det sådan, at mit arbejde ikke kan overtages af særlig mange andre sygeplejersker, og det er også sådan, at jeg ikke går hjem, før arbejdet er færdigt. Derfor er der ikke andet at gøre ved travlheden end at hænge på."

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

Redaktionen.

5 faglige minutter skrives på skift af fire sygeplejersker:



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



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



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



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