

SYGGEPLEJERSKEN

PERSPEKTIV

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR. 20 » 5. OKTOBER 2007 » 107. ÅRGANG

KORT NYT

Rengøringspersonale
udsat for kemorester

FAG

Inddrag etniske
minoriteters
sundhedsopfattelse
i vejledningen

& Den psykiatriske
patient deltager i
behandlingsmødet

! Hvorfor starte
med laveste
fællesnævner?

Ventetidsgaranti favoriserer

Privathospitaler spinder guld →



ARTIKLER

24 Apotekeren anviser sundhed

Den lokale apoteker i Roskilde har skabt byens årlige sundhedsdag, som er blevet en institution med tusindvis af deltagere.

26 Vild med dans

Suzzane Potempa kvittede jobbet som sygeplejerske for 16 år siden og realiserede drømmen om at blive mavedanserinde og bevægelseslærer.

30 Ugandas familielæge er heksedoktor

Fire ud af fem patienter i Uganda går til en heksedoktor, når de rammes af sygdom, graviditet eller ægteskabsproblemer.

33 Læsernes redaktør – Redaktør med to kasketter

”Min hang til kolofonlæsning gjorde, at jeg ikke havde holdt Sygeplejersken nr. 18 i mine hænder i mange minutter, før jeg så i kolofonen på side 6, at billedet af chefredaktør Sigurd Nissen-Petersen var skiftet ud med et billede af Kirsten Kenneth Larsen, der nu er konstitueret chefredaktør – og samtidig direktør i Dansk Sygeplejeråd. Hun er jurist – ikke journalist.”

TEMA: PRIVATHOSPITALERNE SIDE 14-23

14 Ventetidsgaranti forgylder kirurger

Flere af landets offentligt ansatte overlæger opretter egne privathospitaler og tjener på den måde millioner ved siden af jobbet i det offentlige.

19 Lad offentlige hospitaler klare ventelisterne

Mange ortopædkirurger vil hellere end gerne arbejde over i det offentlige efter arbejdstid, men det giver systemet ikke altid mulighed for, siger formanden for ortopædkirurgerne.

20 ”Vi er myggen, der klør elefanten”

Privathospitalerne bygger ud som aldrig før, og de private aktører betragter sig selv som en sund konkurrent og et supplement til det offentlige sundhedsvæsen.

21 Ventelisteknuseren i Brædstrup

Den offentlige Friklinikken i Brædstrup producerer nyopererede patienter på samleband og sparer på den måde offentlige patienthenvisninger til privathospitaler.

30



46

40



14

FAG

40 Vi har brug for praksisnære teorier

Et bachelorprojekt viste, at der er stor forskel på sygeplejeteoriens udsagnskraft og anvendelighed i klinisk praksis. Gennem uddannelsen opnås primært indsigt i paradigmatisk og normative sygeplejeteorier om lidelse. Men projektarbejdet viste, at disse teorier var for abstrakte og generelle i forhold til den kliniske og praksisnære problemstilling, som projektet skulle belyse.

46 Inddrag etniske minoriteters sundhedsopfattelse i vejledningen

Patienter af ikke-dansk oprindelse er oftere end etniske danskere repræsenteret i statistikker om livsstilssygdomme. Det gælder for luftvejssygdomme, hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes og muskel- og skeletlidelser. Artiklen præsenterer udvalgte elementer fra muslimske patienters kulturelle baggrund samt fortæller om deres opfattelse af sundhed og sygdom. Alt sammen har betydning for plejen af muslimer.

56 Sønderjysk sygehusvæsen fra besættelsen til i dag

Artiklen bygger på forfatterens lokalhistoriske forskning i Sønderjylland og beskriver bl.a. hverdagen under besættelsen. Desuden fortæller artiklen om udviklingen i sygehusdriften, i organisationen og i sygeplejen frem til i dag.

I HVERT NUMMER

- 5 Kort nyt
- 34 Dansk Sygeplejeråd mener
- 35 Debat
- 38 Fagtanker
- 38 Faglig information
- 44 Agenda
- 53 Testen
- 54 Anmeldelser
- 56 5 faglige minutter
- 57 Stillingsannoncer
- 69 Kurser/Møder/Meddelelser

Solidarisk eller privat sundhed?

Der tales meget om et sammenhængende sundhedsvæsen i dagens Danmark, men det er ikke sikkert, at det er det, vi opnår med den førte sundhedspolitik.

Ikke at der er noget galt med værdibegreber som frihed og garanti. Tværtimod. Men friheden til at vælge mellem behandlingstilbud i det offentlige sygehusvæsen og private hospitaler har ikke udelukkende fordele for hr. Jensen, der venter på behandling og nu får garanti for at blive behandlet inden for en måned, hvis han ellers fejler "det rigtige." Kanaliseringen af offentlige midler over i private virksomheder, der står parat til at behandle hr. Jensen, får nemlig uundgåeligt virkninger i det offentlige sygehusvæsen.

Eksperterne er uenige om, hvor store virkningerne bliver, men ingen er i tvivl om, at den øgede private virksomhed får betydning for det offentligt drevne sundhedsvæsen. Det handler både om økonomiske konsekvenser og om konsekvenser, hvad angår personaleressourcer. I dette nummer af *Sygeplejersken* kommer en række interessenter med hver deres bud på den aktuelle situation og den videre udvikling.

Sundhedsdirektørerne i alle fem regioner frygter, at den udvidede behandlingsgaranti vil skævvride prioriteringen i sygehussektoren, og det er værd at notere sig, at også Lægeforeningen udtrykker betænkelighed ved, at prioriteringen ikke afgøres af patienternes sygdom, men af, hvilke sygdomme de private hospitaler kan behandle.

Hverken læger, sygeplejersker eller andre offentligt ansatte må etablere privat virksomhed, der konkurrerer med deres offentlige arbejdsgiver. Men denne grundlæggende regel giver tydeligvis ret vide rammer for lægelig virksomhed. Der er mangeårig kutyme for speciallægers adgang til privat praksis ved siden af offentlig ansættelse. Dertil kommer, at de offentlige arbejdsgivere står i en meget vanskelig situation, hvor de mangler både læger og andet sundhedspersonale. Det bringer ikke arbejdsgiverne i en position, hvor de kan stille særlig skrappe krav om, at ansatte læger begrænser eller undlader privat virksomhed ved siden af det offentlige job. Ironisk nok er private virksomheder ofte meget skrappe, hvad angår krav til de ansatte om loyalitet og om, at de ikke arbejder i andre virksomheder.

Liberalisme er en politisk værdi. Det samme er fri og lige adgang til behandling, pleje og omsorg. De sidste værdier sættes under pres, når nogle patienter kan springe over i køen i kraft af udstedte garantier og private sundhedsforsikringer. Når det bliver mere butik end etik, som en sundhedsdirektør udtrykker det.

"Liberalisme er en politisk værdi. Det samme er fri og lige adgang til behandling, pleje og omsorg."



Søren Palsbo

Søren Palsbo, redaktør
sp@dss.dk

REDAKTIONEN ■■■

Konstitueret chefredaktør
Ansvarlig efter
medieansvarsloven
Kirsten Kenneth Larsen
kkl@dss.dk
Tlf.: 4695 4005



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



Konstitueret redaktionssekretær
Lotte Havemann (DJ)
lha@dss.dk
Tlf.: 4695 4179



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



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



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



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



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



Rengøringspersonale udsat for kræftfremkaldende kemorester



AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST

Sikkerhedsbrist. Rengøringspersonalet bruger ikke beskyttelsesudstyr som påkrævet og er dermed mest udsat for de kræftfremkaldende kemorester fra patienterne på Rigshospitalet. Det viser en ny undersøgelse.

Mens sygeplejerskerne husker at beskytte sig på behørig vis, når de arbejder på afsnit med kræftfremkaldende kemorester, står det ganske anderledes til for rengøringspersonalet på Rigshospitalet. En ny undersøgelse viser nemlig, at rengøringspersonalet undlader at beskytte sig. Og det er problematisk, fordi rengøringspersonalet står med hænderne nede i toiletterne og dermed udsættes for en særlig risiko, fortæller Jeanette Bech, centerchefsygeplejerske på Finsencentret på Rigshospitalet.

"Den eneste måde at beskytte sig mod kontakt med de potentielt kræftfremkaldende rester af kemi er ved at bruge korrekt sikkerhedsudstyr. Og det gør rengøringspersonalet desværre ikke altid," siger Jeanette Bech, der har foretaget undersøgelsen af personalets håndtering af sikkerhed på afdelinger, der behandler patienter med kemoterapi. Hun understreger, at det er påvirkningen af kemoresterne over længere tid, dvs. mange års arbejde, der kan betyde en lille risiko for kræft.

De ansatte skal bl.a. bære særlige handsker og kitler, der forhindrer huden i at komme i kontakt med de sundhedsskadelige kemorester, kaldet cytostatika, der udskilles i patienternes urin. Men de sikkerhedsprocedurer følger rengøringspersonalet, ifølge



ARKIVFOTO: SCANPIX

En ny undersøgelse viser, at rengøringspersonalet på Rigshospitalet er udsat for kræftisiko, fordi de ikke bruger sikkerhedsudstyr.

undersøgelsen, ikke, og det finder fagforbundet 3F, der organiserer rengøringsassistenterne, beklageligt.

"Det er bestemt ikke tilfredsstillende, at det er dem, der er lavest i hierarkiet på sygehuset, der er mest udsat," siger forhand-

lingssekretær Kenneth Novak fra Privat Service i 3F.

Rigshospitalets rengøringssekretariat, der har ansvar for aftalerne med de rengøringsfirmaer, der gør rent på Rigshospitalet, erkender sin del af ansvaret.

"Instruktionerne og opfølgningen har ikke været tilstrækkelig, når man på baggrund af undersøgelsen kan konstatere, at rengøringspersonalet ikke konsekvent anvender korrekt beskyttelse," siger Britta Pedersen, der er controller i Rigshospitalets rengøringssekretariat.

Nye instrukser til personalet

Rigshospitalet og rengøringsfirmaet Sodexho, der har 20-25 rengøringsassistenter ansat til at rengøre på afsnit med cytostatika, har allerede taget undersøgelsens konklusioner til efterretning.

"I samarbejde med ledelsen i rengøringsfirmaet skal vi følge bedre op på, om instrukserne rent faktisk bliver forstået og hørt," siger Britta Pedersen. Hun bakkes op af Sodexho Rengøring, der også har taget undersøgelsens resultat til efterretning.

Mikkel Andersen, afdelingsleder i Sodexho Rengøring på Rigshospitalet, siger:

"Vi er som selskab overbevist om, at retningslinjerne er blevet fulgt, men den pågældende undersøgelse giver dog anledning til, at alle procedurer og anvisninger tages op til revision."

Læs også *Faglig information* side 38.

kbc@dssr.dk

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



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



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



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



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



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



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



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



Privathospitaler dumper tunge patienter

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST

Skummer fløden. De danske privathospitaler behandler de letteste patienter og har dermed 25 pct. færre omkostninger pr. patient end de offentlige sygehuse, konkluderer ny undersøgelse fra Sundhedsministeriet. Konsekvensen er en skævvridning til fordel for det private, siger Danske Regioner.

Patienter, der får behandling på de danske privathospitaler under den udvidede fritvalgsordning, er lettere og mindre omkostningstunge end dem, der behandles på de offentlige sygehuse. Gennemsnitsomkostningen pr. patient på de private sygehuse er 74 pct. i forhold til de offentlige. Det konkluderer en ny undersøgelse fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Privathospitaler modtager for hver patient en gennemsnits-

takst (den såkaldte DRG-takst). Taksten fastsættes for behandlinger af forskellige sygdomsgrupper. Inden for hver gruppe er der både lette og tunge patienter. Derfor vil en let patient udløse den samme takst, som en tung patient, på trods af at omkostningerne for den lette patient typisk vil være mindre end for den tunge. Og dermed er der basis for overskud til privathospitalerne.

"Privathospitalerne kan vælge, hvilke ydelser de vil levere. Det betyder selvfølgelig, at de leverer de ydelser, der er relativt billige at producere. Det er der ikke noget odeløst i, for de driver jo en forretning. På et rigtigt marked ville det ikke gøre så meget. Der ville priserne udligne sig efter udbud og efterspørgsel, men i dette system betyder det, at privathospitalerne – så at

sige – sælger en Citroën, men får en BMW-pris for den," forklarer Jakob Kjellberg fra Dansk Sundhedsinstitut (DSI).

Det medfører, at pengene trækkes ud af det offentlige sundhedsvæsen, mener Danske Regioner, der betaler for de patienter, som behandles på privathospitalerne under den udvidede fritvalgsordning.

"Det giver en bevidst skæv-

ridning til fordel for det private. Man har indført et sæt spilleregler, der medfører, at regionerne skal betale 100 pct. af DRG-taksten til de private sygehuse, samtidig med at privathospitaler kun tager de lette patienter. Derved skaber man et profitabelt marked for sundhedsydelse uden lige konkurrence mellem offentlige og private udbydere. På alle led er det til

DET KONKLUDERER RAPPORTEN

- Gennemsnitsomkostningen på de private sygehuse lå i 2005 74 pct. under gennemsnitsomkostningen på de offentlige sygehuse.
- Den lavere omkostning pr. behandling på de private sygehuse dækker over, at fritvalgspatienterne i gennemsnit modtog en mindre ressourcekrævende behandling inden for DRG-gruppen.
- Patientsammensætningen i den enkelte gruppe var generelt "lettere" på de private sygehuse end på de offentlige.

Kilde: Rapport om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet (2007).

Rekvirér gratis træningsfløjter til jeres KOL- og astmapatienter



Et fløjt er nok

Et fløjt i træningsfløjten betyder, at patienten har et peak inspiratorisk flow (PIF) på mindst 35 ± 5 l/min og dermed kan opnå klinisk effekt af at anvende Turbuhaler®.

Turbuhaler® giver klinisk effekt hos patienter med et inspiratorisk flow på ned til 30 l/min.¹⁻⁵ Den kliniske effekt af Symbicort Turbuhaler® er også dokumenteret hos KOL-patienter med eksacerbationer og en lungefunktion på 1 L (FEV1 36% af forventet ($\pm 10\%$)).⁶

Fløjten kan rekvireres hos AstraZeneca på telefon 43 66 64 62.



KOL indikation: Symptomatisk behandling af patienter med svær kronisk obstruktiv lungesygdom (FEV1 < 50% af forventet normalværdi) og tidligere gentagne eksacerbationer, som har betydelige symptomer på trods af regelmæssig behandling med langtidsvirkende bronkodilatator. Se venligst fuld produktbeskrivelse side

Astmaidikation: Til behandling af astma, hvor anvendelse af en kombination (inhalationskortikosteroid og langtidsvirkende beta-agonist) er hensigtsmæssig: hos patienter, der ikke er velkontrolleret på inhalationskortikosteroider og korttidsvirkende β_2 -agonister ved behov, eller hos patienter, der allerede er vel kontrolleret på både inhalationskortikosteroider og langtidsvirkende β_2 -agonister. (Symbicort Mite® er dog ikke hensigtsmæssig hos patienter med svær astma).

1. Engel T et al. Effects, side effects and plasma concentrations of terbutaline in adult asthmatics after inhalation from a dry powder inhaler device at different inhalation flows and volumes. *Br J Clin Pharmacol*, 1992; 33: 439-444. 2. Newman SP et al. Terbutaline sulphate Turbuhaler: effect of inhaled flow rate on drug deposition and efficacy. *Int J Pharm*, 1991;74:209-213. 3. Nana A et al. B2-Agonists administered by dry powder inhaler can be used in acute asthma. *Respir Med* 1998; 92:167-172. 4. Pedersen et al. Influence of inspiratory flow rate upon the effect of a Turbuhaler. *Arch Dis Child* 1990; 65: 308-310. 5. Derom E, et al. Lung deposition and efficacy if inhaled formoterol in patients with moderate to severe COPD. *Respir Med* (2007) doi: 10.1016/j.rmed.2007.04.013 (e-publication). 6. Calverley PM et al, Maintenance therapy with budesonide and formoterol in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2003;22:912-919 N=1022



ARKIVFOTO: CORBIS

ugunst for det offentlige sundhedsvæsen,” siger *Orla Hav* (S), formand for Sundhedsudvalget i Danske Regioner.

Om fem år dumper vi mindre

Privathospitalerne erkender, at de fravælger patienter, som ud over lidelsen, de skal behandles for, har andre alvorlige sygdomme, der kræver tilstedeværelse af specialister eller en intensiv afdeling, som privathospitalet ikke råder over. Men i og med at privathospitalerne

vokser, vil de også kunne behandle flere af denne type patienter, mener formanden for Sæmmenslutningen af Privathospitaler og Privatklinikker i Danmark (SPPD).

”Vi er midt i en udviklingsfase. Privathospitalerne bliver stadig større og får flere specialer. Allerede i dag dumper vi færre patienter end for bare fem år siden. Og hvis du spørger mig igen om fem år, så vil vi sikkert stort set ingen dumpe,” siger *Nis Alstrup*, formand for SPPD.

Privathospitaler vælger komplicerede patienter fra, og dermed har de færre omkostninger pr. patient end de offentlige hospitaler.

I Indenrigs- og Sundhedsministeriet påpeger man, at systemet allerede i dag er indrettet, så priserne kan forhandles og dermed afspejle de reelle omkostninger. Alligevel foreslår Udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet nu en såkaldt Privat-DRG.

John Erik Pedersen, kontorchef i Indenrigs- og Sundhedsministeriet, forklarer:

”Det langsigtede forslag er at indføre en egentlig DRG-takst for det private. Udgangspunktet er, at taksten skal afspejle de private hospitalers omkostninger ved behandlingerne og ikke de offentlige hospitalers omkostninger.”

kbc@dsr.dk

Sygepleje inde i varmen i Kina

Over grænser. Ny aftale mellem Danmark og Kina gør det muligt at studere sygepleje i Kina.

Fremover vil Danmark og Kina samarbejde om at uddanne alt fra sygeplejersker til universitetsstuderende op til ph.d.-niveau i form af udveksling af lærere, studerende og workshopper. Det bliver muligt med en ny aftale, som netop er indgået i Beijing mellem viden- skabsminister *Helge Sander* (V) og undervisningsminister *Bertel Haarder* (V) og den kinesiske undervisningsminister *Zhou Ji*.

Aftalen betyder, at danske studerende, som har gennemført et bachelorforløb på et dansk universitet, får lettere ved at søge ind på en kandidatuddannelse i Kina. Fra sommeren 2008 har alle danske studerende mulighed for at tage deres taxametertilskud og SU med til ét års studier i udlandet.

Bertel Haarder er meget tilfreds med aftalen. Han siger til *Sygeplejersken*:

”Sygeplejerskeuddannelsen er kommet ind i varmen sammen med andre uddannelser som noget af det, regeringen gerne ser, der bliver samarbejdet om.”

(sma)

”De kvinder, jeg har talt med, oplever, at lægerne rådgiver dem til abort, og så får de at vide, at de bare skal forsøge at blive gravide igen. De fortæller, at lægerne har en kold og kynisk holdning til det hele, og først efter aborten får de tid til at reflektere.”

Krebs Hille, rådgiver i Landsforeningen til Støtte ved Spædbarnsdød.

Flere gravide, der venter handicappede børn, oplever rådgivningen som ensidig.

Kristeligt Dagblad den 26. september 2007.

Lederne skrev historie

Lederforening stiftet. De sygeplejefaglige ledere har taget hul på en fremtid med en stærkere stemme i Dansk Sygeplejeråd.

Den 18. september bød Dansk Sygeplejeråds 1.-næstformand *Grete Christensen* de tilstedeværende 107 ledende sygeplejersker velkommen til den stiftende generalforsamling i Lederforeningen i Dansk Sygeplejeråd. Generalforsamlingen mundede ud i godkendelse af de foreslåede vedtægter. Vedtægterne skal godkendes endeligt af hovedbestyrelsen.

I sin velkomsttale betonede *Grete Christensen*, at oprettelsen af en lederforening i Dansk Sygeplejeråd er et historisk skridt både for Dansk Sygeplejeråd og de ledende sygeplejersker.

Flere af deltagerne i den stiftende generalforsamling spurgte til, om Dansk Sygeplejeråd vil overdrage forhandlingsretten for de ledende sygeplejersker til den ny forening. Hertil bemærkede Dansk Sygeplejeråds 1.-næstformand, at løn og ansættelsesvilkår er væsentlige anliggender for den ny forening, men at der i hovedbestyrelsen er bred enighed om, at Dansk Sygeplejeråd beholder forhandlingsretten for lederne.

Valg af Lederforeningens første bestyrelse finder sted i samme periode, som der foregår valg til Dansk Sygeplejeråds nye kredsbestyrelser, hvilket vil sige fra den 15. oktober til den 8. november 2007. Indtil valget har fundet sted, fungerer Dansk Sygeplejeråds 1.-næstformand som Lederforeningens formand. *(sp)*

Vidste du at ...

... Grønland er ved at udrulle elektroniske patientjournaler på alle sygehuse? Inden nytår forventes ud- rulningen gennemført, og dermed får Grønland ét fælles elektronisk patientjournalssystem på alle sygehuse for Danmark. Systemet kommer til at indeholde de fleste moduler, f.eks. medicin- og tekstbe- handlingssystem, patient- henvisningssystem og la- boratoriesvar.

(kbc)

Kilde: Computerworld.

Dialogmødet gav medlemmerne rig mulighed for at vende stort og småt med kolleger fra hele Region Midtjylland, der med sine 13.142 km² er Danmarks største rent geografisk.

OK 08

Nedton ikke vores forventninger

OK-dialog. Lønnen var atter i centrum, da Sundhedskartellet i Region Midtjylland holdt dialogmøde i Herning Kongrescenter om overenskomst 08. Omkring 150 medlemmer, heraf ca. 100 sygeplejersker, var mødt op for at høre og kommentere Sundhedskartellets krav og forventninger til de kommende forhandlinger.



AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST
FOTO: SØREN HOLM

"Jeg er lidt ked af at høre, at I er blevet bedt om at nedtone vores forventninger til lønstigninger. Hvad med at I beder arbejdsgiverne om at nedtone deres forventninger til, hvor meget hurtigere vi kan løbe?"

Spørgsmålet fra intensivsygeplejerske Lone Kristiansen var bare et af mange, som Connie Kruckow måtte svare på, da hun som formand for Sundhedskartellet var inviteret til dialogmøde om overenskomst 08 i Region Midtjylland den sidste torsdag i september. Sammen med formanden for Kost & Ernæringsforbundet Ghita Parry udgør Connie Kruckow den fire mand store forhandlingsdelegation, som i de kommende måneder skal fremføre og forsvare Sundhedskartellets krav i overenskomstforhandlingerne med Danske Regioner og Kommunernes Landsforening. Og selvom kravene er ved at blive finpudset og først udveksles med arbejdsgiverne den 10. oktober, kunne Connie Kruckow og Ghita Parry sagtens løfte det allerede loftede slør for, at løn, løn og atter løn er og bliver forhandlingernes absolutte omdrejningspunkt. Også selvom der også vil blive krævet forbedringer på pensionsområdet og i sammenhængen mellem arbejdsliv og privatliv.

"Men vi bliver nødt til at prioritere, og på baggrund af organisationernes tilbagemeldinger kræver vi et markant lønloft her og nu. Som ansatte i det offentlige skal vi have



Spørgelysten var stor, og mange medlemmer kom ind på løn, men også emner som arbejdsmiljø, manglende pension på ulempetillæg og seniornpolitikken kom til debat.

samme løn som privatansatte med samme uddannelsesniveau. Vores tal viser, at vi halter 26 pct. efter lønningerne i det private, og derfor skal lønloftet være højere end det, de privatansatte hev hjem i foråret. Ellers haler vi jo aldrig ind på dem," sagde Connie Kruckow.

Hun understregede igen, at der er behov for en egentlig ligelønsreform, hvilket Sundhedskartellet allerede har foreslået arbejdsgiverne – indtil videre uden held.

Ny kvindekamp

Connie Kruckow fortalte desuden, at alle de overenskomstkra, Sundhedskartellet fremsætter i år, ligger under hatten rekruttering og fastholdelse.

"Vi har i øjeblikket en stærk alliance med befolkningen og høj troværdighed. Der er bred opbakning til vores lønkrav, og derfor er det vigtigt, at vi bliver ved med at koble vores lønkrav med den bredere dagsorden, som er rekruttering, fastholdelse og ligeløn."

Og især ligelønsdebatten er Connie Kruckow og Ghita Parry sikre på vil komme til at fylde stadigt mere i Sundhedskartellets forhandlinger end tidligere.

"Der er en sammenhæng mellem store kvindegrupper, der bliver holdt nede lønmæssigt i forhold til store mandegrupper, og det skyldes til dels, at vi blev forkert ind-



Connie Kruckow opfordrede de fremmødte til at gå hjem og tale med deres kolleger om Sundhedskartellets overenskomstkra: "Det er vigtigt, I samarbejder og påvirker lokalt."



placeret ved Tjenestemandssreformen tilbage i 1969. Det er trist, men sandt, og det må vi gøre noget ved, måske i forbindelse med Kvindernes Internationale Kampdag, som er den 8. marts, lige omkring det tidspunkt, hvor forhandlingerne afsluttes," sagde Connie Kruckow.

Langt de fleste medlemmer fik tilsyneladende det, de kom for: Forsikring om, at Sundhedskartellet ikke vil nedtone deres forventninger til højere løn. Og Connie Kruckow kunne også berolige intensivsygeplejerske Lone Kristiansen.

"Så sent som i dag havde jeg en journalist i røret vedrørende et forslag om, at kræftsygeplejersker skal arbejde endnu mere, end de allerede gør for at kunne opfylde regeringens og regionernes løfter om akut kræftbehandling. Her foreslog en sygehusdirektør bl.a., at sygeplejerskerne skulle arbejde længere den ene dag og så gå lidt tidligere den anden. På kort sigt er det til nød en løsning, men den går ikke længere. Jeg har også talt med Bent Hansen (S) (formand for Danske Regioner, red.) om det og en gang for alle slået fast, at grænsen er nået. Nu må de til lommerne, så vi også på længere sigt kan rekruttere og fastholde medarbejderne. Så jeg prøver i høj grad at nedtone politikernes forventninger til, hvor hurtigt I kan løbe," sagde Connie Kruckow.

”Hvis vi skal prioritere, er lønnen vigtigst”

Nysgerrige. Bedre senioraftaler og arbejdsmiljø er vigtigt, men medlemmerne vægter kravet om mere i løn højest.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • FOTO: SØREN HOLM



Leon Sørensen, sygeplejerske, Århus Universitetshospital Skejby

Hvorfor er du mødt op her i dag?

”Jeg er fællestillidsrepræsentant og er her, fordi Connie er her. Det er utroligt vigtigt at høre, hvad hun siger, så vi kan holde hende fast på det senere. Jeg var med til kick-off-møde i Fredericia tidligere på året, og her kom nogle udmeldinger om, at 4 pct. i lønforhøjelse var en sejr. Det er ikke godt nok, og jeg vil gerne høre, hvor Sundhedskartellet står.”

Hvilke krav vægter du i de kommende overenskomstforhandlinger?

”Højere løn er helt klart vigtigt, og jeg vil ikke sætte procent på. Men jeg har en forventning om, at de folk, der har ytrret sig i debatten om de offentligt ansattes lønninger her på det seneste, også indfriede de løfter, de har givet. Jeg tænker især på politikerne på Christiansborg. Og vi skal ikke være med til at nedtone vores medlemmers forventninger til mere i løn, vi skal være med til at skabe realistiske forventninger.”

Hvad siger du så til det, du har hørt?

”Det bekymrer mig lidt, at der i Sundhedskartellet's oplæg bliver fokuseret en del på mere i løn til de erfarne sygeplejersker. Hvad med de nyuddannede? Det er vigtigt, de også kommer med, og her noterede jeg mig heldigvis, at Ghita Parry sagde, at alle skal have et reallønsloft.”

Lone Kristiansen, intensivsygeplejerske, Regionshospitalet Viborg

Hvorfor er du mødt op her i dag?

”Jeg har kun været tillidsrepræsentant i halvandet år og griber enhver mulighed, der er, for at få begreber sat fast og mærke de stemninger, der er fagpolitisk. En ting er, hvad jeg og mine kolleger synes, en anden er at få indblik i, hvad de centrale forhandlere mener.”

Hvilke krav vægter du i de kommende overenskomstforhandlinger?

”Løn, løn og mere løn. Det ønsker både jeg og mine kolleger. Pension og arbejdsliv er også vigtigt, men skal vi prioritere, så er det lønnen. Det er, som om at medlemmerne har brug for at få det krav opfyldt, før der rigtig bliver plads til andre.”

Hvad siger du så til det, du har hørt?

”Det står klart, at det er lønnen, Sundhedskartellet satser mest på, og det er godt. At man så også vil prøve at få andre områder med som bedre pension, er fint.”



Ane Mette Nielsen, sundhedsplejerske, Holstebro Kommune

Hvorfor er du mødt op her i dag?

”Jeg er tillidsrepræsentant og ønsker at støtte op om alle de møder, der er. Og som tillidsrepræsentant er det jo også vigtigt for mig at følge overenskomstforhandlingerne.”

Hvilke krav vægter du i de kommende overenskomstforhandlinger?

”Jeg ønsker, at de såkaldte centrale rettigheder kommer mere i fokus end de lokale muligheder. Jeg og mange andre medlemmer ønsker ikke, at der skal lægges mere ud til lokale muligheder. Det er meget tidskrævende at fordele midlerne, som er forholdsvis små – så meget tid for så lidt.”



Hvad siger du så til det, du har hørt?

”Jeg synes, jeg hørte, at nye tiltag på seniorområdet mest skal forankres lokalt, og det harmonerer ikke med, at mange medlemmer, især kommunalt ansatte, har et ønske om, at seniorpolitikkerne skal aftales mere centralt.”

Ane Gleerup, sygeplejerske, Viborg Sygehus, næstformandskandidat i Region Midtjylland

Hvorfor er du mødt op her i dag?

”Jeg er kommet for at høre, hvad Sundhedskartellet byder ind med i overenskomstforhandlingerne. Man hører jo løn, løn og mere i løn hele tiden, og er det så også det, Sundhedskartellet prioriterer? Så jeg er her også for at fastholde forhandlerne og også høre lidt om, hvad forhandlingsstrategien er.”

Hvilke krav vægter du i de kommende overenskomstforhandlinger?

”Jeg har helt klart en forventning om, at vi får mere i løn. Og bliver vores krav ikke mødt, har jeg også en forventning om, at vi er klar til at gå i strejke – vi er klar til at bakke vores forhandlere op.”

Hvad siger du så til det, du har hørt?

”Det virker, som om at forhandlerne har hørt, hvad medlemmerne vil have, og de har samtidig godt fat i politikerne på Christiansborg. Det lyder, som om der er en god kontakt. Der har været meget kritik af, hvor Connie er i hele debatten, men hun er der.”



PRODUKTINFORMATION FOR ANNONCE SIDE 6

Symbicort Turbuhaler (160 mikrog budesonid + 4,5 mikrog formoterol pr. dosis) , Symbicort Mite Turbuhaler (80 mikrog budesonid + 4,5 mikrog formoterol pr. dosis) og Symbicort Forte Turbuhaler (320 mikrog budesonid + 9 mikrog formoterol pr. dosis) Indikationer: Astma: Til behandling af astma, hvor anvendelse af en kombination (inhalationskortikosteroid og langtidsvirkende beta-agonist) er hensigtsmæssig; hos patienter, der ikke er velkontrolleret på inhalationskortikosteroider og kortidsvirkende beta2-agonister ved behov, eller hos patienter, der allerede er velkontrolleret på både inhalationskortikosteroider og langtidsvirkende beta2-agonister. (Symbicort Mite er dog ikke hensigtsmæssig hos patienter med svær astma). Symbicort og Symbicort Forte er desuden indiceret til: KØL: Symptomatisk behandling af patienter med svær kronisk obstruktiv lungesygdom (FEV1 < 50% af forventet normalværdi) og tidligere gentagne exacerbationer, som har betydelige symptomer på trods af regelmæssig behandling med langtidsvirkende bronkodilator. **Dosering Symbicort Turbuhaler:** Astma: Individuel. Symbicort bør ikke anvendes ved initial behandling af astma. Der er to måder, at behandle med Symbicort på: A. Symbicort vedligeholdelsesbehandling: Symbicort tages regelmæssigt som vedligeholdelsesbehandling med en separat hurtigvirkende bronkodilator til anfaldsbrug. **Anbefalede doser:** Voksne (fra 18 år): Basis 2-4 inhalationer dagligt dog højst 8 inhalationer dagligt. Unge (fra 12-17 år): 1-4 inhalationer dagligt. B. Symbicort vedligeholdelses- og behovsbehandling: Symbicort tages regelmæssigt som vedligeholdelsesbehandling og efter behov ved symptomer. Dette bør specielt overvejes hos patienter med utilstrækkelig astmakontrol og hyppig behov for anfaldsmedicin eller tidligere astmaeksacerbationer, som har krævet medicinsk intervention. **Anbefalede doser:** Voksne (fra 18 år): 2-4 inhalationer dagligt som basis. Ved symptomer øges dosis til højst 6 pr. gang og højst 12 dagligt. Ved mere end 8 inhalationer dagligt over længere tid, kontaktes lægen. KØL: **Anbefalede doser:** Voksne: 2 inhalationer x 2 dagligt. Det er vigtigt at instruere patienten i korrekt anvendelse af Turbuhaler. **Dosering Symbicort Forte Turbuhaler:** Astma: Voksne fra 18 år: 1-2 x 2 inh dgl. 12-17 år: 1 inh x 2 dgl. KØL: 1 inh x 2 dgl. **Dosering Symbicort Mite Turbuhaler:** Astma vedligehold 1-4 inh x 2 dgl. 12-17 år: 1-2 inh. x 2 dgl. Børn fra 6 år: 2 inh x 2 dgl. Astma vedligehold + behov: Voksne fra 18 år: sædvanligvis 2 inh dgl, dog højst 6 ad gangen og højst 12 dgl. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for budesonid, formoterol eller inhaleret laktose. **Advarsler og forsigtighedsregler:** Ved behandlingsophør bør dosis nedsættes gradvist. Pludselig og tiltagende forværring af astma eller KØL symptomer er potentielt livstruende og patienten bør øjeblikkelig tilses af en læge. Behandlingen med Symbicort bør ikke påbegyndes under en eksacerbation. Paradoks bronkospasme kan forekomme. Forsigtighed hos patienter hvor det antages, at tidligere brug af systemiske steroider har ført til nedsat binyrebarkfunktionen. Symbicort Turbuhaler bør administreres med forsigtighed hos patienter med thyrotoksikose, fæokromocytom, phaeochromocytoma, diabetes mellitus, ubehandlet hypokaliæmi, hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati, idiopatisk stenosis subvalvularis aortae, alvorlig hypertension, aneurisme eller andre alvorlige kardiovaskulære lidelser som iskæmisk hjertesygdom, hjertearytmier eller svær hjerteinsufficiens, forlænget QTc-interval, aktiv eller inaktiv lungetuberkulose eller med svampe- eller virus-infektioner i luftvejene. Høje doser beta2-agonist kan medføre potentiel alvorlig hypokaliæmi. Der bør foretages ekstra kontrol af blodsukkeret hos diabetespatienter. Patienten bør skylle munden med vand efter inhalation. **Interaktion:** Substanter som metaboliseres af CYP P450 3A4 (f.eks. itraconazol, ritonavir). Symbicort bør ikke gives samtidig med betablokkere, kinidin, disopyramid, procainamid, phenothiaziner, antihistaminer, tricykliske antidepressiver, L-Dopa, L-thyroxin, oxytocin, alkohol, monoaminoxidasehæmmere og stoffer med lignende virkning samt halogenerede hydrocarboner, andre beta-adrenerge lægemidler, digitalisglykosider. **Graviditet og amning:** Erfaring savnes. **Bivirkninger:** De hyppigste er tremor og palpitationer. Desuden candida-infektion i mund og svælg, hovedpine, let irritation i halsen, hoste og hæshed. Hos KØL patienter forekom blå mærker på huden og lungebetændelse med en øget frekvens i forhold til placebo. **Pakninger og priser pr. 24. september 2007:** Symbicort Forte Turbuhaler vnr. 14185: 9+320 µg/dosis, 3 x 60 doser inhalationspulver kr. 1.797,80. Symbicort Forte Turbuhaler vnr. 11409: 9+320 µg/dosis, 60 doser inhalationspulver kr. 613,05. Symbicort Mite Turbuhaler vnr. 3325: 4,5 + 80 µg/dosis, 120 doser inhalationspulver kr. 534,90. Symbicort Turbuhaler vnr. 5241: 4,5+160 µg/dosis, 3 x 120 doser inhalationspulver kr. 1.770,95. Symbicort Turbuhaler vnr. 3310: 4,5+16+ µg/dosis kr. 604,15. Med hensyn til dagsaktuelle priser henvises til medicinpriser.dk. **Udlevering:** B. AstraZeneca A/S, Roskildevej 22, 2620 Albertslund. Tlf. 43 66 64 62. **Forfattet produktinformation (det fuldstændige produktresumé kan rekvireres hos AstraZeneca A/S). Med hensyn til dagsaktuelle priser henvises til medicinpriser.dk.**

Kræftbehandling skader tænderne

AF HELGE KVAM, JOURNALIST

Bivirkning. *Kræftpatienter med ødelagte tænder kæmper en hård kamp for at få de tilskud, de ifølge loven har krav på. Loven er upræcis, og samtidig blokerer den for forebyggende behandling, mener Kræftens Bekæmpelse.*

Huller, skøre tænder, plomber der falder ud og proteser, der ikke kan sidde fast. Det er nogle af de bivirkninger, kræftbehandling giver. Strålebehandling i hoved- og halsregionen giver de voldsomste tandskader, fordi den ødelægger spytkirtlerne og det hårde tandvæv.

Ifølge sundhedsloven kan kræftpatienter få dækket alle udgifter over 1.515 kr. om året til bl.a. tandfyldninger, rodbehandlinger, kroner, proteser og implantater. Men det er op til den enkelte patient selv at søge om

pengene og dokumentere, at skaderne skyldes kræftbehandlingen. Og skaderne skal med lovens ord være betydelige.

"Det er jo en ren gummiparagraf, som regionerne fortolker helt forskelligt. Folk der bor i den rigtige region og har en god tandlæge, der kan hjælpe med at søge, er bedre stillet end andre. Det er helt urimeligt. Det bør laves om," siger *Bodil Feldinger*, tidligere strålebehandlet og nu frivillig i netværket for patienter med hals- og mundhulekræft i Kræftens Bekæmpelse.

Hun bliver bakket op af ledende overordnede fra Odense Universitetshospitals kæbekirurgiske afdeling, *Henning Lehmann Bastian*.

"Det er patienter, der i forvejen er alvorligt syge. Mange af dem magter simpelt hen ikke

at gå videre, når de får afslag." Henning Lehmann Bastian kritiserer, at bevisbyrden ligger hos patienten. Han mener, at lovens intention er, at patienter skal have dækket alle udgifter til tandlægeregningen, der ligger ud over 1.515 kr. om året. Det svarer nogenlunde til det beløb, alle andre mennesker bruger på tandlægebesøg.

"Det er en uværdig diskussion. Regionerne bør gå ud fra, at tandskaderne skyldes behandlingen," siger han.

Blokerer forebyggelse

I Kræftens Bekæmpelse kritiserer jurist *Lars Kofoed*, at loven – stik mod sin egen intention – blokerer for forebyggelse af tandskader.

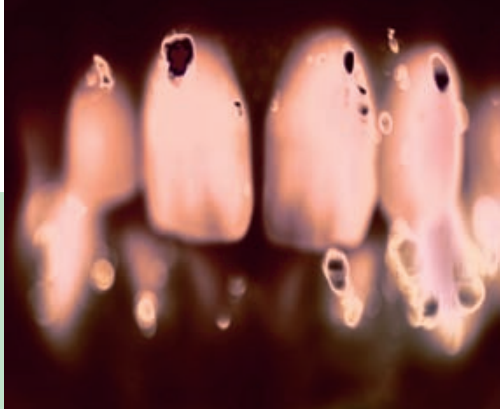
"På den ene side anbefaler loven forebyggelse, og på den anden side understreger den,



FOTO: GERT BLUMME

Etik og demens på skemaet. Sygeplejestuderende fra Sygeplejerskeuddannelsen i Vejle og sygeplejersker udefra mødte den 27. september en af sygeplejens grand old ladies. Sygeplejerske og professor Astrid Norberg ved Umeå Universitet i Sverige var taget til Vejle for at fortælle om etiske dilemmaer i plejen af demente.

"Det er bl.a. debatten om de kritisable forhold på et plejehjem på Fyn, der har betydet, at vi gerne vil lade de studerende møde en kapacitet, der ved noget om etiske dilemmaer i ældreplejen," fortæller Ulla Nielsby, sygeplejelærer ved CVU Lillebælt, og tilføjer: "Astrid Norberg har arbejdet med udforskning af sygepleje til ældre hele sit liv. Samtidig satser vi på at øge de studerendes internationale forståelse ved at trække en kapacitet til fra udlandet."



ARKIVFOTO SCANPIX

Kræftpatienter kan ifølge loven få dækket en del af sine udgifter til tandskader som følge af strålebehandling. Men regionerne tolker loven forskelligt.

at patienten skal kunne dokumentere betydelige skader. Men hvordan skal de dokumentere skader, der endnu ikke er sket?" spørger han.

En del tandskader kan formindskes, hvis patienter får tandrensninger hver tredje måned og jævnlige fluorbehandling.

Kræftens Bekæmpelse ser gerne, at ansvaret for patientens tandbehandling ligger på den sygehusafdeling, hvor han eller hun bliver behandlet. Her ved de godt, hvilke patienter der har den største risiko for tandskader. Den løs-

ning er over tandlæge Henning Lehmann Bastian fra Odense Universitetshospital enig i.

Formanden for Folketingets Sundhedsudvalg *Birthe Skaarup* (DF) har tidligere stillet spørgsmål til sundhedsministeren om kræftpatienters tandskader.

"Det er urimeligt, at folk, der i forvejen er hårdt ramt af sygdom, også skal kæmpe for at få de tilskud, de har krav på," siger *Birthe Skaarup* og bebuder, at hun vil tage sagen op igen.

Skulderklap fra Sygeplejerskens læsere

Vedkommende. *Sygeplejerskens læsere har taget godt imod moderniseringen af bladet, viser læserundersøgelse.*

Indrømmet, det er ikke alle læsere, der er begejstrede for det nye *Sygeplejersken*. "For meget billedbladsindpakning" lyder en typisk begrundelse. Men der er langt flere positive end kritiske kommentarer fra deltagerne i *Sygeplejerskens* læserundersøgelse.

725 sygeplejersker har vurderet det nye blad i en spørgeskemaundersøgelse, gennemført i maj og juni. Fire ud af fem er tilfredse eller meget tilfredse med *Sygeplejersken* i den nye form.

Over 400 deltagere har uddybet deres tilfredshed med det nye blad i en kommentar, og her går ord som "friskere," "mere moderne," "mere vedkommende" og "flottere" igen.

En anden gruppe kommen-

tarer fremhæver "mere substans og dybde" og "temaer, der bliver bedre/dybere belyst."

Tilsyneladende har mange læsere taget opdelingen af bladet til sig og går målrettet efter den version, der tiltaler dem mest – *Sygeplejersken PERSPEKTIV* eller den anden udgave af *Sygeplejersken*, der i højere grad behandler emner tæt på den enkeltes arbejdsliv og hverdag.

De fleste læsere har bemærket, at der er to versioner af bladet, og et stort flertal synes, at det er en god idé.

Sygeplejersken PERSPEKTIV får bedømmelsen "meget godt" og "godt" af hhv. 22 og 58 pct. Den anden udgave af *Sygeplejersken* med "for dig"-artiklerne får bedømmelsen "meget godt" og "godt" af hhv. 19 og 66 pct. (kb)

Se uddrag af læserundersøgelsen på www.sygeplejersken.dk

Fagforeningen skal tættere på medlemmerne

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

«« TILBAGEBLIK

Afstand. *Over halvdelen af FTFs medlemmer oplever, at der er for langt mellem arbejdspladsen og fagforeningens beslutninger. Det viser en stor undersøgelse, der har skabt debat om behovet for fornyelse i fagbevægelsen.*

"Fagbevægelsen står foran sin skæbnetime. Danskerne kan godt lide tanken om fagforeninger, men hvert femte medlem overvejer at melde sig ud, og de unge melder sig slet ikke ind."

Sådan omtalte dagbladet *Politiken* en af de hidtil mest omfattende undersøgelser af lønmodtagernes værdier og interesser. Undersøgelsen "Arbejdsliv og Politik" er baseret på en spørgeskemaundersøgelse blandt godt 2.327 repræsentativt udvalgte lønmodtagere.

"I dag må vi konstatere, at store dele af fagbevægelsen stadig ikke har fået fat i de unge. Og lykkes det ikke de kommende år, kan det gå rigtig galt for fagbevægelsen," siger en af forskerne bag undersøgelsen, professor *Henning Jørgensen* fra Aalborg Universitet til *Politiken*. Han peger på, at der skal nytænkning til, hvis det skal lykkes at få flere unge med. Danskerne under 30 år er nemlig langt mindre solidariske end resten af lønmodtagerne.

Undersøgelsen punkterer samtidig myten om, at danske lønmodtagere generelt er blevet mere individualistiske. Tværtimod prioriterer medlemmerne samarbejde over indbyrdes konkurrence og bakker solidt op om velfærdsstaten. 74 pct. af FTF-medlemmerne siger i undersøgelsen, at "man bør være medlem af en fagforening," og halvdelen ser helst, at deres kolleger er medlem af en faglig organisation. Samtidig har lønmodtagerne dog svært ved at genkende sig selv i den måde, som fagforeningerne varetager deres interesser på. Hele 56 pct. af FTF-medlemmerne erklærer sig helt eller delvist enige i,

at der er for langt mellem de ting, der sker på arbejdspladsen, og de beslutninger, der tages i deres fagforening.

Langt fra top til bund

Mens 20 pct. af medlemmerne i LO og Akademikernes Centralorganisation overvejer at smide indbetalingskortet til fagforeningen i papirkurven, så gælder det 14 pct. af medlemmerne i sygeplejerskernes hovedorganisation, FTF.

De to væsentligste årsager er, at kontingentet er for højt, og at medlemmets interesser ikke bliver varetaget. "Det viser, at der er langt fra top til bund, og det er noget, vi skal arbejde med. F.eks. tror jeg, at mange medlemmer har svært ved at genkende deres egne krav til overenskomsterne, når de er blevet prioriteret på den overordnede liste. Her er vi for dårlige til at fortælle om mellemregningen," lyder kommentaren fra FTF-formand *Bente Sorgenfrey* i *Berlingske Tidende*.

Grete Christensen, 1.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd, kan godt genkende billedet. "At være synlig for medlemmerne er noget, vi som forbund allerede har arbejdet rigtig meget med. I vores arbejde med den nye struktur har lige præcis dét været meget afgørende," siger hun til FTFs blad *Resonans* og peger på arbejdet med kommunikationen i medlemsbladet og det elektroniske nyhedsbrev.

Men også tillidsrepræsentanterne skal være med til at mindske afstanden. En gruppe forskere er netop nu ved at afslutte en stor undersøgelse for DSR af tillidsrepræsentanternes rolle i et forandret sundhedsvæsen.

"Vi forventer os meget af projektet. Vi vil f.eks. gerne bruge den nye viden, vi får, til at få flere medlemmer til også at opleve TR'erne som forbundets repræsentant. Mange oplever i dag mest TR'en som deres repræsentant over for os som én, der arbejder med lokale problemstillinger," siger *Grete Christensen* til *Resonans*.

Kamp om de vestjyske akutmodtagelser i 11. time

AF SUSANNE BLOCH KJELDSEN, JOURNALIST

Akutberedskab. Vestjylland får et nyt storsygehus, og anæstesisygeplejersker skal bemande akutbilerne i det meste af Region Midtjylland, men yderområderne er ikke sikret dækning af anæstesisygeplejersker.

Årtiers sygehus-slagsmål mellem Holstebro og Herning om placering af specialer ser ud til at få en ende. I 2017 skal et nyt midtvestjysk supersygehus stå klar, og i mellemtiden fortsætter begge regionshospitaler med at modtage akutte patienter. Politikerne i Regionsrådet i Region Midtjylland har udsendt den svære beslutning om placeringen af storsygehuset i Vestjylland indtil juni 2008. Det politiske forlig blev vedtaget med 40 ud af 41 stemmer.

"Beslutningen om placering af akutmodtagelser er vendt i luften i 11. time. Længe så det ud til, at storsygehuset skulle ligge i Herning, og stærke kræfter kæmpede for at bevare akutmodtagelsen i Holstebro. Sygeplejerskerne i Holstebro er tilfredse, mens man i Herning kan føle, at man har mistet sin fremtid, og at dagene nu er tætte for Herning Sygehus. Indtil politikerne træffer afgørelse om placering af det nye storsygehus, har sygeplejerskerne fået et lille pusterum," siger amtskredsformand i det tidligere Ringkøbing Amt, *Bodil Carstensen*.

Ud over regionshospitalerne i Holstebro og Herning vil der væ-

re akutmodtagelser på regionshospitalerne i Horsens, Randers, Viborg og Århus.

Med det politiske forlig får den præhospitale indsats i hele regionen et løft. Fremover skal akutbilerne ved de fælles akutmodtagelser være døgndækkende, og de skal bemandes med anæstesisygeplejersker eller anæstesilæger.

Netop spørgsmålet om præhospitaalbehandling har været et af de emner, Dansk Sygeplejeråd har lagt vægt på. Den nye ordning betyder, at det automatisk er anæstesispersonalet, der rykker ud, og ikke kun, når Falck skønner, at der er behov.

Tvivel om kvaliteten

Anæstesisygeplejerske *Niels Bjørn Andersen* fra Viborg er en af de sygeplejersker, der har nærlæst detaljerne i forliget. Han har hæftet sig ved, at der står, at fra kl. 23 til 08 betjenes akutbilen af en sygeplejerske "med relevant baggrund." Og at akutbilerne i Skive, Ringkøbing, Tarm, Holstebro og Lemvig skal bemandes med en "sygeplejerske" – men her er ikke specifikt nævnt "anæstesisygeplejerske."

"Det er vigtigt, at det er sygeplejersker, der f.eks. kan intubere en patient og anlægge i.v.-adgang, og jeg kunne godt tænke mig at vide, hvorfor der ikke står anæstesisygeplejerske alle steder i forliget," siger *Niels Bjørn Andersen*, der understreger, at han udtaler sig som sy-

geplejerske og privatperson og ikke på vegne af sin arbejdsplads på Regionshospitalet Viborg.

Ifølge formand for Udvalget vedrørende service, kvalitet, plan og struktur på sundhedsområdet i Region Midtjylland, *Johannes Flensted-Jensen* (S), så er formuleringen i forliget helt bevidst.

"Fra de sygehuse, der har akutmodtagelser, er det anæstesisygeplejersker, der rykker ud, men andre steder kan det være behandlersygeplejersker fra skadestuen, der har gennemgået efter- og overbygningsuddannelser i præhospitaalbehandling. Problemet er, at vi ikke har anæstesisygeplejersker alle steder," siger *Johannes Flensted-Jensen*.

Niels Bjørn Andersen sætter dog spørgsmålstegn ved, om behandlersygeplejersker har rutine nok.

"Det kræver daglig rutine at intubere og anlægge i.v.-adgang. Hvis man ikke kan få anæstesisygeplejersker, kan man lige så godt sende reddere ud," siger han.

Dansk Sygeplejeråds amtskredsformand i det tidligere Ringkøbing Amt, *Bodil Carstensen*, siger, at det helt sikkert er et spørgsmål, Dansk Sygeplejeråd vil undersøge nærmere, inden Regionsrådet skal træffe sin endelige beslutning om den fremtidige struktur den 24. oktober 2007.



Kandidater bruger blogs i valgkampen

Flere kandidater til kredsbestyrelsesvalget har ønsket at "blogge," så de bedre kan kommunikere med vælgerne. En blog, også kaldet en weblog, er en hjemmeside, hvor man kan skrive indlæg, som andre brugere kan kommentere. Metoden kan være meget effektiv til at skabe en dialog.

Brugen af blogs i valgkamp startede i USA. Trenden er fortsat ved folketingsvalg og lokalvalg i Danmark og er nu kommet til Dansk Sygeplejeråd. Teknikken er på plads. Men hvorvidt alle kandidater kan få en blog stillet til rådighed, eller det kun er formandskandidaterne, er op til amtskredsen. Kandidater, der er interesserede i at oprette en blog, kan henvende sig i deres lokale amtskreds.

Kandidaternes forskellige tekniske muligheder for dialog med medlemmerne illustreres ganske godt af, at Kreds Syddanmarks to formandskandidater *Anni Pilgaard* og *Bo Smith* begge har oprettet egne hjemmesider til formålet med adresserne:

www.annipilgaard.dk
www.bo-smith.dk

Anni Pilgaard vil desuden få link fra amtskredsens hjemmeside. De to konkurrenter til formandsposten i Kreds Sjælland, *Helle Dirksen* og *Mia Linda Møller*, vil give vælgerne adgang til at spørge nærmere til kandidaternes holdninger via mailadresser. *Helle Dirksen* har adressen helledirksen@dsr.dk *Mia Linda Møller* har oprettet e-mail-adressen: mialindamoller@hotmail.com

Rettelse

Under overskriften "Vidste du at ..." på side 9 i nr. 19/2007 har vi skrevet om en succesfuld kontrol med MRSA i Vejle. Denne omfatter dog ikke kun Vejle Sygehus, som der står i artiklen. Nedbringelsen af MRSA-smitte gælder alle sygehuse i det tidligere Vejle Amt.

Redaktionen

Rettelse

Hvis en kreds næstformand fratræder eller får forfald, er der ifølge Dansk Sygeplejeråds loves paragraf 17 stk. 2 den mulighed, at kredsbestyrelsen vælger en ny kreds næstformand af og blandt kredsbestyrelsesmedlemmerne i den pågældende valgkreds. Det kan blive aktuelt, hvis *Anni Pilgaard*, der er valgt uden modkandidater som kreds næstformand i Kreds Syddanmark valgkreds 4, vælges som formand for Kreds Syddanmark. Omtalen i *Sygeplejersken* nr. 19/2007, side 16, af det kommende kampvalg om formandsposten i Kreds Syddanmark var derfor ikke korrekt på dette punkt.

(sp)

(kfe/sp)



VENTETIDSGARANTI

Doktor a/s. Flere af landets offentligt ansatte overlæger opretter deres egne privathospitaler og tjener på den måde millioner ved siden af jobbet i det offentlige.

AF BRITTA SØNDERGAARD,
JOURNALIST



AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN,
JOURNALIST



Regeringens ventetidsgaranti er en rigtig god forretning for en lille skare af ortopædkirurgiske overlæger. Flere af landets fremtrædende ortopædkirurger tjener millioner på at operere patienter på deres egne klinikker i fritiden. Det viser en undersøgelse, som *Sygeplejersken* har foretaget i Erhvervs- og Selskabsstyrelsens Centrale Virksomhedsregister. Mindst 28 offentligt ansatte ortopædkirurgiske overlæger optræder i registret som indehaver af selskaber, der er tilknyttet private klinikker.

En af de ortopædkirurger, der driver privatklinik samtidig med, at han arbejder i det offentlige, er overlæge *Thomas Kiær* fra Rigshospitalet i København. Thomas Kiær, der i dag er deltidsansat på Rigshospitalet, driver den private klinik, Center for Rygkirurgi, sammen med kollegaen overlæge *Peter Blyme* – også fra Rigshospitalet og en tredje læge, der ikke er ansat i det offentlige.

Center for Rygkirurgi havde i 2006 et overskud på 1,8 mio. kr. efter skat. Et overskud, der bl.a. skyldes tilstrømningen af patienter, som ikke kan opereres i det offentlige sundhedsvæsen inden for ventetidsgarantien.

”Jeg har i årevis siddet og skrevet folk på venteliste, velvidende, at det kunne tage mel-

lem et og tre år, før de overhovedet kom ind. Så selvfølgelig mener jeg, at det har givet patienterne en behandlingsmulighed, som de ikke havde før. Ventetiden på rygområdet var helt ekstrem lang,” forklarer overlæge Thomas Kiær om sin motivation for at skabe den private klinik.

Lægerne må prioritere deres tid

Siden regeringen indførte det frie sygehusvalg og ventetidsgarantien på to måneder i sommeren 2002, har et støt stigende antal patienter valgt behandling på private sygehuse. Alene fra 2004 til 2006 er antallet af borgere, der blev behandlet for offentlige skattekroner på privathospital, steget med knap 50 pct., viser tal fra Sundhedsstyrelsen. Det drejede sig i 2006 om i alt 50.000 patienter.

Tilstrømningen af patienter til privathospitalerne forventes at stige, ligesom ortopædkirurgernes bijobberi ventes at nå nye højder, efter at regeringens nye ventetidsgaranti på en måned trådte i kraft fra 1. oktober.

Et af de private hospitaler, der vil modtage flere patienter, er Ortopædisk Hospital Aarhus a/s, der er stiftet af en gruppe speciallæger fra Århus Sygehus i slutningen af 2004. Otte offentligt ansatte overlæger i Østjylland

FORGYLDER KIRURGER



>>> SÅDAN GJORDE VI

I august måned foretog fagbladet *Sygeplejersken* en søgning efter selskabsoplysninger i Erhvervs- og Selskabsstyrelsens centrale virksomhedsregister (CVR). Vi søgte på oplysninger knyttet til ortopædkirurgiske overlæger, der er ansat ved offentlige sygehuse i Danmark. Søgningen viste, at minimum 28 af lægerne ejer anpartsselskaber og/eller holdingselskaber, der enten repræsenterer private klinikker eller ejer andele af private klinikker, der udfører ortopædkirurgisk virksomhed.

Søgningen er ikke udtryk for en systematisk eller fuldstændig udtømmende dokumentation for lægernes private selskaber, men giver et indblik i en del af omfanget for netop ortopædkirurgerne.

Oplysninger om overskuddet fra klinikkerne, der er nævnt i artiklerne, stammer fra de offentlige årsregnskaber.

» optræder i Erhvervs- og Selskabsstyrelsens register som indehavere af private anpartsselskaber. Regnskaberne viser, at lægerne i 2006 via deres personlige holdingselskaber kunne trække et overskud ud på mellem 129.000 kr. og 2,59 mio. kr. efter skat.

Topscore i Århus tjener 2,5 mio.

Blandt lægerne fra Århus er topscoreren ortopædkirurgen *Peter Duel*, der udfører rygoperationer, og som ikke har ønsket at kommentere sit engagement i Ortopædisk Hospital Aarhus a/s over for *Sygeplejersken*. Sidste år tjente han 2,5 mio. kr. på sit selskab. Bijobbet på Ortopædisk Hospital Aarhus a/s gav tre af hans offentligt ansatte kolleger en ekstraintægt på mellem 1 og 1,5 mio. kr.

I Aalborg har fire af byens offentligt ansatte ortopædkirurgiske overlæger stiftet privathospitalet Artros. Klinikken har eksisteret siden 2006 og behandler bl.a. lidelser i knæ, skuldre, hofter og ryg. Behandlingen foregår på det offentlige regning, hvis patienten benytter sig af det frie sygehusvalg.

Politisk bestemt

Regionerne er bekymrede over, at offentligt ansatte overlæger i stigende grad bijobber i det private.

”Det er et resultat af regeringens politik. Vi er udsat for et ideologisk angreb på den offentlige sektor. Sidste år brugte vi i hovedstaden 40-50 mio. kr. mere, end det ville have kostet at udføre de pågældende behandlinger i det offentlige, fordi vi sendte patienter ud i det private,” siger *Vibeke Storm Rasmussen* (S), der er formand for Region Hovedstaden.

Hun mener, det er uheldigt, at systemet tilskynder offentligt ansatte til at bijobbe i en tid, hvor sygehuse er midt i en voldsom omstillingsperiode.

”Det betyder, at de ansatte ikke kan koncentrere deres kræfter og energi på at få arbejdet på afdelingen til at fungere. Jeg mener,

vi skal forsøge at tilbyde de ansatte, der gerne vil arbejde mere, at de kan arbejde ekstra i det offentlige, og det indgår i hospitalsplanen for Region Hovedstaden,” siger *Vibeke Storm Rasmussen*.

Sygeplejerske Birgitte Josefsen (V), der er medlem af Folketingets Sundhedsudvalg, finder det til gengæld positivt, at læger og sygeplejersker har lyst til at arbejde ekstra i fritiden.

”Dobbeltjobberi blandt læger har altid eksisteret. Det er helt fint, hvis læger har lyst til at give den en ekstra skalle i det private. Men selvfølgelig skal det sikres, at den pågældende læge ikke kan henvise til sin egen klinik,”

siger *Birgitte Josefsen*, der også mener, at regionerne bør udvide mulighederne for, at læger og sygeplejersker tilbydes ekstraarbejde på de offentlige sygehuse.

Dræning af fagligt miljø

Ifølge flere sygehusdirektører er en af omkostningerne ved overlægers dobbeltjobberi, at det dræner det faglige miljø på sygehuse.

”Hvis lægen går klokken tre hver dag og ikke kan deltage i møder om faglig udvikling, så er det med til at ødelægge drivet på nogle af de offentlige sygehusafdelinger,” siger *Leif Vestergaard Pedersen*, sygehusdirektør i Region Midtjylland.



>>> BEHANDLINGSGARANTIE

Den 1. oktober 2007 trådte en ny lovgivning i kraft, som giver borgerne en maksimal ventetid på en måned – også kendt som behandlingsgarantien. Den nye behandlingsgaranti afløser den maksimale ventetid på to måneder, der blev indført den 1. juli 2002. Hvis ventetiden overstiger en måned, har patienten ret til omgående behandling på et privat dansk eller udenlandsk hospital, der har indgået aftale om behandling med Danske Regioner.

Følgende behandling er undtaget behandlingsgarantien:

- Kosmetiske indgreb
- Alternativ behandling
- Eksperimenterende og forskningsrelateret behandling
- Sterilisation og fertilitetsbehandling
- Høreapparatbehandling
- Psykiatrisk behandling

Læs mere om de nye regler på:
www.im.dk

En kæmpegevinst for patienterne

Lars Løkke Rasmussen (V), indenrigs- og sundhedsminister



ARKIVFOTO: SIMON KNUDSEN

Har behandlingsgarantien været en gevinst for sundhedsvæsenet?

”Jeg ser først og fremmest fremrykningen som en gevinst for patienterne. Det offentlige bevarer jo serveretten og kan behandle alle de patienter, man vil. Men ligesom nu bliver det offentlige sundhedsvæsen udfordret lidt fra privat side. Det mener jeg sådan set er ganske sundt. Men egentlig tror jeg ikke, at fremrykningen vil skabe den store forandring i forholdet mellem det offentlige og det private sundhedsvæsen. Om det bliver en gevinst for det private sundhedsvæsen, afhænger jo også af, hvordan det offentlige løfter opgaven. Det er jo hele tiden det, der er førsteprioritet.”

”Jeg ser det som en kæmpegevinst for patienterne. Det udvidede frie sygehusvalg er til glæde for alle patienter uanset tegnebog og forsikringspolice. Fra 1. oktober er der mulighed for at blive behandlet på et privathospital, hvis det offentlige ikke kan behandle én inden for en måned.”

Lige nu er arbejdsfordelingen mellem det offentlige og det private sundhedsvæsen henholdsvis 99 pct. og 1 pct. – hvordan vil den fordeling se ud om 10 år?

”Som jeg sagde før: Jeg tror ikke, at forholdet mellem det private og det offentlige sundhedsvæsen ændrer sig ret meget. Da vi indførte det udvidede frie sygehusvalg i 2002, var der også mange bekymrede røster. Og hvad er der sket? Det er en kæmpesucces, som 120.000 har benyttet sig af. Om det private så om 10 år fortsat udgør præcis 1 pct. eller om det snarere er ½ pct. eller 3 pct., synes jeg ikke er så afgørende. Det afgørende for mig er, at vi har et endnu bedre offentligt sygehusvæsen med fri og lige adgang, og at de private inddrages på en fornuftig måde, der bidrager til at styrke den enkelte patients behandling og muligheder, uanset tegnebogen.”

Den bekymring afvises af overlæge Thomas Kiær, der er overlæge på Rigshospitalet og indehaver af det private Center for Rygkirurgi.

”Det offentlige har i mange år levet højt på en frivillig arbejdsindsats fra lægerne uden for dagtimerne, og det kan selvfølgelig påvirkes af, at mange læger arbejder privat i stedet. Til gengæld behandles der flere patienter, så den samlede sum af regnskabet er svær at gøre op. Og måske er det tiden, at det offentlige sætter en værdi på den store mængde af frivilligt arbejde, der har ligget i lægers engagement uden for dagarbejdstiden,” siger Thomas Kiær.

Formanden for Lægeforeningen Jens Winther Jensen ser heller ingen grund til at klandre den enkelte læge for at arbejde i det private.

”Lægerne gør bare det, der bliver efterspurgt generelt, nemlig arbejder noget mere. Lægerne har jo indberetningspligt, så arbejdsgiverne kan jo ikke være uvidende om, hvad der foregår,” siger Jens Winther Jensen.

Indberetningspligten er blot ét af de nyere tiltag, som arbejdsgivere har iværksat som konsekvens af lægernes øgede bijobberi. Af hensyn til potentielle interessekonflikter er det f.eks. på Rigshospitalet ikke tilladt at visitere patienter, hvis man som overlæge ejer en privatklinik. Men derudover blander arbejdsgiverne sig ikke i overlægernes bijob.

”Hvis folk i øvrigt passer deres arbejde på Rigshospitalet, så blander vi os ikke i, hvad de gør i deres fritid. Vi kan jo ikke stavnsbinde vores ansatte. Men konkret for ortopedkirurger ser vi dog et ret stort potentielt problem med interessekonflikter, og det er netop derfor, vi har lavet en indberetningspligt,” forklarer Jannik Hilsted, der er lægefaglig direktør på Rigshospitalet.

kbc@dsr.dk; bso@dsr.dk

De offentlige hospitaler afvikles

Vibeke Storm Rasmussen (S), formand for Region Hovedstaden



ARKIVFOTO: SCANPIX

Har de private hospitaler været en gevinst for sundhedsvæsenet?

”Nej. Jeg kan da godt se, at de enkelte steder i det private har opbygget nogle arbejdspladser, vi kan lære af i det offentlige. Men det er uheldigt, at der bruges en masse penge og energi på at afvikle de offentlige hospitaler.

I hovedstaden betalte vi sidste år 40-50 millioner mere for behandling, end vi egentlig behøvede, fordi vi sendte patienter videre til det private. Det skyldes, at privathospitalerne får nogle mere fordelagtige takster for at behandle patienterne end det offentlige. Det er mange penge, skatteyderne skal betale for at få gang i en privat sektor.

Det er meget uheldigt, at hjælpen til privatisering kommer ind på et tidspunkt, hvor der mangler arbejdskraft i sundhedsvæsenet.

I det danske samfund er der en bred opfattelse af, at det er vældig godt med en god offentlig sektor. Det system vil danskerne ikke have ødelagt ad fordøren, men regeringen er ved at ødelægge systemet ad bagdøren. Problemet er, at den almindelige dansker har svært ved at gennemskue, hvad der sker. Regeringen er ved at køre et privat system ind ud fra ideologiske årsager, uden at det for alvor bliver debatteret.

Tror du, privatiseringen vil fortsætte?

Hvis regeringen fortsætter, tror jeg, den vil foretage en mere omfattende privatisering af sundhedsvæsenet.

Ekspansion. Privathospitalerne bygger ud som aldrig før. De private aktører betragter sig selv som en sund konkurrent og et supplement til det offentlige sundhedsvæsen. Men kritikerne mener, at det nye marked for sundhedsydelser sætter idealerne om fri og lige adgang til behandling under pres.

”VI ER MYGGEN, DER KLØR

AF BRITTA SØNDERGAARD OG KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALISTER • MODELFOOTO: SØREN HOLM

Da direktør *Tina Schmidt Madsen* tiltrådte sit job i 2002, blev hun ansat til at lede en lille klinik med en omsætning på 3 mio. kr. og et underskud på 2 mio. kr.

I dag er Danske Privathospitaler et af landets største med 219 ansatte og afdelinger i Esbjerg, Herning, Aalborg, Århus og Hørsholm. I øjeblikket knokler håndværkerne for at klargøre den nyeste udvidelse i Herning. Samtidig leder hospitalet efter lokaler til sidste skud på stammen: en afdeling i Odense.

Danske Privathospitaler er ikke de eneste, der bygger ud. I den forhenværende tv-by i Gladsaxe er håndværkerne i gang med at omdanne TV-avisens tidligere studier og kontorer til et hypermoderne behandlingscenter under Privathospitalet Hamlet.

Hver syvende dansker har i dag en privat sundhedsforsikring. Boomet i forsikringer og regeringens behandlingsgaranti betyder, at privathospitalerne er en branche i vækst.

186 privathospitaler og klinikker har ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet aftale med regionerne om at udføre behandlinger, når det offentlige ikke kan overholde behandlingsgarantien. For fem år siden var der kun 60 klinikker på aftalelisten.

Alligevel er privathospitalerne stadig en lille niche i Danmark. I 2006 blev bare 2 pct. af det samlede antal patienter i det offentlige sundhedsvæsen behandlet på privathospitaler på skatteydernes regning, viser tal fra Sundhedsstyrelsen.

Ruster sig

Lige nu ruster de private klinikker sig til at tage imod de mange nye patienter, der forventes at søge behandling, efter at regeringen den 1. oktober i år indførte en måneds ventetidsgaranti. De nye regler betyder, at patienten har ret til at søge behandling i det private, hvis ikke f.eks. brokoperationen, knæoperationen eller rygoperationen kan klares inden for en måned i det offentlige.

”Den private sundhedssektor oplever et boom i patienttilgangen, og vi forventer en stigning i antallet af patienter, efter at regeringens nye ventetidsgaranti er trådt i kraft. Men meget afhænger af, hvor godt patienterne bliver informeret om deres nye rettigheder,” siger Tina Schmidt Madsen. I dag får en fjerdedel af Danske Privathospitalers patienter behandlingen betalt af det offentlige, mens halvdelen får behandlingen dækket af forsikringen. Resten er selvbetalere, eller de får udgifterne dækket af f.eks. en kommune.

Gavner de raske syge

Mens Tina Schmidt Madsen udtrykker beherskede forventninger til den nye behandlingsgaranti, så frygter sundhedsdirektører i samtlige fem regioner, at de nye regler vil skævvride hele prioriteringen i sundhedsvæsenet. De mener, at garantien vil favorisere patienter med banale lidelser som brok og skubbe den kroniske patient med et kompliceret sygdomsforløb bagest i køen.

”Hospitalerne vil forsøge at undgå at skulle sende patienterne videre til et privathospital. Den kroniske patient med flere lidelser er ikke omfattet af ventetidsgarantien. Derfor får vi et system, der tilgodeser de ”raske syge,”” siger sundhedsdirektør *Leif Vestergaard Pedersen* fra Region Midtjylland.

Også Lægeforeningen advarer mod den prioritering, behandlingsgarantien er udtryk for.

”I Lægeforeningen synes vi, at den måde, regeringen nurser privathospitalerne på, er en forkert måde at prioritere sundhedsvæsenets ressourcer på. Regeringen udvælger visse sygdomsgrupper og patienter, der får mulighed for at søge behandling i det private. Derved foretages en prioritering, der ikke er begrundet i patientens behov, men i, hvilke sygdomme det private kan behandle. Og det trækker penge ud af det offentlige sundhedsvæsen,” siger formanden for Lægeforeningen *Jens Winther Jensen*.

Fleere af de kilder, *Sygplejersken* har talt

>>> FLERE PENGE TIL PRIVATHOSPITALERNE

En ny rapport fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet viser, at det offentlige i stigende omfang gør brug af det private sundhedsvæsen. Fra 2003 til 2006 er Danske Regioners udgifter til behandling på privathospitaler steget fra ca. 323 mio. kr. i 2003 til 447 mio. kr. i 2006.

Kilde: Rapport fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, september 2007.

”Ingen på privathospitalerne ønsker et system som i USA, hvor det er penge, der afgør behandlingen. Vi har et godt og velfungerende offentligt system, og det er vigtigt at bevare. Vi betragter os selv som en kollega til det offentlige. Vi er myggen, der klør elefanten bag øret. Vi har givet det offentlige en sund konkurrence. Det udvidede frie sygehusvalg har betydet, at det offentlige også er begyndt at se på deres forretningsgange.”

Tina Schmidt Madsen, direktør Danske Privathospitaler.

ELEFANTEN”



>>> BEGRÆNSET BIJOBBERI BLANDT SYGPLEJERSKER

Selvom landets privathospitaler er i vækst, er det foreløbig kun et fåtal af de offentligt ansatte sygeplejersker, der supplerer månedslønnen med et bijob på privathospital.

Sådan lyder vurderingen fra flere af de sundhedsdirektører i regionerne, som *Sygeplejersken* har interviewet.

”Sygeplejersker vælger typisk at være ansat ét sted. Nogle af de private klinikker ansætter anæstesisygeplejersker og operationssygeplejersker. Men i en del tilfælde ser vi, at de får nok af det meget specialiserede miljø på privathospitalerne. Mange sygeplejersker vil gerne have den faglige udfordring og det kollegiale miljø, der findes på de offentlige sygehuse, og så spiller det en mindre rolle, at lønnen er bedre i det private,” siger sundhedsdirektør *Leif Vestergaard Pedersen* fra Region Midtjylland.

Dansk Sygeplejeråd oplyser, at 181 af DSRs medlemmer i øjeblikket er ansat på privathospitaler. Ifølge Dansk Sygeplejeråds lønstatistik for privatansatte sygeplejersker var den gennemsnitlige nettoløn for sygeplejersker ansat i basisstillinger på privathospital 29.596 kr. pr. 1.9. 2006. Det gennemsnitlige pensionsbidrag for privatansatte sygeplejersker var 17,5 pct.

» med, frygter desuden, at de offentlige hospitaler vil blive ramt af personaleflugt.

”Generelt betyder ventetidsgarantien, at vi forsøger at gøre langt mere, end vi har ressourcer til. Det danske sundhedsvæsen, både det private og det offentlige, er ved at blive overophedet, fordi vi forsøger at tilgodese alle her og nu. Det betyder en øget efterspørgsel efter arbejdskraft,” siger *Jens Elkjær*, der er sygehuschef i Region Syddanmark.

Lægefaglig direktør *Jannik Hilsted* fra Rigshospitalet forudser også, at der bliver kamp om hænderne.

”Hvis 10-15 pct. af patienterne skal behandles i det private, så bliver det et problem. Vi har nemlig personalemangel, og det er de samme

hænder, man konkurrerer om. Men det er ikke fair konkurrence, for når de private ikke har udgifter til uddannelse, forskning og akutberedskab, så tjener de mere på behandlingerne og kan dermed tilbyde en højere løn til de ansatte,” siger *Jannik Hilsted*.

Udokumenteret

Professor i sundhedsøkonomi ved Syddansk Universitet *Kjeld Møller Pedersen* betegner derimod frygten for skævvridning af det danske sundhedsvæsen som overdreven. Han ser ingen tegn på, at ventetidsgarantien forrykker prioriteringen.

”Jeg har ikke set overbevisende dokumentation for, at f.eks. de medicinske eller de kro-

niske patienter bliver ladt i stikken pga. behandlingsgarantien. Der er tværtimod sket forbedringer på de medicinske afsnit, og der er oprettet akutte modtageafsnit. Når flere patienter bliver behandlet på privathospitaler, så giver det jo mere plads på de offentlige sygehuse,” lyder det fra *Kjeld Møller Pedersen*.

Professoren fra Syddansk Universitet betragter heller ikke personaleflugten til det private som det store problem. Han fremhæver, at der foreløbig ikke er tale om nogen folkevandring. Generelt vurderer *Kjeld Møller Pedersen*, at de private hospitaler med deres små enheder og effektive arbejds gange har givet det offentlige sygehusvæsen en sund konkurrence.

LAD OFFENTLIGE HOSPITALER KLARE VENTELISTERNE

Kreativitet. Mange ortopædkirurger vil hellere end gerne arbejde over i det offentlige efter arbejdstid, men det giver systemet ikke altid mulighed for, lyder det fra ortopædkirurgernes formand.

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

Mens offentligt ansatte overlæger rykker ud til ortopædkirurgiske privatklinikker for at behandle ventelistepatienter efter arbejdstid, så står en stor del af operationsstuerne tomme efter klokken 16 på de offentlige sygehuse. Og det er et paradoks, mener formanden for Dansk Ortopædkirurgisk Selskab, overlæge og professor ved Århus Universitets-hospital *Cody Bünger*, der selv arbejder som konsulent for flere privathospitaler.

Han efterlyser, at de offentlige hospitaler får bedre mulighed for at tage konkurrencen op mod de private. F.eks. bør lovgivningen

tillade, at de offentlige sygehuse opretter såkaldte ”private wings,” der på lige fod med private hospitaler kan byde ind på afviklingen af ventelister. Det system bruges f.eks. i Frankrig.

”Der ligger en stor restkapacitet på de offentlige sygehuse, som ikke bliver brugt. Vi er nok nogle, der gerne ville arbejde noget mere på de offentlige sygehuse, hvis der var mulighed for det,” siger *Cody Bünger*.

Ortopædkirurgernes formand understreger, at jobbet på privatklinikkerne er en populær bibeskæftigelse for mange ortopædkirurger.

”Behandlingsforløbene er meget effektive, fordi alle arbejder enstrenget på at hjælpe den enkelte patient, og fordi der er tale om små enheder, er strukturen meget lidt hierarkisk. Selvfølgelig er patienterne også lidt lettere,” siger *Cody Bünger*.

Cody Bünger henviser til de offentlige friklinikker, der er oprettet i Region Midtjylland og Region Syd, som en positiv måde at afvikle ventelister på.

Kjeld Møller Pedersen, der er professor i sundhedsøkonomi ved Syddansk Universitet, mener også, at de offentlige hospitaler

Her er professoren på linje med direktøren for Danske Privathospitaler.

”Ingen på privathospitalerne ønsker et system som i USA, hvor det er pengene, der afgør behandlingen. Vi har et godt og velfungerende offentligt system, og det er vigtigt at bevare. Vi betragter os selv som en kollega til det offentlige. Vi er myggen, der klør elefanten bag øret. Vi har givet det offentlige en sund konkurrence. Det udvidede frie sygehusvalg har betydet, at det offentlige også er begyndt at se på deres forretningsgange,” siger Tina Schmidt Madsen.

Sygehusdirektør Leif Vestergaard Pedersen fra Region Midtjylland ser mere pessimistisk på udviklingen. På længere sigt frygter han, at den øgede privatisering betyder et etisk og moralsk skred i forhold til patienterne.

”Vi er ved at opbygge et system, hvor de læger, der tjener virkelig mange penge, er dem, der behandler patienter, som stort set ikke fejler noget. I dag kigger hospitalerne på, om der er dækningsbidrag, når en patient skal behandles. Det danske sundhedsvæsens fantastiske styrke har hidtil været, at vi er her for patientens skyld. Der er et kald over at være i sundhedsvæsenet. Jo mere det bliver butik end etik, jo mere skrider disse værdier.”

bso@dsr.dk; kbc@dsr.dk

burde have bedre mulighed for at tage konkurrencen op mod de private.

”Der mangler nogle muligheder i lovgivningen for, at de offentlige og private kan konkurrere på lige vilkår,” siger Kjeld Møller Pedersen, der også betegner de offentlige friklinikker som et konstruktivt bud på, hvordan de offentlige kan afvikle ventelister.

bso@dsr.dk

Fokus flyttes fra de alvorligt syge

Connie Kruckow, formand for Dansk Sygeplejeråd

Har privathospitalerne været en gevinst for sundhedsvæsenet?

”Dansk Sygeplejeråd har den grundholdning, at langt størstedelen af det danske sygehusvæsen skal være offentligt styret, finansieret, drevet og kontrolleret. Det er hele forudsætningen for åbenhed, sammenhæng i patientforløbet og langsigtet prioritering af ressourcerne, og det er også en forudsætning for at mindske den sociale ulighed i sundhed.

Privathospitalerne tager de bedste patienter, og de har ikke noget ansvar for hverken forskning eller uddannelse.

På nogle områder har indførelsen af privathospitaler været en fordel. De har været med til at øge aktiviteten og nedbringe ventelisterne. Det er DSRs grundopfattelse, at hvis den politiske vilje havde været til stede, kunne de offentlige hospitaler have opnået den samme gevinst.”

Tror du, privatiseringen vil fortsætte?

”Alt afhænger selvfølgelig af, hvilken regering der kommer til at sidde.

Regeringen har skruet på nogle håndtag, som går i retning af, at man vil have mere og mere over i det private, og jeg tror, den tendens vil fortsætte. I forhold til sygeplejersker, der arbejder i det private, går vi benhårdt efter at skaffe de bedste løn- og arbejdsforhold.

Men vi mener, at regeringens nye en måneders ventetidsgaranti er et ideologisk tiltag for at fremme privathospitalerne. Der er ingen faglig begrundelse for, at patienter kun skal vente én måned for at blive behandlet for brok. Og garantien flytter fokus fra de alvorlige og livstruende sygdomme på f.eks. de medicinske afdelinger.”



ARKIVFOTO: SOPHEN SVENDSEN

Uheldigt med amerikanske tendenser

Arne Rolighed, formand for Kræftens Bekæmpelse

Har de private hospitaler været en gevinst for sundhedsvæsenet?

”Både ja og nej. Privathospitaler har klart medvirket positivt til, at hele sundhedsvæsenet har rettet fokus mod patienternes ønsker og forventninger. Det har været en gevinst.

Men privathospitalerne har også været med til at skævvride grundværdierne i det danske sundhedsvæsen. Det har altid været en god regel, at der ikke skal være penge mellem lægen og patienten. Lægerne skal ikke have personlige interesser knyttet til mødet med patienten. Man kan komme i tvivl om, hvorvidt det er pengene eller behovet, der definerer behandlingstilbudet, og det er et problem.”

Tror du, privatiseringen vil fortsætte?

”Der er flere patienter, der skubbes over i den private sektor, fordi de får at vide, at hvis du ikke kan blive behandlet på dit sygehus inden for en måned, kan du lade dig behandle i det private. Det betyder, at der er mange læger og sygeplejersker, der ser en forretning og en god økonomisk gevinst i at tilbyde sig i det private. Og det betyder, at ventelisterne kan blive endnu længere i det offentlige sundhedsvæsen, hvor man mangler hænder.

Konsekvensen af det er, at det kan føre til en negativ spiral, der sammen med, at 600.000 borgere nu er dækket af forsikringsordninger og virksomhedsordninger, kan føre os til en privat sektor, der kan udgøre et reelt alternativ til det offentlige. Det finder jeg yderst uheldigt, for det vil bringe os i en udvikling svarende til det amerikanske sundhedsvæsen, hvor man får en aktiv sektor for de stærke, der tegner patientforsikringer. Hvorimod de ældre, de kronisk syge og de arbejdsløse må vente. Vi skal sørge for, at der bliver fri og lige adgang til både det offentlige og det private sundhedsvæsen, så alle har samme mulighed for behandling.”



FOTO: KRÆFTENS BEKÆMPELSE

Friklinikken ligger på 2. etage i det offentlige sygehus i Brædstrup. Men derudover er der en verden til forskel mellem friklinikken og resten af sygehuset.



Friklinikken er en dagklinik, så patienterne checker hurtigt ind og hurtigt ud.



VENTELISTEKNUSEREN I BRÆDSTRUP

Hybrid-klinikken. Friklinikken i Brædstrup er en af det offentlige spydspidser i konkurrencen med privathospitalerne. Klinikken producerer nyopererede patienter på samlebånd og sparer det offentlige patienthenvisninger til privathospitaler.

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST • FOTO: SØREN HOLM

”Sidste lørdag steriliserede to læger 40 mandlige patienter på én dag. Det kan lyde som samlebåndsarbejde, men sådan oplever patienterne det jo heldigvis ikke,” fortæller sygeplejerske *Jytte Thuesen*.

Hun er en af de sygeplejersker, der har været med fra starten i 2002, hvor Friklinikken i Brædstrup blev oprettet med det formål at afhjælpe flaskehalse på de offentlige hospitaler i Midtjylland og Region Syd.

Med den nye ventetidsgaranti indså politikerne hurtigt, at de var nødt til at sende mange patienter videre til behandling på privatklinikker. Og med patienterne forsvandt penge, som sygehusene dybest set gerne selv ville beholde.

”Derfor besluttede Vejle Amt at oprette en klinik inden for det offentlige, der skulle fungere med en høj fleksibilitet og hjælpe med at nå operationerne inden for to måneder. Håbet var dengang, at klinikken skulle

gøre det lidt bedre,” fortæller *Dorte Rønfeldt Poulsen*, der er afdelingssygeplejerske med overordnet ansvar for klinikken.

Færre patienter ud i det private

Og klinikens resultater taler sit eget tydelige sprog. Friklinikken har gjort det lidt bedre end forventet. Siden sin start er klinikken blevet en del af De Vestdanske Friklinikker, og antallet af ansatte er vokset fra 20 til 80, opgjort i årsværk. I 2002 passerede 5.000 patienter med åreknuder, sterilisationsbehov, brok og ortopædisk kirurgiske problemer gennem klinikken, og sidste år var antallet steget til 6.000 patienter.

”Det, at vi har oprettet De Vestdanske Friklinikker, har gjort, at der bliver visiteret færre patienter til privathospitaler fra Region Syddanmark,” siger *Jesper Pedersen*, fuldmægtig i sundhedsstaben i Region Syddanmark, der har sekretariatsfunktion for De Vestdanske Friklinikker.

Det stigende antal patienter, der behandles på Friklinikken i Brædstrup, kommer også de ansatte til gode. Stort set hver eneste måned får klinikken ansatte udbetalt en konstant bonus for de ekstra patienter, der er kørt igennem operationsstuerne – et beløb, der årligt løber op i 28.000-30.000 kr. før skat for sygeplejerskerne.

Kvadratisk, praktisk, godt

Reservelæge *Anders Gregersen* er en af de læger, der bruger et par fridage om måneden på at sterilisere mænd på stribe i Brædstrup. Til hverdag har han et fuldtidsjob på Aalborg Sygehus, som han er rigtig godt tilfreds med. Men Gregersen nyder at komme og arbejde på friklinikken – ikke alene pga. af hyren på 500-550 kr. i timen, hvilket svarer til 150-200 kr. mere i timen, end lægerne får på et almindeligt offentligt sygehus.

”Her er alt veltilrettelagt. Det er dygtigt

Aksel Bomberg, der er én af klinikkens fastansatte læger, værdsætter arbejdsvilkårene og lønnen på Friklinikken.



Der er blot tre fastansatte læger på Friklinikken i Brædstrup. Resten af operationerne dækkes ind af læger, der bruger sin fritid på at arbejde i Brædstrup.

))) FAKTA OM DE VESTDANSKE FRIKLINIKKER

Friklinikken i Brædstrup er en del af De Vestdanske Friklinikker, som desuden består af en klinik i Give. Det er en dagklinik, der tager imod patienter, som oftest er henvist af regionernes patientrådgivere, der kan se, at de offentlige sygehuse ikke kan nå at operere inden for ventetidsgarantien. Friklinikken åbnede den 1. februar 2002 og blev oprettet af det daværende Vejle Amt. I dag er den ejet af Region Midtjylland og Region Syd i fællesskab. En stor del af operationerne er fjernelse af åreknuder, hvor der i starten af september 2007 var en ventetid på 52 uger til ambulans behandling på Røgshospitalet og blot seks ugers ventetid på De Vestdanske Friklinikker. Flere spørgeskemaundersøgelser og audit blandt patienterne viser, at tilfredsheden med behandling på Friklinikken er høj. Friklinikken modtager ikke akutte patienter og har heller ikke forsknings- eller undervisningspligt.

personale, og patienterne er glade og tilfredse. Alt er klart, når jeg kommer. Jeg ved, hvad jeg skal, og man bliver ikke forstyrret af akutopkald og den slags,” siger Anders Gregersen, der på denne dag har godt 20 operationer, som skal overstås.

Bortset fra tre fastansatte læger og de faste sygeplejersker kører klinikken udelukkende med læger, der som Anders Gregersen bruger fritiden på at arbejde her. *Aksel Bomberg*, der er én af klinikkens fastansatte læger, synes, at jobbet på Friklinikken er en god mellemting mellem at være ansat på et traditionelt offentligt sygehus og et privathospital.

”Jeg får mere i løn end på det offentlige sygehus, og jeg skal ikke arbejde om natten eller i weekenderne. Men jeg har ikke lyst til at arbejde i det private. Jeg kender mange gode og dygtige kollegaer, der har startet privat. Der er det pengene, der kommer i første række, og hvis alt går op i kroner og øre, så kan man blive fristet til at springe over, hvor det er nemmest,” siger han.

Ingen patienter skælder ud

Også sygeplejerskerne er glade for at arbejde på Friklinikken, hvor arbejdet er organiseret anderledes end på en almindelig sygehusafdeling.

”Vi kan både arbejde på opvågning, på operationsstuen, på øjenklinikken og ved skranken. Det gør arbejdet mere varieret, og desuden ved man, hvad der foregår i de andre dele af klinikken. Det giver også mere respekt for hinandens arbejde. Man forstår problemerne og kan hjælpe og afløse hinanden, og det er en kæmpe fordel,” siger sygeplejerske Jytte Thuesen, der er 60 år og tidligere har arbejdet på en narkoseafdeling og skadestuen i Horsens.

”På skadestuen kunne man godt blive skældt ud af patienterne. Det er en stor kontrast til stemningen her på klinikken, hvor vi får mange positive tilbagemeldinger fra patienterne, der skriver til os. Det er dejligt,” siger Jytte Thuesen.

”Det er meget tilfredsstillende, at alt er planlagt og her ikke er nogen ventetid. Jeg føler faktisk, at jeg laver dobbelt så meget her i forhold til før, samtidig med at jeg føler mig mindre træt bagefter.”

Aksel Bomberg, læge på De Vestdanske Friklinikker, Brædstrup.



Apotekeren anviser sundhed

Sundhedsdag. Roskildes årlige sundhedsdag er blevet en institution med tusindvis af deltagere. Idemanden er lokal apoteker.

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR • FOTO: MORTEN NILSSON

))) FAGLIGT FYRTÅRN

De har gejst, viden og deres meningers mod. De er faglige fyrtårne. *Sygeplejersken* interviewer personligheder, der sætter deres præg på det danske sundhedsvæsen.

Apotekerne har i århundreder haft en betydningsfuld position i bysamfundene. Alligevel er det nok ikke apotekere, de fleste nutidsdanskere først kommer i tanker om, når de skal nævne professionelle i sundhedspolitikens forreste linje. Men bor man i Roskilde, kan det forholde sig anderledes. Årsagen hedder *Paul Bundgaard*. Han er 64 år og apoteker på Roskilde Dom Apotek – det ene af byens to apoteker.

For 12 år siden var apotekeren for første gang initiativtageren til "Sundhedsdagen" i

Roskilde. Sundhedsdagen har hovedkvarter på byens centrale plads Hestetorvet ved banegården og er blevet et tilløbsstykke. Det skønnes, at op mod 10.000 deltager i dagens mange aktiviteter og tilbud. Hvordan får man sådan en idé?

Paul Bundgaard: "Som gammel sygehusapoteker er jeg vant til at samarbejde med læger og sygeplejersker, så jeg ved, hvor stor betydning samspillet mellem professionerne har, for at patienten bliver fulgt helt "til dørs," og der bliver taget hånd om patientens situation også efter behandling og pleje."

Apoteker Bundgaard fortæller, at han som formand for Danmarks Apotekerforening i en årrække indtil 2005 fik kontakt med rigtig mange ildsjæle inden for sundhed og forebyggelse. Det samme gjorde han som præsident for de europæiske apotekere, via bestyrelsesarbejde i Dansk Røde Kors og desuden som medlem af flere patientforeninger. Det

er også baggrunden for, at patientforeningerne udgør grundstammen af frivillige medarbejdere bag Roskilde sundhedsdag. I 2007 bød dagen på over 40 forskellige stande på den centrale plads og et omfattende aktivitetsprogram i og omkring byen. Tusinder deltog i motionsløb, cykelløb, stavgang, ældremotion, aktiviteter for børn, og der var indbudt til debatter om sundhed og sundhedspolitik i sundhedsdagens store telt, som var rejst lige uden for apotekets indgangsdør. Det hele ledsagedes af glade toner fra byens garde og jazzorkestre. Løbspræmier og en sundhedspris på 20.000 kr. var sponsoreret af private bidragsydere. Sundhed blev formidlet med fest og farver.

"Det, der altid har interesseret mig, er forebyggelse. Derfor var det fantastisk, da jeg fik mulighed for at få de professionelle og ildsjælene uden for sygehusene til at spille sammen.

))) ROSKILDES SUNDHEDSDAG

Det var i år 12. gang, Roskilde holdt sundhedsdag, og 9. gang, at sundhedspolitikens lokale politiske aktører var medarrangører. Roskilde Amtskommune er fra i år blevet til Region Sjælland, som rækker langt uden for domkirkebyens kommunale grænser.

Sundhedsdagen finder sted den sidste lørdag i august. De flere end 40 boder er bemandede af patientforeninger, sygdomsbekæmpende foreninger og andre, der har noget at byde på som inspiration til sundhed og livskvalitet. Arrangementerne omfatter blandt andet et sundhedsløb på 2 eller 5 km og et 25 km langt cykelløb.

Rygraden i forebyggelse er information, og sundhed skal være spændende," siger apotekerren.

Han lægger stor vægt på, at planlægningen af sundhedsdagen siden 1999 er foregået som et samspil mellem apoteket, de professionelle sundhedsgrupper og de politiske beslutningstagere. Derfor opstod ønsket om et samspil med de lokale politikere hurtigt. Det vil sige daværende Roskilde Amt og Roskilde Kommune. Kommunen som ansvarlig for hjemmepleje og plejehjem og amtet (nu Region Sjælland) som ansvarlig for sygehusvæsenet og aftalepart med de praktiserende læger.

"Vi har haft et fabelagtigt godt samarbejde med politikerne, og jeg er godt tilfreds med, at sundhedsdagens temaer har ændret sig i en mere sundhedspolitisk retning: Hvad bruger vi de offentlige midler til, hvordan skal

ældreplejen være, og hvordan skaber vi den bedste forebyggelse?" spørger Paul Bundgaard og tilføjer:

"Jeg synes, det er spændende, at vi har et fagligt udgangspunkt, men politikken skal også med for at få et frugtbart samarbejde med beslutningstagerne."

Sundhed i hverdagen

Årets tema for sundhedsdagen var "Sundhed i hverdagen." Med temaet var der sat fokus på, hvordan vi i fællesskab understøtter sundheden: Hvordan bliver hverdagen eksempelvis lidt sundere og bedre for gamle fru Jensen?

"Sundhed er ikke kun et passivt offentligt ansvar, men også den enkeltes ansvar," siger Paul Bundgaard: "Det er vigtigt at få dem, der har problemer, til at bearbejde problemerne selv."

Løftede pegefinger duer ikke som pædagogisk virkemiddel, fastslår Paul Bundgaard: "Vi skal ikke være revsere, men anvisere til større sundhed," siger han.

Folkene bag sundhedsdagen bistår også gerne patientforeningerne med at gøre formidlingen af deres viden endnu mere interessant for offentligheden.

Efterhånden tæller den frivillige medarbejderskare bag Roskilde sundhedsdag op mod 200 personer, både før og på selve dagen. Paul Bundgaard er glad for, at det er lykkedes at engagere så mange i det fælles projekt, og han er især glad for, at man har opnået en positiv synergi med kommune og region. Sundhedsdagens budget er på 200.000 kr., hvoraf en stor del kommer fra private sponsorer.

sp@dsr.dk



Du kan, hvis du vil

Giv dig selv og din familie en oplevelse der varer hele livet

Grønland er **meget mere** end is, sne, kulde og mørke. Det er også karriere, **videreuddannelse**, kompetenceudvikling, venskaber og en fritid, som byder på en masse **oplevelser**, du ikke får noget andet sted. Fang en fisk, pluk en blomst i fjeldet, gå en tur, hør elven bruse eller bækken risle. Se de majestætiske isfjelde glide langsomt forbi - eller **pukkelhvalen** der løfter halen inden et af de dybe dyk. Få både faglig og personlig **udvikling** oven i alle de store oplevelser. Måske kan du endda også få et helt nyt syn på **livet**. OK, det er selvfølgelig ikke smukt og kun rosenrødt. Der er også en reel fare for, at du får Grønland i blodet og vælger at blive. Eller vende tilbage igen og igen.

Se mere om dine muligheder i Grønland på www.nextjobgreenland.gl - det koster ikke noget at kigge ...



Dr. Ingrid's Hospital udgør sammen med Kystledelsen det grønlandske sundhedsvæsen. I alt beskæftiges ca. 1.400 medarbejdere på hhv. Dr. Ingrid's Hospital og på de kysthospitaler, sygeplejestationer og tandklinikker, Kystledelsen driver i det øvrige Grønland. Se mere om dine muligheder på www.nextjobgreenland.gl



VILD MED DANS

Lidenskab. Jeg tjener meget mindre end en sygeplejerske, men jeg har realiseret mine drømme. Sådan fortæller den 47-årige mavedanserinde og bevægelseslærer Suzzane Potempa, der kvittede sygeplejen for 16 år siden for at blive mavedanser. Som sygeplejerske syntes hun ikke, hun blev belønnet for at yde en ekstra indsats.

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: ANNE-LI ENGSTRÖM

Et musikanlæg spiller tyrkisk musik, mens en halv snes kvinder danser rundt i et undervisningslokale spækket med kulørte lamper, spraglede tørklæder og et overflødigshorn af mavedanserfotografier på væggen.

”Når vi danser og griner, glemmer vi, at det gør ondt,” siger den 47-årige bevægelseslærer og forhenværende sygeplejerske *Suzzane Potempa*.

Hun er en meget tynd kvinde med en markant udstråling, og sætningerne udtales på et langsomt og tydeligt dansk, inden hun går rundt og gennemgår fysiske øvelser med hver enkelt. De fleste af kvinderne er mellem 45 og 65 år. Mange har levet isoleret i det danske samfund i over 20 år, og de er plaget af sygdomme som gigt og diabetes.]



»»» BLÅ BOG: SUZZANE SOFIA POTEPA

Suzzane Sofia Potempa er 47 år og voksede op på Lolland i en familie af polsk afstamning.

Hun blev færdiguddannet sygeplejerske i 1986, og i 1991 oprettede hun Skole for Orientalisk Dans i København. Har gennem årene været initiativtager og arrangør af flere orientalske musikfestivaler i København.

Har siden 1997 undervist svagt stillede indvandrerkvinder i krop og bevægelse. I denne sæson underviser Suzanne Potempa 50 indvandrerkvinder.



Afhopperne

Tal fra Dansk Sygeplejeråd viser, at 8 pct. af alle sygeplejersker har forladt deres fag efter 10 år.

Sygeplejersken bringer en serie interviews med sygeplejersker, der har gjort sig gældende i andre brancher.

Det første interview blev bragt i nr. 18. De to næste interview i serien bringes i nr. 22 og nr. 24.

» Suzzane Potempas undervisning er mere end bevægelse. Hun styrker kvindernes dansk-kundskaber, underviser i kost, ringer til lægen, boligselskabet og sagsbehandleren.

Og så kender hun mange af kvinderne privat og deltager i bryllupper og andre familiebegivenheder.

Det er 16 år siden, at Suzzane Potempa lagde sygeplejen bag sig og blev professionel mavedanserinde og bevægelseslærer for indvandrerkvinder. Sideløbende har hun også lært massage og den særlige healingform reiki. Men Suzzane Potempa understreger, at hun stadig betragter sig selv som sygeplejerske.

”Jeg tænker i helheder og forebyggelse og bruger i høj grad min faglighed i undervisningen,” fortæller Suzzane Potempa.

Tredjegerationsindvandrer

Suzzane Potempa voksede op på Lolland som tredjegerationsindvandrer. Hendes bedste-forældre emigrerede fra Polen til Lolland for at høste roer. Familien var meget kreativ. Suzzanes far spillede harmonika, sav og banjo, og som barn elskede Suzzane at stille sig op foran spejlet for at danse.

”Jeg var nok meget idealistisk og lagde hele min sjæl i at gøre tingene så godt som muligt, og det var måske også derfor, at jeg kørte træet. Det er farligt at skulle yde omsorg for andre, når man ikke selv bliver fyldt op.”

Efter realeksamen gik Suzzane Potempa i gang med forskellige ufaglærte job. Hun var fabriksarbejder, arbejdede på plejehjem og i hjemmeplejen. Samtidig tog hun hf på aften-skole, og som 23-årig kom hun ind på sygeplejerskolen i Nykøbing Falster.

”Sygeplejen var lige mig. Jeg kunne godt lide at få tildelt et stort ansvar og koordinere forløbet omkring patienterne,” fortæller Suzzane Potempa.

Som nyuddannet sygeplejerske tog hun til København og fik ansættelse på en kirurgisk afdeling. Siden fulgte job på psykiatrien, på plejehjem og i hjemmeplejen. Hun arbejdede også som anæstesisygeplejerske, og den sygeplejefaglige karriere sluttede på en øjenafdeling.

I begyndelsen lagde Suzzane Potempa al sin energi i sit job. Men efter et par år begyndte hun at brænde ud.

”Det gik virkelig med 120 kilometer om hjørnerne. Jeg tog ekstravagter og påtog mig mange opgaver. Men jeg syntes ikke, jeg blev belønnet for at yde en ekstra indsats. Det blev bare forventet, at jeg skulle yde endnu mere. Jeg var nok meget idealistisk og lagde hele min sjæl i at gøre tingene så godt som muligt, og det var måske også derfor, at jeg kørte træet. Det er farligt at skulle yde omsorg for andre, når man ikke selv bliver fyldt op.”

Suzzane Potempa understreger, at hun også havde mange gode kolleger og fine oplevelser med patienterne. Omvendt var der situationer, hvor den dårlige samvittighed pressede sig på, fordi hun ikke syntes, at hun kunne udføre sit job godt nok.

F.eks. da en patient, hun passede, fik en uværdig død på en hospitalsgang.

”Jeg havde gjort den ansvarlige overlæge opmærksom på, at den pågældende patient skulle flyttes til en stue. Men der var travlt på afdelingen, og det kunne ikke lade sig gøre. Man kan gå på nok så mange stresskurser,

hvis ikke forholdene giver rum og tid til at behandle patienterne ordentligt, så hjælper det alt sammen ikke en tøddel.”

På en psykiatrisk afdeling oplevede Suzzane Potempa, at en plejer blev slået ned af en patient. Han var afskåret fra at tilkalde hjælp, fordi afdelingen manglede et kaldeapparat.

”Det var et chok. Det kunne lige så godt have været mig, der var gået ind til den patient, og episoden var måske nok en medvirkende årsag til, at jeg forlod faget.”

Glemte tid og sted

Samme år, som hun blev færdig som sygeplejerske, begyndte Suzzane Potempa at lære mavedans hos den kendte danserinde *Catherine Ruillet*. Dansen og musikken virkede som en slags åbenbaring. Suzzane Potempa glemte tid og sted, når hun svingede kroppen i takt til de orientalske rytmer.

”Jeg var så opslugt af dansen, at der kunne være sket et atomuheld eller valgt en ny statsminister, uden at jeg ville ænse det.”

I perioder knoklede hun som sygeplejerske, mens friuger og afspadsering blev brugt på at lære mavedans hos professionelle instruktører i Egypten, Tyrkiet, Israel og Tyskland.

Suzzane Potempas passion for mavedans betød, at hun fik endnu sværere ved at forlige sig med arbejdsvilkårene som sygeplejerske.

”Kontrasten mellem den glæde, jeg følte ved dansen, og de belastende arbejdsforhold var for stor. Jeg var kørt træet, og på et tidspunkt meldte jeg mig syg. Jeg kunne ikke overskue at gå på arbejde.”

I 1991 besluttede Suzzane Potempa at forlade sit fag og starte som selvstændig med egen aftenskole.

Et par år forinden var hun begyndt som underviser i mavedans på en kommunal aftenskole. Men her blev rammerne for snævre. Suzzane Potempa syntes f.eks., det var vigtigt at kunne indrette danselokalet med den rette orientalske udsmykning. Det kunne ikke lade sig gøre, og derfor oprettede hun Skolen for Orientalisk Dans i København.

”Det var en succes. Jeg fik mange tilmeldinger fra danskere, der ville lære mavedans.”

Om sommeren rejste hun til Kreta for at undervise turister i mavedans og optræde på

øens hoteller. Gennem otte år boede hun hver sommer i et lille hus i bjergene og kom tæt på lokalbefolkningen.

Hendes nye liv gavnede bestemt ikke privatøkonomien.

”Jeg tjente og tjener stadig meget mindre end en sygeplejerske: Jeg har lært at praktisere begrebet ”simple living,” længe før det blev moderne. Set i bakspejlet skulle jeg nok have stoppet mere gradvist og taget nogle vagter for at få min økonomi til at hænge bedre sammen,” siger Suzzane Potempa, der bor i en billig lejlighed i København og har valgt ikke at få børn.

Ingen fornemmelse for kroppen

Suzzane Potempa som mavedanserinde gav hende en tæt kontakt til etniske miljøer i København, og på den måde opstod idéen om at lave særlige bevægelseskurser for indvandrerkvinder i 1997.

”Oplysningsniveauet blandt de kvinder, jeg underviser, er meget lavt. Nogle af kvinderne har absolut ingen fornemmelse af deres krop. Når de skal tabe sig, lægger de en plastikpose om maven for at svede. De ved heller ikke, at man skal gå til tandlæge og

”Nogle af de kvinder, jeg har kontakt med, har absolut ingen fornemmelse for deres krop. Når de skal tabe sig, lægger de en plastikpose om maven for at svede. De ved heller ikke, at man skal gå til tandlæge og sørge for at få jerntilskud ved kraftige menstruationer.”

sørge for at få jerntilskud ved kraftige menstruationer.”

Undervisningen har styrket deltagernes fornemmelse for deres krop og givet langt større selvtillid.

”I min undervisning tager jeg udgangspunkt i kroppen og kvindernes fysiske problemer og giver dermed kvinderne en bevidsthed om velvære, og hvad de selv kan gøre for at få det bedre og dermed blive motiverede for at lære dansk. De kan ikke lære sprog, hvis ikke de har kroppen med,” fortæller Suzzane Potempa og fortsætter:

”En af kvinderne gik f.eks. konstant til lægen på grund af smerter, da hun kom hos mig for første gang for 11 år siden. I dag ved hun, hvad hun skal gøre for at tabe sig, og hvis hun har ondt, går hun ikke bare til lægen.”

Drømmene er intakte

De senere år har Suzzane Potempa også blandet sig i debatten om de svageste indvandrerkvinders vilkår.

”Mange af de kvinder, jeg møder, er i 50'erne. Da de kom til Danmark for 20-30 år siden, skulle de ikke lære dansk, og der var ingen krav om, at de skulle integreres. Nu skal de gå i skole og finde arbejde, men for mange af dem er det alt for sent,” forklarer Suzzane Potempa.

I dag fortryder hun ikke sit karriereskift.

”Det gode ved mit liv er, at jeg har fået udlevet mine drømme og prøvet nogle ting af. I dag brænder jeg for at få politikerne til at forstå, at der skal nogle alternative løsningsmodeller til for de svageste stillede etniske familier. Jeg mener, man skulle tilbyde kvinderne en slags social aktivering, hvor de kommer ud og møder andre. Men det er spild af penge og ressourcer at tro, at de kan komme i arbejde.”

Og som den ildsjæl hun er, har Suzzane Potempa nye projekter i støbeskeen.

”Jeg drømmer om at oprette en sundhedsklinik, hvor flygtninge/indvandrere kan komme ind fra gaden og søge rådgivning. Og så kunne jeg virkelig godt tænke mig at starte en slags ældrekollektiv for ældre fra forskellige etniske grupper. Det bliver der brug for i fremtiden.”

bso@dsr.dk

))) TRE RAP

Vi har bedt Suzzane Potempa give tre rap og tre klap til sygeplejen:

1. Systemet giver ikke nogen belønning til de sygeplejersker, der knokler ekstra. Det forventes bare, at sygeplejersken yder endnu mere.
2. Manglende ressourcer på hospitalerne betyder, at sygeplejersker nogle gange føler sig presset til at tage opgaver, der ligger uden for deres kompetence. Jeg følte indimellem, at jeg stod alene med store beslutninger vedrørende patienterne, fordi der manglede personale.
3. Sygeplejerskeuddannelsen er ikke altid afstemt med virkeligheden. Der er ikke altid rum og mulighed for at udøve de idealer om pleje og omsorg, som jeg lærte under uddannelsen.

))) TRE KLAP

1. Sygeplejen er et af de bedste erhverv, man kan uddanne sig til.
2. Sygeplejersken har tæt kontakt til patienterne, et stort ansvar og en meget varieret arbejdsdag.
3. Sygeplejen giver utrolig mange muligheder, som også kan bruges i andre fag og i et videre karriereforløb.

>>> FAKTA OM SUNDHED I UGANDA

I 2005 brugte Uganda 7,2 pct. af det nationale budget på sundhedsområdet, mens Danmark brugte 8,5 pct. af statsfinanserne på samme post. Uganda har ca. 2.000 læger og 14.000 sygeplejersker til en befolkning, der består af godt 28 millioner mennesker. Til sammenligning har Danmark 15.000 læger og 55.000 sygeplejersker til en befolkning på 5,2 millioner mennesker.

Kilde: Verdenssundhedsorganisationen, WHO.

UGANDAS FAMILIELÆGE ER HEKSEDOKTOR

Alternativt. Patienter i Uganda opsøger ikke primært en læge eller et hospital. Fire ud af fem går derimod til en hekседoktor eller en traditionel healer, når de rammes af sygdom, graviditet eller ægteskabsproblemer.

TEKST OG FOTO: KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST

Da aids kom til Afrika, vidste meget få, hvilken sygdom der ramte dem. Nogle af de traditionelle medicinere, også kaldet hekседoktorer, fik den tanke, at man for at helbrede den aids-syge var nødt til at helbrede hele familien. Derfor indkaldte landsbyens kloge mand mor, far, børn og bedsteforældre til behandling. Urtemedicin blev efter et snit i håndryggen lagt ind i det åbne sår for at gøre sin ringe indvirkning. Desværre blev samme kniv brugt til at snitte samtlige familiemedlemmer, hvilket resulterede i en ekstremt hurtig smittespredning.

”Hele landsbyer blev udryddet, fordi de traditionelle healere ikke kendte til smittevejene,” fortæller *Roselyne Achula Katandi*, der leder en interesseorganisation (THETA) i Kampala i Uganda, der forener vestlig og traditionel medicin forenes.

Til trods for de tragiske historier om de traditionelle healeres misforståede helbredelsesforsøg bærer de selv samme healere på en stor viden om urters helbredende virkning. De har dybe erfaringer, der er viderebragt gennem generationer af et folk, som har levet og stadig primært lever af naturens ressourcer.

Effektiv urtemedicin

Med en befolkning, der uagtet myter og mangler stadig har større tiltro til den tradi-

tionelle medicin end den vestlige, besluttede den lokale interesseorganisation THETA i 1992 at undersøge, hvordan vestlig medicin og traditionel afrikansk medicin kunne kombineres.

Bl.a. testede en række læger fra Ugandas største hospital Mulago Hospital en urtemedicin og sammenlignede den med den moderne medicin til at helbrede diarré og hudsygdomme hos hiv-patienter.

Lægerne fandt ud af, at begge typer medicin virkede præcis lige effektivt og helbredende.

”Det fik os til at tænke: Hvis begge dele virker lige godt, hvorfor skal vi så ikke tilbyde urtemedicinen? Det vil særligt være en stor hjælp i de fattige områder, hvor den vestlige medicin stadig er meget dyr og svær at få fat i. Urterne til at lave den traditionelle medicin findes jo i naturen og i baghaverne, så det er så godt som gratis,” fortæller Roselyne Achula Katandi.

I Uganda arbejder der blot 2.000 læger, mens der, ifølge THETA, findes 157.000 praktiserende healere i landet.

Én af dem er *Andrew Juliamuganzi*, der er 37 år, katolik og oplært af sine forældre. Han bor i udkanten af Ugandas hovedstad Kampala, hvor han modtager patienter, der kureres eller lindres af urter, grøntsager og træer fra hans baghave. Han kan skabe medicin, >



Andrew Juliamuganzi er én af Ugandas mange traditionelle healere. Han har siden sin 17-års-fødselsdag praktiseret i udkanten af Kampala, og al hans medicin produceres af planterne og træerne i hans egen have.



THETA sammenlignede i 1992 virkningen af vestlig medicin og traditionel afrikansk medicin. De studerede bl.a. de traditionelle urters helbredende virkning på diarré og kronisk væggtab på 414 patienter, mens den vestlige medicin for samme sygdomme blev afprøvet på 136 personer. THETA konstaterede, at begge typer medicin virkede lige effektivt.



)) der kan kurere alt fra feber og hoste til diarré og anoreksi.

Den kloge heksedoktor

Andrew Juliamuganzi er en af de traditionelle healere, der som de første blev optaget på et 18 måneder langt kursus hos THETA. Kurset forfiner styrkerne ved de traditionelle healeres viden om naturens helbredende kræfter, men samtidig tilføjer det deltagernes viden fra den vestlige medicin om hygiejne, smitteveje samt forebyggelse af sygdomme.

”Før kurset vidste jeg ikke, hvad aids var. Nu ved jeg, at jeg med urterne kan styrke kroppens funktioner, men jeg kan ikke kurere hiv/aids,” siger Andrew Juliamuganzi, der har praktiseret siden 1988, hvor han som 17-årig var klar til at helbrede.

En konsultation hos de traditionelle healere indebærer ofte meget andet end behandling af sygdomme.

”Det er også rådgivning og terapi. F.eks. har aids-patienten ofte andre problemer end selve sygdommen. Det er en kronisk sygdom, der betyder, at man konfronteres med, at døden står for døren, og det giver mange problemer i ægteskabet,” fortæller Andrew Juliamuganzi.

Doktor, min kone lugter

Og så er der de ganske simple, gode råd, som mange søger hos sognets kloge mand.

”En mand kom til mig og brokkede sig over, at hans kone var beskidt, og at han ikke fandt hende særlig lækker. Jeg gav ham lidt urter og sagde, at han skulle bede sin kone vaske sig selv og sit tøj tre gange om ugen med urterne. Så ville alt blive godt. Men urterne var jo egentlig lige gyldige. Pointen var bare at få konen til at vaske sig ren,” siger Andrew Juliamuganzi og griner over snarrådigheden.

Et andet eksempel fra heksedoktorens konsultation er de råd, som han giver til de gravide kvinder. Han forbyder dem nemlig at spise græshopper, der er lidt af en delikatesse i Uganda. Til dem siger han, at det vil skade barnet, men den egentlige grund er, at kvinderne skal lade være med at hoppe rundt i bushen for at indsamle græshopperne, da de risikerer at falde på maven og skade barnet. I stedet for at give dem denne (naturlige) forklaring, giver healeren kvinderne et forbud og holder derved myten og tiltroen til hans kræfter i hævd.

På spørgsmålet om, hvorfor han ikke blot fortæller sine klienter sandheden, svarer han:

”Tillid til healeren er meget vigtigt for, at det virker. Uganderne er generelt meget skeptiske.”

kbc@dsr.dk



83 pct. af uganderne benytter sig først og fremmest af de traditionelle healere, medicinmænd og heksedoktorer. Hos interesseorganisationen THETA forsøger man at kombinere det bedste fra den traditionelle medicin og den vestlige viden. THETA har siden 1992 tilbudt landets 157.000 praktiserende medicinmænd en 18 måneder lang uddannelse, men pga. de begrænsede ressourcer i organisationen har endnu blot 2.000 modtaget uddannelsen.

))) NATURENS EGNE OPSKRIFTER

Opskrift på te, der hjælper mod diarré:

Pluk en håndfuld hamplade. Tør dem og knus dem i en morter. Brug en teskefuld af hampulveret og drik det som te tre gange dagligt.

Opskrift på pulver, der lindrer hoste:

Tør bladene fra et papajatræ. Put bladene i en beholder og brænd dem til aske. Tilsæt én teskefuld salt til ½ kg aske, bland godt og spis en spiseskefuld dagligt i tre dage.

Kilde: THETA (Traditional and modern health practitioners together against AIDS and other diseases).

))) HVAD ER EN HEKSEDOKTOR?

Ifølge den traditionelle healer *Andrew Juliamuganzi* fra Kampala kan Ugandas 157.000 traditionelle healere opdeles i fire kategorier.

1. Urtefolket, der helbreder og lindrer smerter og sygdom ved hjælp af urter. Det er denne kategori, som Andrew Juliamuganzi selv tilhører.
2. "Bonesetters," der kan sætte led på plads eller kurere brækkede knogler – også via fjernhealing, hvor bonesetteren healer f.eks. en brækket kyllingevinge, og derved helbreder en brækket arm hos en patient.
3. Spiritisterne (også kaldet heksedoktorer), der primært bruger psykologi. Her kommer patienten til spiritisten med sine problemer, og healeren drømmer svaret. Nogle af spiritisterne ofrer børn i visse dele af Uganda (siger rygterne), og dem kalder Andrew Juliamuganzi for falske healere.
4. De traditionelle jordemødre, der er gammeldags fødselshjælpere.

Der er fire måder, man kan blive healer på.

1. Man kan få overleveret viden fra familien, der har arvet den gennem generationer.
2. Man kan være født healer.
3. Man kan tillære sig gerningen gennem erfaringer.
4. Man kan blive uddannet via skoler f.eks. botanik.

Redaktør med to kasketter

Jeg læser kolofoner. Af gammel vane. Mine knap 17 år på Dagbladet Information lærte mig, at kolofonens indhold kan ændre sig overnight, og at disse natlige ændringer kan få stor betydning for både medarbejdere og læsere på et blad. Sådan var det tit på Information. Kolofonen er det sted i bladet, hvor man kan se, hvem der er ansvarlig efter medieansvarsloven – den ansvarshavende redaktør.

Min hang til kolofonlæsning gjorde, at jeg ikke havde holdt *Sygeplejersken* nr. 18 i mine hænder i mange minutter, før jeg så i kolofonen på side 6, at billedet af chefredaktør *Sigurd Nissen-Petersen* var skiftet ud med et billede af *Kirsten Kenneth Larsen*, der nu er konstitueret chefredaktør – og samtidig direktør i Dansk Sygeplejeråd. Hun er jurist – ikke journalist.

I gamle dage var der ikke megen tvivl om, hvad der skulle stå i et blad udgivet af et fagforbund. Det skulle varetage medlemmernes interesser, og hvad de var, afgjordes af den ledelse, medlemmerne havde valgt. Da det hele nu var så enkelt, var forbundsformanden i mange tilfælde samtidig bladets chefredaktør.

For et par årtier siden holdt det mange steder op med at være så enkelt. Flere og flere fagblade fik journalistiske ambitioner og blev mere eller mindre løsladt fra den stramme politiske styring. Fagbladene blev redigeret ud fra journalistiske kriterier, hvilket ansættelsen af en chefredaktør med journalistisk baggrund blev et symbol på.

Den gode redaktørs opgave er at sikre, at journalisterne primært varetager journalistiske hensyn og får lov at være kritiske – også hvis fagforbundets ledelse har en anden interesse. Spørgsmålet er, om en redaktør, der samtidig er direktør i Dansk Sygeplejeråd, i enhver situation kan holde kasketterne adskilt, så hun giver journalisterne det nødvendige spillerum, når hun har redaktørkasketten på, og varetager forbundsledelsens interesser, når hun optræder som direktør.

Jeg kontaktede *Anker Brink Lund*, som er professor ved Copenhagen Business School. Som medieforsker har han arbejdet med fagblade – blandt andet i undersøgelsen "Fagpressen i den journalistiske fødekæde" fra 2005. På baggrund af den slår han fast, at "det giver større læserinteresse og troværdighed, når medlemsorienteret nyhedsformidling sker på journalistiske præmisser." Men af og til støder den journalistiske tilgang sammen med ledelsens "ønsker om positiv omtale af organisationens aktiviteter," skriver Anker Brink Lund i en e-mail som svar på min forespørgsel.

Han advarer imod at reducere fagbladene til blot at være en del af organisationernes strategiske kommunikation. Han ser to farer:

"For det første, at formidlingsvirksomheden lukker sig om sig selv, så journalistikken bliver ligegyldig – også for mange af medlemmerne. For det andet, at de redaktionelle medarbejdere bliver stærkt afhængige af organisationens tillidsrepræsentanter, så det hele kan ende i "mikrofonholderi.""

Til gengæld lægger han mindre vægt på, hvem der står som chefredaktør:

"Det gør næppe fra eller til, om den ansvarshavende er journalist eller medlemsvalgt formand – eller for den sags skyld direktør. Til syvende og sidst er det et spørgsmål om gensidig respekt og forståelse for de modsætningsfyldte normer og interesser, som altid er på spil i organisationskommunikation," slutter han sin e-mail.

Jeg håber, han har ret. Under alle omstændigheder kan jeg trøste mig med, at chefredaktør *Sigurd Nissen-Petersen* ifølge en fodnote i kolofonen ventes tilbage fra barselsorlov 1. november.

"Den gode redaktørs opgave er at sikre, at journalisterne primært varetager journalistiske hensyn og får lov at være kritiske – også hvis fagforbundets ledelse har en anden interesse."

RING ELLER SKRIV TIL LÆSERNES REDAKTØR:

Niels Rohleder
Højskolevej 11 A
Vallekilde
4534 Hørve
Mobil: 6167 0662
niels@vallekilde.dk



Niels Rohleder

Niels Rohleder. Lærer i journalistik på Kommunikationshøjskolen Vallekilde. 25 års erfaring i journalistfaget, heriblandt 17 år som journalist på dagbladet Information.

Bedre løn + flere sygeplejersker = mere velfærd

Mange af Dansk Sygeplejeråds hvide faner var på gaden den 2. oktober, da Folketinget tog hul på et nyt arbejdsår. Det samme var mange sygeplejersker. Både i hovedstaden og i en række byer rundt i landet.

Lad mig slå fast med det samme: Dansk Sygeplejeråd og organisationens medlemmer demonstrerer ikke mod det danske folkestyre. Vi demonstrerer heller ikke mod den siddende regering eller mod oppositionen. Derimod demonstrerer vi for velfærdssamfundets grundlæggende værdier.

De aktuelle demonstrationer har været en god anledning til at gøre politikerne opmærksom på, at der i sundhedsvæsenet er store uløste problemer, som de skal gøre noget ved: sygeplejerskernes løn, sygeplejerskemanglen og den sociale ulighed i sundhed.

For at begynde med sygeplejerskernes løn: Sygeplejerskerne skal have en markant lønfremgang her og nu. Vi sakker alt for langt bagud i forhold til privatansatte med samme uddannelseslængde, og derfor skal vi have større lønstigninger, end de privatansatte fik i foråret. Vi skal også have en egentlig lønreform, der retter op på de historiske skævheder.

I bund og grund er det et spørgsmål om, hvordan vores profession bliver værdisat. Befolkningen er ikke i tvivl: Sygeplejerskerne skal have mere i løn. Det er på tide, at den erkendelse også spreder sig til arbejdsgiverne og politikerne på Christiansborg.

Sygeplejerskemangelen er et andet kæmpe problem. Når der er for få sygeplejersker, stiger patienternes dødelighed, indlæggelsestiden bliver forlænget, og der opstår flere komplikationer og utilsigtede hændelser. Derfor skal alle gode kræfter sættes ind på at rekruttere flere til faget og fastholde dem, der allerede er uddannet. Det handler om faglige udviklings- og karrieremuligheder, arbejdsmiljø og seniorpolitik – og selvfølgelig om løn.

Det tredje problem handler om den sociale ulighed i sundhed: De nøgne fakta taler et uhyggeligt tydeligt sprog. Hvis man bor på Nørrebro, lever man lige så længe som i Rumænien. Hvis man bor i Søllerød, lever man lige så længe som i Sverige. Det kan det danske sundhedsvæsen ganske enkelt ikke være bekendt.

Sygeplejersker har lige så forskellige politiske ståsteder som resten af befolkningen, men vi har et fælles fagligt fundament: Vi vil have en bedre løn, flere sygeplejersker og et sundhedsvæsen uden social ulighed i sundhed.

"De aktuelle demonstrationer har været en god anledning til at gøre politikerne opmærksom på, at der i sundhedsvæsenet er store uløste problemer, som de skal gøre noget ved."



Connie Kruckow, formand



Lad os dele erfaringer med Lean i sundhedsvæsenet

Af Lene Hamberg, sygeplejeforfører og Charlotte Kock Petersen, udviklings- og sygeplejerske

I stedet for at bruge spaltepads på at rive Lean væk fra hylderne vil vi foreslå at åbne for en konstruktiv dialog om erfaringer med Lean i sundhedsvæsenet, så det kan komme patienterne til gode.

Nu advares vi igen via pressen (Synergi nr. 19, 2007, og Dagens Medicin 21. juni 2007) om at anvende Leans produktionsorganisatoriske tænkning i et sundhedssystem, der er styret af uforudsigelighed og individuelle patientforløb. Vi mener, at dette er en unuanceret fremstilling, som tvinger os som læsere til at tage stilling til et enten-eller, og dermed fratages vi retten til nysgerrighed og til at blive udfordret og blive klogere.

Vi må være nysgerrige på, hvad der eksisterer af ledelses- og forandringsmetoder og finde ud af, hvad der kan bidrage positivt i vores sundhedsvæsen for at sikre et kvalificeret og sammenhængende patientforløb. Derfor skal vi også undersøge, hvad Lean kan bidrage med, og det kan man kun gøre ved at prøve det i praksis.

Lean er meget mere end fokus på spildtid og arbejdsgange.

Vi har i egen praksis erfaring med et ét år langt Lean-projekt med fokus på det sam-

menhængende patientforløb, og projektet er netop overgået til drift.

Ved at anvende redskaber fra Lean har vi fokuseret på et fælles og sammenhængende patientforløb, vi har set på ressourceanvendelser, på samarbejds måder, på arbejdsgange, fået fakta på fornemmelser og fået mødeformer, som styrker drift og udvikling. Lean har også betydet tunge analysefasen, faglige udfordringer, beslutninger, ikke alle var enige i, og forandringer i hverdagen.

Lean har givet os indsigt og overblik over både organisation og drift, og vi har samtidig fået sat fokus på udvikling og forandringskultur. Omvendt har vi også erfaret, at der er metoder i Lean, som ikke har egnet sig til vores hverdag, men det er jo ikke ensbetydende med, at det ikke kan fungere i en anden klinisk hverdag. Lige så forskellige patienter og klinisk praksis er, ligeså er der også mulighed for at nuancere anvendelsen af Lean-redskaberne lokalt.

Lad os derfor dele erfaringer med Lean i sundhedsvæsenet, så det kommer patienten til gode i en tid med ressourceknaphed.

Lene Hamberg og Charlotte Kock Petersen er begge ansat på Neurologi- og rehabiliteringsenheden, Hillerød Hospital.

» HVAD MENER DU

www.sygeplejersken.dk

Denne uges spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:

Kender du de sikkerhedsforanstaltninger, der findes på din arbejdsplads?

Svar på spørgsmål stillet i Sygeplejersken nr. 18/2007:

Mener du, at hjemmeplejen har ressourcerne til at pleje ældre borgere, der udskrives hurtigt fra hospitalerne?

Svar	antal	pct.
Ja	31	10,6
Nej	242	82,9
Ved ikke	19	6,5
I alt	292	100

» SKRIV KORT

Skriv kort, når du vil deltage i debatten i *Sygeplejersken*. Et debatindlæg må maksimalt være på 1.800 tegn uden mellemrum. Længere indlæg forkortes af redaktionen. Der henvises generelt til regler for debat i *Sygeplejersken* på www.sygeplejersken.dk under "Manuskriptvejledning."

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

Fleksible uddannelser



Massør . **Fodplejer** . Zoneterapeut
Kosmetolog . Momsfritagelse . **Anatomi**
 Fysiologi . **Sygdomslære** . Psykologi...

www.ucnord.dk
 center for fjernundervisning

På arbejde under overfladen i gruppen

GDU - 1 årig gruppedynamisk uddannelse

Som deltager får du en dybere forståelse af dynamikker i grupper. Du opnår en forståelse af din egen rolle og andel i grupperes processer. Du får indsigt i, hvordan du kan bruge dine personlige ressourcer i dit professionelle arbejde med og i grupper.

GDU henvender sig f.eks. til pædagoger, lærere og andre uddannelsesansvarlige, personale- og HR-konsulenter, læger, sygeplejersker, socialarbejdere, ansatte ved politiet og forsvaret og præster.

Uddannelsen forløber over 17 tirsdage og torsdage fra kl. 17:00 til 22:00. Pris kr. 20.000.

Tilmeldingsfrist 1. december

Se mere på www.gdu.dk



INSTITUT FOR
 GRUPPEANALYSE
 KØBENHAVN



Kulturnatten, fredag den 12. oktober 2007

Velkommen til kulturnat i Dansk Sygeplejeråd, som i slår dørene op til Kvæsthuset, Sankt Annæ Plads 30, kl. 18.00 – 23.00. I år er programmet:

Kl. 18.00-21.00 - Især for børn

På skadestuen lærer børn førstehjælp og få armen lagt i gips.

Kl. 18.30 - Foredrag

Kvæsthuset er fra 1695 og var oprindeligt sygehus for flåden. Hør om husets godt 300 år lange historie.

Kl. 18.30 - 22.00 - Rundvisninger

Der vil løbende være rundvisninger i dette tidsrum.

Kl. 20.00 - Sygeplejerske på gaden

Gadesygeplejerske Gitte Wandschneider fortæller om at være sygeplejerske for udsatte grupper.

Kl. 20.45 - Sygeplejerske i verdens brændpunkter

Sygeplejerske Merete Engell fortæller om at være udsendt for Læger Uden Grænser. Hun blev sidste år kåret som "Verdens sejeste dansker" af P3's lyttere.



Hvorfor starte med laveste fællesnævner?

Af Hanne Bay, diabetessygeplejerske, Ruth Møller, demenskoordinator, Christi Jørgensen, klinisk vejleder, Pia Nagel, ansvarlig praktikvejleder, og Ulla Birk, sårsygeplejerske

Kommentar til artiklen "Specialistsygeplejersker giver op efter kommunesammenlægning" i Sygeplejersken nr. 17/2007.



Som specialistuddannede sygeplejersker i Vordingborg Kommune kan vi kun bekræfte sårsygeplejerske *Jette Palmbergs* udsagn og genkende hendes oplevelser efter kommunesammenlægningen, som beskrevet i sidste nummer af *Sygeplejersken*.

I distrikt Fjordgården fik vi i forbindelse med kommunesammenlægningen nedlagt otte ugentlige demenstimer, syv ugentlige diabetestimer, otte ugentlige sårbehandlingstimer og 32 ugentlige klinisk vejledertimer, og en fuldtidsstilling blev flyttet til et andet distrikt, dvs. en reel nedskæring af øremærkede speciallister. Endvidere er der en forventning på ledelsesplan om, at vi varetager akutte specialisttilsyn i andre områder i kommunen.

Borgerne har uændrede behov for sygepleje og vore elever og studerende uændret behov for vejledning, og vi gør vores bedste for at sikre en høj kvalitet. Men vi må erkende, at det har vanskelige kår. Udvikling, forebyggelse og undervisning bliver nedprioriteret for at løse basissygeplejerskeopgaverne. Specialistsygeplejerskerne fungerer i dag som "brandslukkere," når basissygeplejersker og praktiserende læger må give op. Det må vise sig på sigt at blive en rigtig dyr løsning med lange behandlingstider på sår, fejlbehandlinger af ældre med demenssymptomer, sosu-personale, som ikke er fagligt opdateret, flere tryksår og flere indlæggelser.

Derfor må vi undre os, når vor leder Kirsten Køhn udtaler, at specialistsygeplejerskernes vilkår i Vordingborg Kommune ikke er aftalt ændret. Hun kan simpelthen ikke være godt nok underrettet.

Faglighed og kvalitet er nedprioriteret, og derfor lider arbejdsglæden selvsagt et alvorligt knæk. Vi er klar over, at der er arbejde i gang for at afklare behovet for og genopbygge specialistfunktionerne. Vi undrer os bare over, at man ikke i stedet lagde ud med at bevare de gode erfaringer i de gamle kommuner i stedet for at starte med "laveste fællesnævner." Vi forstår, vores velkvalificerede kolleger ikke vil bruge månedsvi og årevis af deres arbejdsliv i venten på igen at få de faglige udfordringer, de har været vant til og er uddannet til. Vi håber, at vi snart igen kan få mulighed for at udøve sygepleje på et niveau, der sikrer forebyggelse, kvalitet og udvikling.

Hanne Bay, Ruth Møller, Christi Jørgensen, Pia Nagel og Ulla Birk er alle ansat i Distrikt Fjordgården, Område Midt, Vordingborg Kommune.

COACHKURSER

Få teori og træning i at coache kolleger, medarbejdere og team på **ATTRACTOR**s coachkurser. Meld dig til i Århus eller København.

Coaching

Coaching af team

Avanceret individuel coaching

Certificering som systemisk coach

Ledelsesbaseret coaching

NU
også narrativ
coaching

“

”Kurset i coaching har været fire dage med talrige træningssessioner, der har givet mig et rigtigt stort udbytte. Jeg kender ikke et bedre læringssted end ATTRACTOR og anbefaler derfor gerne kurserne til andre.”

Thorkild Møller, sygehusapoteker, Apoteket Fredericia og Kolding Sygehus

ATTRACTOR

landets største udbyder af coachkurser

Tlf: 86 18 17 22 • info@attractor.dk • www.attractor.dk

”Forhandlingerne om finansloven betyder mere for befolkningens sundhed end alle de forebyggende tiltag, vi kan tage i sundhedsvæsenet. Hvis vi skal uligheden i sundhed til livs, må sundhed flyttes fra Sundhedsudvalget til Finansudvalget. Vi kan så i sundhedsvæsenet koncentrere os om det, vi er gode til, nemlig at behandle syge mennesker og finde årsager.”

Torben Mogensen, lægelig direktør, dr.med. i Politiken den 26. september 2007.

SYGGEPLEJERSKEN

>>> FAG

Fagtanker >> 38
Faglig information >> 38
Agenda >> 44
Testen >> 53
Anmeldelser >> 54
5 faglige minutter >> 56

Vi har brug for praksisnære teorier >> 40

Forstå den
etniske patient >> 46

Sønderjysk sygehusvæsen
fra besættelsen til i dag >> 50

>>> FAGTANKER

Kreativ litteratursøgning, tak

En sygeplejestuderende har under udarbejdelse af sin bacheloropgave fundet, at praksis kan gøre god brug af praksisnære teorier, der er udformet på baggrund af forskning i specifikke patientgrupper og særlige patientforhold. I det konkrete tilfælde kræftpatienter og den lidelse, de gennemlever i forbindelse med sygdommen. Læs artiklen "Vi har brug for praksisnære teorier" side 40.

Hvordan kan det være, at det kommer som en overraskelse for den sygeplejestuderende?

Har sygeplejerskerne for meget fokus på normative teorier og for lidt fokus på praksisnære teorier?

Gennem de mange henvendelser, redaktionen får, når bacheloropgaverne skal i hus, tegner der sig et billede af, at større vægt på original og kreativ litteratursøgning vil være en fordel for sygeplejen. Globaliseringen må gerne slå igennem, så det bliver reglen mere end undtagelsen for sygeplejestuderende at søge udenlandsk litteratur efter emne og problemstilling. Spredningen i litteratur vil blive større, men det vil inspirationen også. Sidst, men ikke mindst vil sygeplejen blive beriget med den nyeste viden om kræftsyge plejhjemsbeboere, ernæringsterapi til alkoholmisbrugere, eller hvad det nu præcis er, patienten slås med. En viden, der med fordel kan supplere de normative teorier og give patienten den pleje, han har brug for.



Jette Bagh

Jette Bagh
sygeplejerske,
fagredaktør.

Vigtigt at beskytte sig mod cytostatika

AF JEANETTE BECH, CENTERCHEFSYGEPLEJERSKE, OG CHRISTINE WOLFF, ARBEJDSMILJØSYGEPLEJERSKE

Artiklen henvender sig til ledende sygeplejersker og sygeplejersker, der håndterer cytostatika eller omgås patienter i behandling med cytostatika. Artiklen er baseret på en mindre undersøgelse.

Håndtering af cytostatika har på grund af stoffernes mutagene, kræftfremkaldende og fosterskadende effekter siden 1982 været omfattet af Arbejdstilsynets "Anvisning vedrørende forholdsregler for personalets håndtering af cytostatika." I det tidligere Hovedstadens Sygehusfællesskab (HS) er forholdsreglerne senest revideret i 2005. Her fremgår det bl.a., at personalet skal anvende personlig beskyttelse i form af langærmet overtrækskitel med manchetter og latexhandsker ved enhver kontakt med cytostatika.

I 2005 blev en hollandsk undersøgelse publiceret, som viste, at personale fra udvalgte afdelinger var kontamineret med cytostatika i form af Cyklophosphamid (CP) og Ifosfamid (IF).

Der blev aktuelt fundet CP på huden af de inkluderede sygeplejersker efter skiftning af sengetøj og sengebading af patienterne.

På baggrund af denne undersøgelse ønskede centerledelsen i Finsencentret en undersøgelse af, om personalet har risiko for at blive kontamineret med cytostatikarester.

På Yrkes- og Miljømedicinsk klinik i Lund har man i 2006 udviklet en valideret metode, dels til påvisning af CP- og IF-forurening på overflader, dels som biomarkør i urin og plasma. CP og IF blev derfor valgt som eksponeringsmarkører.

Formålet var at undersøge, om sygeplejersker og rengøringspersonale i hæmatologisk og onkologisk klinik bliver kontamineret med CP/IF efter administration af cytostatika, pleje af patienter i behandling med cytostatika og i forbindelse med rengøring.

Undersøgelsen var en prospektiv case-kontrol-stikprøveundersøgelse, og i alt 25 medarbejdere fra de nævnte klinikker deltog, inklusive en kontrolgruppe. Undersøgelsen blev gennemført på gruppeniveau, og deltagerne skulle to dage i træk have håndteret og/eller været eksponeret for CP/IF. I undersøgelsen deltog 14 sygeplejersker, fem rengøringsmedarbejdere og seks kontrolpersoner. Endvidere skulle de anvende beskyttelsesudstyr ifølge HS-forholdsreglerne.

Alle deltagerne udfyldte et spørgeskema om eksponeringsforhold i forbindelse med urinopsamling samt spørgsmål om anvendt beskyttelsesudstyr.

Deltagerne opsamlede urin i to dage, og der blev taget en lang række overfladeprøver fra gulve, arbejdsborde, sengebord, dørhåndtag o.l.

Sikkerhedsudstyr ikke anvendt

Nogle sygeplejersker havde ikke anvendt overtrækskittel og/eller latexhandsker. Ingen blandt rengøringspersonalet havde anvendt det korrekte beskyttelsesudstyr. Selv om der ikke fandtes cytotostatikarester i deres urin, understreges det, at gældende arbejdsmiljøforanstaltninger skal overholdes, idet medarbejderne har en eksponering for cytotostatika, som kan være mere eller mindre potent. Det er derfor vigtigt, at man bruger passende personligt beskyttelsesudstyr ved arbejdsopgaver, som indebærer, at man har en potentiel risiko for at blive udsat for cytotostatika.

Der blev ikke detekteret CP/IF i de indsamlede urinprøver.

På hovedparten af gulvene fandtes lave indhold fra såvel CP og IF, og forhøjede indholds-værdier fandtes på gulve, håndtag og øvrige overflader på patienttoiletter og sengestuer. Dette er forventeligt, da stofferne udskilles i patienternes urin samt ved sved og opkastning.

Tre budskaber

Undersøgelsen har tre hovedbudskaber:

1. Ved overholdelse af nugældende sikkerhedsforanstaltninger er der ikke nogen udsættelse for kontaminering med cytotostatika.
2. Selv om der ikke fandtes cytotostatikarester i medarbejdernes urin, er det vigtigt at understrege, at gældende arbejdsmiljøforanstaltninger skal overholdes, idet medarbejderne har en eksponering for cytotostatika, som kan være mere eller mindre potent. Det er derfor vigtigt, at man bruger passende personligt beskyttelsesudstyr ved arbejdsopgaver, som indebærer, at man har en potentiel risiko for at blive udsat for cytotostatika.
3. Der er ikke nogen alternative arbejdsmiljøforanstaltninger, der kan erstatte brug af personlig beskyttelse.

Jeanette Bech er ansat på Finsencentret, Rigshospitalet.

Christine Wolff er ansat på Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, Bispebjerg Hospital.

Rapporten kan rekvireres hos centerchefsygeplejerske Jeanette Bech, Finsencentret, afsnit 5074, jeanette.bech@rh.regionh.dk

Den psykiatriske patient deltager i behandlingsmødet

Målgruppe for artiklen er psykiatriske sygeplejersker. Hovedbudskabet er, at kontaktpersonen er en vigtig støtte for patienten både før, under og efter behandlingsmødet.

AF BODIL THOMSEN, SYGEPLEJERSKE

På afsnit E2, Aalborg Psykiatriske Sygehus, er det vores erfaring, at det er væsentligt at møde patienten som et ligeværdigt menneske med meninger, mål og drømme, som vi professionelle må respektere og arbejde seriøst med. Derfor er det vigtigt at tale med og ikke om patienten, og at der er direkte kommunikation mellem patient og behandler-team. Behandlingsmøder, hvor patienten sammen med lægen og det tværfaglige personale lægger planer for den kommende behandling og pleje, imødekommer disse værdier. At involvere patienten i behandlingen skaber også mening og motivation for patienten for at arbejde med planerne. Arbejdsgangen bliver tillige lettere i forhold til tidligere, hvor personalet ofte besluttede ét på behandlingsmødet, men patienten efterfølgende ønskede noget andet.

Unødig bekymring blandt personale

Da vi indførte behandlingsmøder med patientdeltagelse, opstod der en del bekymringer blandt personalet om, hvorvidt vi kunne udsætte patienter, der har svært ved at være sammen med andre mennesker, for i så stort et forum at tale om deres sygdom og personlige forhold i relation til sygdommen. Vi drøftede derfor, hvordan situationen kunne arrangeres bedst mulig for patienten, og helt konkret er det sådan, at patienten sammen med sin kontaktperson forbereder sig til mødet og ofte skriver stikord ned inden mødet. Det er patientens kontaktperson, der henter patienten, sidder ved siden af og støtter under mødet. Det er lægen, der styrer samtalen, som kan gøres kort, hvis der er behov for det. Lægen tager udgangspunkt i patientens nuværende behandlingsplan, spørger hvordan det går med de enkelte aktiviteter og inddrager efter behov teammedlemmer i samtalen.

Patienterne oplever sig taget alvorligt

Uden for sygehuset er det netop en del af dagligdagen at træffe valg, beslutninger og lægge planer. Det er derfor naturligt, at disse ting må trænes under indlæggelsen, så hver-

dagen uden for sygehuset ikke opleves for vanskelig. Patienterne tilkendegiver overordnet, at de ved at deltage i behandlingsmødet oplever at blive taget alvorligt, fordi de kan sige deres mening og er med til at træffe beslutninger og lægge planer for deres behandling. Også patienter, hvor vi som personale har været bekymret for, om de kunne magte situationen, har givet udtryk for, at det var trygt at deltage, fordi kontaktpersonen støttede både før, under og efter mødet.

Det er en altid aktuell udfordring at medinddrage patienten, fordi det drejer sig om, hvordan vi som personale lever op til vore værdier, visioner og mission for arbejdet, så de ikke blot er smukke ord. Det at indføre behandlingssamtaler, hvor patienten deltager, er et skridt på vejen, og ud fra patienternes tilkendegivelser bliver den nye praksis løbende evalueret og justeret.

To posterpriser

Afsnit E2 deltog i år med en poster om behandlingsmødet ved WHO's 15. International Conference on Health Promoting Hospitals i Wien og vandt ligesom sidste år en 3.-plads for bedste poster. I 2006 handlede poster om afsnittets rehabiliterende behandlingsprogram. Læs mere herom i *Sygeplejersken* nr. 23/2006.

Bodil Thomsen er afdelingssygeplejerske på afsnit E2, Aalborg Psykiatriske Sygehus, bnt@rn.dk

Vi har brug for

AF TINA WIWE FUGLØ, SYGEPLEJERSKE, OG SUSAN RYDAHL HANSEN, SYGEPLEJERSKE, CAND.CUR., PH.D.
ILLUSTRATION: LARS PETERSEN

Artiklen henvender sig til alle sygeplejersker. Hovedbudskabet er, at normative sygeplejeteorier, med deres generelle begreber og idealer, kan hindre, at patienten modtager den nødvendige omsorg. Der er brug for at supplere med praksisnære, situationsbestemte teorier. Artiklen udspringer af et bachelorprojekt ved HS Sygeplejerskeuddannelsen, hvor sygeplejen til den uhelbredeligt kræftsyge patient er i fokus.

Peter Larsen er uhelbredeligt syg af lungekræft og er på hospice. Sygeplejersken kommer ind på Peter Larsens enestue og spørger, hvordan han har sovet i nat.

”Jeg kunne ikke falde i søvn, for jeg var så bange,” svarer Peter, ”men jeg faldt da i søvn til sidst.”

”Det var godt,” svarer sygeplejersken, og fortsætter med at gøre klar til at hjælpe Peter med at blive vasket.

*Inden jeg skrev mit bachelorprojekt (1), havde jeg ikke i særlig høj grad overvejet de begrænsninger, som en ensidig anvendelse af paradigmatisk og normative teorier kan have i praksis. Normative teorier udviklet af f.eks. *Katie Eriksson* og *Joyce Travelbee* havde givet mig en forventning om, at patienterne udtrykte deres lidelse over for sygeplejerskerne, og at sygeplejerskerne gjorde deres bedste for at erkende og lindre patienternes lidelse (2,3). Det var en af grundene til, at jeg som udgangspunkt valgte at anvende netop disse to sygeplejeteorier i mit projekt. Men som casen viser, sker dette ikke altid, og for at få forskellige vinkler på problemstillingen valgte jeg også at anvende sygeplejeforskerne *Susan Rydahl-Hansen* og *Janice Morse*' deskriptive og praksisnære teorier om uhelbredeligt syge patienters oplevede lidelse (4,5). Det gav mig en helt ny opfattelse af sygeplejen og af de forskellige teoriniveaers betydning for udøvelsen af den.*

Normativ kontra praksisnær teori

Gennem min litteratursøgning fandt jeg, at flere forskningsprojekter tyder på, at sygeplejersker sjældent formår at erkende og respondere på de kræftsyge patienters lidelse (1,4-7). Det var derfor nærliggende at overveje, hvilke faktorer der er betydende for dette, og hvilken betydning vores anvendelse af normative kontra praksisnære teorier kan have i praksis.

I denne artikel vil jeg belyse,

- hvilke faktorer der er betydende for, at patientens lidelse sjældent bliver erkendt og responderet på af sygeplejersken i klinisk praksis
- hvorfor det kan være vanskeligt at efterleve de paradigmatisk, normative teoriers idealer i klinisk praksis.

Smerte er et sammensat fænomen

Hospicetanken blev grundlagt i Storbritannien af sygeplejerske og læge *Dame Cicely Saunders* i 1960'erne. Grundtanken i hendes idéer er, at selv om der ikke er mere at gøre for patienten kurativt, er der stadig meget, man kan gøre for at forebygge og lindre patientens lidelser. Saunders taler ikke blot om fysisk smerte, men om smerte som et sammensat fænomen, ”Den totale

”Man kan let komme til at forvente, at virkeligheden skal leve op til idealerne, frem for at se på virkeligheden, som den viser sig i samværet med patienten.”

praksisnære teorier

smerte,” der fordrer, at vi som professionelle forholder os til såvel patientens fysiske, psykosociale, eksistentielle som åndelige smerte. Saunders betoner desuden, at patienternes lidelse må ses i forhold til fænomenet ”Staff-pain,” som er den lidelse, professionelle oplever, når de passer lidende patienter. Det er med Saunders en lidelse, som kan have betydning for patientens muligheder for at erkende, udtrykke og opnå lidelsen lindret (8,9).

I tråd med Saunders’ idéer har WHO (10) fremsat en definition af den ideelle palliative indsats. Se figur 1 side 42.

Drama om lidelse

De paradigmatiske, normative teorier beskriver idealer for, hvordan man bør forstå og udøve god sygepleje (11). Disse teorier er ikke begrænset til en specifik klinisk problemstilling eller patientgruppe, hvilket indebærer begrænsede anvendelsesmuligheder. Teorierne af Katie Eriksson og Joyce Travelbee er sådanne paradigmatiske og normative teorier (2,3).

Katie Eriksson

Eriksson beskriver med *V. Frankl* lidelse som et af livets grundvilkår. Lidelse er ikke en entydig størrelse, da den er unikt knyttet til det menneske, der bærer den. Ideelt set udspiller patientens lidelse sig i et drama med sygeplejersken som medaktør. Dramaet fordrer, at patientens lidelse udtrykkes og bekræftes, samt at der gives tid og rum til at gennemleve lidelsen. Såfremt dramaet gennemleves, opnår den lidende mulighed for at opleve forsoning og bliver i stand til at orientere sig frem mod en ny, anderledes helhed og derved finde mening på trods af lidelsen (2).

Erikssons teori om det lidende menneske er primært baseret på filosofiske og teologiske antagelser og værdier. Hun beskæftiger sig med fundamentale antagelser om, hvad der ideelt set karakteriserer sygeplejefaget. Teorien er beskrevet på et højt filosofisk og paradigmatiske abstraktionsniveau, der udsiger noget generelt og overordnet om idealerne for god sygepleje (2).

Joyce Travelbee

Travelbee påpeger i tråd med Eriksson, at lidelse er en unik oplevelse og en uundgåelig del af det menneskelige liv. Sygeplejersken må søge at forstå den betydning, sygdom og lidelse har for det enkelte menneske, hvilket kan være svært, da det syge menneske til tider kan have svært ved at udtrykke lidelsen. En grundlæggende tanke for Travelbee er, at sygeplejersken må planlægge og lede interaktionen med patienten for at opnå den bedst mulige sygepleje. Hvis sygeplejersken skal være i stand til at hjælpe den lidende patient, må hun have et menneske-til-menneske-forhold til patienten frem for et sygeplejerske-til-patient-forhold. Dette forhold kan opnås, efter at man har gennemgået fire faser: det indledende møde, fremvækst af identiteter, empatifasen og

sympatifasen. Herefter er der grundlag for fasen gensidig forståelse og dermed grundlag for, at sygeplejersken kan hjælpe patienten med at finde mening trods lidelsen (3).

Travelbees teoriudvikling er baseret på abstrakte, filosofiske og eksistentielle antagelser om livet, menneskelige relationer og kommunikation, som hun søger at anvende i konkret sygepleje. Hendes teori er ligeledes af abstrakt og generel karakter, om end hun beskriver flere konkrete anvisninger på god sygepleje end Eriksson (1-3).

Travelbees og Erikssons teorier om sygepleje og lidelse viste sig således at være normative teorier, der på et universelt og generelt abstraktionsniveau foreskriver, hvad den ideale sygepleje bør være. Men teorierne viste sig samtidig for abstrakte og generelle til at udsige noget konkret om den komplekse lidelse, som uhelbredeligt kræftsyge og døende mennesker oplever, erkender og udtrykker, samt om, hvordan sygeplejersken kan respondere på denne specifikke og komplekse lidelse.

Beskrivelse af virkeligheden

Den canadiske sygeplejeforsker Janice Morse og danske Susan Rydahl-Hansen har begge udviklet en forskningsbaseret deskriptiv teori, der danner grundlag for videreudviklingen af en praksisteori. De deskriptive teorier beskriver på baggrund af kvalitativ forskning virkeligheden, som den viser sig i forhold til specifikke fænomener og kontekst (11). Det giver et markant andet udgangspunkt for teoriudvikling end de normativt udledte teorier. Morse har udviklet sin teori på baggrund af forskning om uhelbredeligt kræftsyge og akut traumatiserede patienters lidelse. Rydahl-Hansen har forsket i uhelbredeligt kræftsyge patienters lidelse og vilkår.

Janice Morse

Ifølge Morse er kernen i sygeplejen at lindre patientens lidelse. Hun pointerer, at lidelsen ikke er en statisk oplevelse, men en dynamisk, cyklisk proces, hvor patienten bevæger sig mellem at udholde lidelse (enduring) og at erkende og udtrykke lidelsen følelsesmæssigt (emotional suffering). Patienten har således ikke på sigt mulighed for at blive i tilstanden enduring og fornægte sine følelser, men vil på et tidspunkt bevæge sig mod emotional suffering og dermed mod en begyndende erkendelse af sine følelser.

Enduring forekommer som en reaktion på en trussel mod egen integritet. Enduring indebærer, at patienten på godt og ondt fornægter og fortrænger følelsesmæssige reaktioner i den tid, det tager at indstille sig på en ny situation. Ifølge Morse lider de uhelbredeligt syge patienter ikke, så længe de udholder lidelsen og endnu ikke har erkendt lidelsen ved egen eller andres hjælp. Samtidig forudsætter enduring netop, at patienten undertrykker, fortrænger og fornægter sine følelser, hvilket på sigt kan føre til angst og depression.)

))) FIGUR 1. WHO'S DEFINITION AF DEN PALLIATIVE INDSATS

Den palliative indsats fremmer livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykosocial og åndelig art.

Den palliative indsats

- tilbyder lindring af smerter og andre generende symptomer
- bekræfter livet og opfatter døden som en normal proces
- tilstræber hverken at fremskynde eller udsætte dødens indtræden
- integrerer omsorgens psykologiske og åndelige aspekter
- tilbyder en støttefunktion for at hjælpe patienten til at leve så aktivt som muligt indtil døden
- tilbyder en støttefunktion til familien under patientens sygdom og i sorgen over tabet
- anvender en tværfaglig teambaseret tilnærmelse for at imødekomme behovene hos patienterne og deres familier, inklusive støtte i sorgen om nødvendigt
- har til formål at fremme livskvaliteten og kan også have en positiv indvirkning på sygdommens forløb
- kan indsættes tidligt i sygdomsforløbet i sammenhæng med andre behandlinger som udføres med henblik på livsforlængelse, som for eksempel kemo- eller stråleterapi, og inkluderer de undersøgelser, som er nødvendige for bedre at forstå og håndtere lidelsesfyldte kliniske komplikationer (10).

))) FIGUR 2. FAKTORER, DER KAN VÆRE BETYDENDE FOR, AT LIDELSEN SJÆLDENT BLIVER ERKENDT OG RESPONDERET PÅ AF SYGEPLEJERSKEN I DEN KLINISKE PRAKSIS

Omgivelser:

- Hospitalskulturen virker fremmedgørende.
- Sygeplejen organiseres ud fra et fokus på krop, sygdom og behandling.
- Lidelsens udtryk behandles med medicin.
- Udtalt krav til patienterne om at tilpasse sig hospitalskulturen.

Sygeplejersken:

- Sygeplejerskens fokus er primært på krop, sygdom og behandling.
- Lidelsen efterspørges ikke af sygeplejersken.
- Lidelsen trøstes væk i stedet for at bede patienten tillægge lidelsen betydning.
- Sygeplejerskerne mangler viden, erfaring, mod og tid til at respondere på potentiel og aktuel lidelse.
- Sygeplejerskerne har en forventning om, at patienterne udtrykker lidelsen.
- Fokus på normative teoriens idealer for sygeplejen frem for deskriptive teorier om sygeplejen i den kliniske kontekst.

Patienten:

- Patienterne udtrykker ikke altid lidelsen.
- Patienterne udholder lidelsen (enduring) og er således ikke bevidste om lidelsen og udtrykker den sjældent.
- Patienterne tilpasser sig den behandlingsorienterede kontekst.
- Patienterne forsøger at opretholde kontrol.
- Patienterne har ikke tillid til sygeplejerskernes kompetence, tid og engagement i deres psykiske, eksistentielle og åndelige lidelse (1,4,5-7).

- » Emotional suffering er modsætningen til enduring, samtidig med, at de er uadskillelige begreber og fænomener. Ved emotional suffering erkender og udtrykker patienten sin lidelse og følelser. Det er en tilstand præget af sorg og tristhed, hvor patienten erkender, hvad der er mistet, og hvad det betyder for nuet og fremtiden. Patientens mulighed for at erkende og udtrykke



lidelsen er relateret til patientens behov, erkendelse, accept af situationen, samt af konteksten og andres reaktion på udsagn og udtrykte følelser (1,5).

Susan Rydahl-Hansen

Med Rydahl-Hansen er den uheldeligt kræftsige patients lidelse uløseligt og situationsbestemt bundet til enheden af den syge krop, bevidsthed, muligheder og begrænsninger for at erkende og udtrykke lidelsen og omgivelsernes reaktion herpå. Lidelsens vilkår er således også bundet til sygeplejerskers møde med patienten, eller mangel derpå.

Men Rydahl-Hansens forskning tyder på, at det primært er sygeplejerskerne, der definerer konteksten i mødet med patienten. Sygeplejerskerne synes primært at fokusere på krop, sygdom og behandling, som i den case, der indledte artiklen, og at definere konteksten og patientrelationen ud fra dette. Det gør det svært for patienterne at få erkendt, reflekteret over og udtrykt deres individuelle og situationsbestemte lidelse. Og sygeplejersken mister muligheden for at respondere på lidelsen og, med Eriksson, at hjælpe patienten med at gennemleve lidelsens drama.

Rydahl-Hansen finder det oplagt, at sygeplejersker benytter de situationer, hvor patienten udtrykker problemer, som f.eks. smerte eller træthed, til at opfordre patienten til også at beskrive, hvilken betydning og lidelse problemet indebærer. Men forskningen viser, at sygeplejerskerne sjældent gør dette. Derimod trøstes de ofte lidelsen bort, inden patienterne opnår mulighed for at udtrykke den, så sygeplejerskerne kan erkende den og respondere på den. Alternativt bliver patienternes forsøg på at udtrykke lidelsen ofte ført ind i en krops-, symptom- og behandlingsorienteret forståelse og siden medicinsk behandlet. Patienterne oplever ofte,

”Måske drejer det sig grundlæggende om, at vi i vores nogle gange korte møde med patienten bør efterspørge patienternes lidelse, f.eks. under sengebadet, hvor vi alligevel befinder os på stuen, i stedet for at forvente, at patienterne selv udtrykker lidelsen.”

at sygeplejerskerne på de medicinske, kirurgiske og onkologiske afdelinger ikke har tid til og forståelse for at tage sig af deres følelsesmæssige problemer og lidelse. Med tiden tilpasser patienterne sig i tiltagende afmagt den definerede kontekst og opgiver ofte håbet om at udtrykke lidelsen. De føler sig stemplede som resultatløse og prestigefattige kasterbolde mellem sygehus og hjem. De isolerer sig i tiltagende omfang fra personalet i håb om at kunne kontrollere de følelser, der raser i dem. Men patienterne oplever en evindelig, og med tiden uovervindelig, kamp for at opretholde eller genvinde kontrol med deres livssituation. Det indebærer, at de fornægter og fortrænger lidelsen, svarende til, hvad Morse kalder at udholde lidelsen. Derved mister såvel patienter som sygeplejersker muligheden for at erkende og respondere på lidelsen, og patienterne udvikler hyp-pigt angst og depression (1,2,4,5). Figur 2 side 42 beskriver flere faktorer af betydning for, at sygeplejersken sjældent responderer på lidelsen.

Morse og Rydahl-Hansen beskæftiger sig således med forskningsbaseret teoriudvikling, der er specifikt relateret til uhelbredeligt syge patienter. Begge betoner vigtigheden af at medtænke praksisnære teorier i klinisk praksis og påpeger det problematiske i udelukkende eller primært at basere klinisk sygepleje på normative teorier, der på et abstrakt niveau foreskriver idealer for praksis (1,4,5,9). Dermed ikke være sagt, at det ikke er vigtigt, at man holder sig gode idealer for øje, når man udøver sygepleje. Blot man er bevidst om, at idealerne ikke kan stå alene og måske endnu vigtigere, at vilkårene for at efterleve idealerne ikke altid er til stede.

Se på virkeligheden

Det var overraskende for mig at opdage og erkende de forskelle, der er mellem de paradigmatisk normative teorier, jeg primært har arbejdet med gennem min uddannelse, og de mere praksisnære teorier, jeg fik indsigt i gennem arbejdet med projektet, og ikke mindst, hvordan disse forskelle kan have betydning for den sygepleje, jeg opnår mulighed for at udøve. Gennem arbejdet med de praksisnære teorier erkendte jeg, at de normative teorier primært omhandler væsentlige, generelle begreber og værdier relateret til sygeplejens paradigme og fagets idealer. Værdier og idealer, som faget ikke kan undvære. Men teorierne viste sig for abstrakte og ukonkrete til at belyse de fænomener og den specifikke kliniske problemstilling, som dannede udgangspunkt for mit bachelorprojekt.

Deskriptive teorier tegner billeder af virkeligheden, som den viser sig, og har således et helt andet udgangspunkt for teoriudvikling end de normative teorier. Men de har også deres begrænsning, idet de tager udgangspunkt i specifikke problemstillinger, fænomener og pa-

tientgrupper. De forskellige teorier danner således vidt forskellige grundlag for at tænke og udøve sygepleje.

Forskningen tyder på, at lidelsen sjældent kommer til udtryk i klinisk praksis, og at sygeplejerskerne sjældent responderer på den. Flere faktorer er betydende herfor, og faktorerne er indbyrdes afhængige og påvirker hinanden. I denne artikel er kun nævnt nogle få – der henvises til figur 2 og de anvendte kilder for yderligere indsigt i problematikken (1,4-7,9).

Desuden er det vigtigt at huske på, at man som sygeplejerske i hverdagen befinder sig i en kontekst, hvor fokus er på effektivitet, fysiske symptomer og behandling. Man ved, hvilke idealer der er værd at stræbe efter, men på grund af den definerede kontekst kan det være svært at efterleve idealerne i praksis. Man kan let komme til at forvente, at virkeligheden skal leve op til idealerne, frem for at se på virkeligheden, som den viser sig i samværet med patienten og med patientens lidelse som udgangspunkt. Følgen kan være udbrændthed og frustration over, at den virkelighed, vi befinder os i, ikke er som beskrevet i de paradigmatisk normative teorier.

Måske drejer det sig grundlæggende om, at vi i vores nogle gange korte møde med patienten bør efterspørge patienternes lidelse, f.eks. under sengebadet, hvor vi alligevel befinder os på stuen, i stedet for at forvente, at patienterne selv udtrykker lidelsen. Og imødekomme patienten, når denne, som Peter Larsen, udtrykker sin angst og bekymring.

Vi må desuden være bevidste om, at selv om de normative teorier opstiller gode idealer, er virkeligheden i klinikken langt mere situationsbestemt og kompleks. Derudover kunne man overveje, om man i sygeplejerskeuddannelsen har tilstrækkeligt fokus på forskningsbaserede, praksisnære teorier, eller om denne del af teoriudviklingen skal prioriteres højere for at give de sygeplejestuderende et mere nuanceret billede af den kliniske virkelighed. Nemlig den virkelighed, som patienterne lever og lider i.

Tina Wiwe Fuglø er ansat på Akut kardiologisk afdeling, P224, Gentofte Hospital.

Susan Rydahl Hansen er leder af sygeplejeforskningen, Bispebjerg Hospital.

Bachelorprojektet ”Vilkår for den psykologiske og eksistentielle lidelses udtryk og respons i mødet mellem sygeplejersken og den uhelbredeligt kræftsye patient” skrevet af Tina Wiwe Fuglø, kan rekvireres via tj@fuglo.com

Litteratur

1. Fuglø TW. Vilkår for den psykologiske og eksistentielle lidelses udtryk og respons i mødet mellem sygeplejersken og den uhelbredelig kræftsye patient. Bachelorprojekt, København: H:S Sygeplejerskeuddannelsen; 2006.

Ven med stemmerne

At høre stemmer behøver ikke være koblet til en sygdomstilstand. Ifølge Vårdfacket nr. 9/07 hører 2-3 pct. stemmer indimellem. 70 pct. af disse hører dem første gang i forbindelse med en traumatisk oplevelse, og 65 pct. af dem har aldrig haft kontakt til psykiatrien. Synet på stemmehallucinationer er under forandring inden for (en del af) psykiatrien. Stemmerne opfattes ikke længere som hovedproblemet. Det er den relation, man har til stemmerne, og hvordan de påvirker ens liv og omgivelser, som kan medføre problemer.

Men stemmer behøver ikke at være en negativ oplevelse, og Mats Kjellbom beskriver i artiklen, hvordan han oplever sig som gift med de kvinder, hvis stemmer han hører, og derfor aldrig føler sig ensom. Men kontrol over stemmerne er en nødvendighed, og redskaberne har han hentet i en selvhjælpsgruppe for stemmehørere. Også i Danmark ændres synet på stemmehallucinationer, og p.t. findes der otte danske stemmehørergupper. Læs mere om Mats Kjellbom på www.vardfacket.se > nr. 9 og få information om det danske stemmehørernetværk og stemmehørergupper på www.hearingvoices.dk

(er)

Helbredende arkitektur

Betyder det noget, at man som patient ligger i sin seng på medicinsk afdeling og ser ud på et ramponeret tøjstativ eller venter på kemobehandling siddende på en hård stol langs en grumset væg? Ændrer det noget, at man kan komme ud i en have i en halv time og mærke vind og vejr? Det har sygehuspersonale ikke tidligere ment eller gået meget op i, men der er nye tider på vej. Begrebet helbredende arkitektur vinder indpas, og når de nye, store hospitalsbyggerier går i gang bl.a. i Skejby og i Holstebro/Herning, vil vi formentlig se en type byggeri, der adskiller sig betragteligt fra de funktionelle betonkasser, der hidtil har båret navnet hospitaler.

Ordet hospital betyder gæstebolig, men spørgsmålet er, hvor godt tilpas gæsterne er, når bygningerne, interiør og eksteriør ikke udgør en harmonisk helhed. Kan smukke bygninger helbrede? Det ved vi ikke, men det forekommer logisk, at de kan forøge velværet og give livsmod, og så er man i hvert fald godt hjulpet.

Sygeplejersker skal derfor ikke overlade indretningen af nye hospitaler til fagfolk, men derimod blande sig alt, hvad de kan, af hensyn til deres egen og patienternes trivsel.

Læs mere på www.google.dk -> helbredende arkitektur

(jb)

Svar på TESTEN side 53

- 1: b. Den ikttale sygepleje knytter sig til de epileptiske anfald, observation, beskrivelse og registrering – samt førstehjælp. Den interiktale sygepleje er den sygepleje, der ligger imellem anfaldene.
- 2: a. Blandt den resterende fjerdedel kan en lille del helbredes ved operation, og resten må af finde sig med stadig at have anfald og/eller bivirkninger.
- 3: b. Ved simple partielle anfald optræder fænomener som hallucinationer, som personen kan huske og beskrive efter anfaldet. Ved komplekse partielle anfald ses også automatismer, hvor personen foretager sig underlige ting og ikke kan huske disse efter anfaldet.
- 4: b. Langt de fleste anfald er kortvarige og ophører af sig selv. Akut medicin gives derfor kun i de tilfælde, hvor anfaldet har varet mere end fem minutter, der er ophobede anfald, eller personen er i status epilepticus.
- 5: b. Skriget skyldes ikke smerte, men er et resultat af, at luften presses ud af lungerne og igennem stemmelæberne på grund af de stive toniske respirationsmuskler.

2. Eriksson K. Det lidende menneske. 1. udgave København: Munksgaard; 1994.
3. Travelbee J. Mellemmenneskelige aspekter i sygeplejen. 1. udgave København: Munksgaard; 2002.
4. Rydahl-Hansen S. Hospitalsindlagte patienters oplevede lidelse i livet med uhelbredelig kræft. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet; 2003.
5. Morse JM. Toward a Praxis Theory of Suffering. ANS Adv Nurs Sci 2001;24(1):47-59.
6. Eriksen TR. Livet med kræft. I et støtte- og omsorgsperspektiv. 1. udgave København: Munksgaard; 1996.
7. Hald M. Døende kræftpatienter og hospitalet. Kultur, ritualer og nye muligheder. 1. udgave København: Kræftens Bekæmpelse; 1993.
8. Saunders C. Terminal pleje. Omsorg ved terminal malign sygdom. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 1986; p.13-35, 337-350.
9. Rydahl-Hansen S. Den totale smerte. Klinisk sygepleje, 2006;20, (2):15-23.
10. Dansk Selskab for Almen Medicin. Palliativ indsats i den primære sundhedssektor. 2004; p.8.
11. Kirkevold M. Sygeplejeteorier. Analyse og vurdering. 2. udgave København: Munksgaard; 2000; p.40-69.

>>> ENGLISH ABSTRACT

Fuglø TW, Rydahl Hansen S. We need practice-related theories.. Sygeplejersken 2007;(20):40-4.

A bachelor degree project at H:S Nursing Training with the focus on the conditions under which terminal cancer patients' mental and existential suffering manifests themselves, reveals a substantial difference between the power of assertion of nursing theory and its applicability in clinical practice.

Training primarily provides insight into paradigmatic and normative nursing theories on suffering. However, the project work shows that these theories are too abstract and generalised in relation to the clinical and practice-related problem the project was intended to elucidate.

The project concludes that it is important to be conscious of the fact that the paradigmatic and normative theories describe essential nursing ideals. These cannot, however, stand alone in clinical practice, which requires a more specific, hands-on approach – all depending on the clinical problem determined by the given situation.

Key words: nursing theory, suffering, terminal cancer, palliation

Inddrag etniske minoriteters

AF KATRINE RUTKÆR, SYGPLEJERSKE • FOTO: SIMON KNUDSEN

Artiklen henvender sig til alle sygeplejersker. Hovedbudskabet er, at der er behov for langt større viden om etniske minoriteters kulturelle baggrund og sundheds- og sygdomsopfattelser. I artiklen, der udspringer af et bachelorprojekt fra 2006, identificeres vigtige elementer i forhold til sygeplejen til patienter med muslimsk baggrund.

Patienter med anden etnisk baggrund end dansk bliver ofte betragtet som demotiverede og ressourcekrævende. De bliver hyppigt genindlagt, fordi de ikke efterlever vejledning og behandlingstiltag (1,2,3). Et vigtigt element i denne problematik er, at sygeplejersker mangler redskaber til at forstå patientens udgangspunkt (4). Det er et grundlæggende problem, der kalder på en løsning.

Der er et boom i indlæggelser af patienter med anden etnisk baggrund end dansk i Danmark ifølge de seneste undersøgelser fra Sundhedsstyrelsen.

Denne patientgruppe er procentuelt højere repræsenteret ved flere livsstilssygdomme end danskere, såsom luftvejssygdomme, hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes og muskel- og skeletlidelser (figur 1 nedenfor).

Patienterne er også karakteriseret ved en betydelig grad af non compliance, som viser sig gennem gentagne hospitalsindlæggelser, hvilket dels er en belastning for samfundet (2,3). Ofte har patienterne utilstrækkelig viden om, hvordan kroppen fungerer, og de har et uhenigtsmæssigt forhold til kost og motion. Derfor kan man frygte de sundhedsmæssige konsekvenser, ligesom usunde livsstilsvaner kan videreføres til næste generation.

Nogle af de udfordringer, vi står over for i denne sammenhæng, bunder i forskellig kulturel baggrund samt forskellige sundheds- og sygdomsopfattelser. Hvis sygeplejersker ikke har den nødvendige viden til at takle denne problematik, bringes de i en situation, hvor de er nødsaget til at yde en sygepleje uden at kunne medtænke patientens kulturelle udgangspunkt.

Ifølge sygeplejeteoretikeren *Madeleine Leininger* har patienten krav på at blive mødt ud fra sit eget kulturelle

ståsted. Hvis ikke vi målrettet møder patienten på denne måde, vil risikoen være, at patientens tilstand ikke forbedres, men måske tværtimod forværres, hvilket netop er det billede, der tegner sig i dag gennem non compliance og hyppige indlæggelser. Men når vi skal tage udgangspunkt i relevante aspekter hos patienten, kræver det ifølge Madeleine Leininger, at vi må have en grundlæggende viden om andre kulturer (5). Vi må med andre ord prioritere at få viden om forskellige kulturer for herudat at reducere den kulturelle forståelseskluft.

Når talen er på kultur, skal vi gøre os klart, at dette begreb i sig selv er meget komplekst. Det omfatter bl.a. menneskers trosretning, viden, moral og færdigheder tilegnet som medlem af et samfund. Kulturen overføres desuden i en vis grad fra generation til generation, ligesom den er foranderlig. Vi må derfor være varsomme med, hvordan vi forstår og anvender begrebet kultur, da alle mennesker ager som enkeltpersoner med specifikke værdier og regler, som bevirker, at kun det enkelte menneske kender sin egen kultur til bunds. Derfor er det afgørende, at vi er bevidste om altid at imødekomme selve mennesket og ikke dets kulturkreds. Derigennem kan vi have en fordomsfri og åben tilgang til hver enkelt patient (6).

Flere livsstilssygdomme

Patienter med muslimsk baggrund er overrepræsenteret ved flere livsstilssygdomme (figur 1). Islam er den næststørste religion i Danmark med 140.000 muslimer. Ca. 50.000 kommer fra Tyrkiet og ca. 18.000 fra Pakistan (7). Tre vigtige aspekter spiller ind, når man skal forklare, hvorfor nogle patientgrupper er overrepræsenteret ved livsstilssygdomme, nemlig sundhedsopfattelse, sygdomsopfattelse og familieforhold (figur 2 side 48).

Ifølge antropolog *Thomas Hylland Eriksen* findes der fire medicinske systemer i verden, der opdeles i: biomedicin, ayurvedisk medicin, kinesisk medicin og unani-medicin. Groft opdelt hører Vesten under biomedicinen, hinduerne under ayurvedisk medicin, kineserne under kinesisk medicin og muslimerne under unani-medicinen (se boks 1 side 48). Ligesom kultur er et komplekst begreb, må man også her være opmærksom på, at man ikke kan kategorisere så store befolkningsgrupper inden for disse generelle rammer, og at der er flydende overgange mellem befolkningsgrupper og medicinske systemer (6).

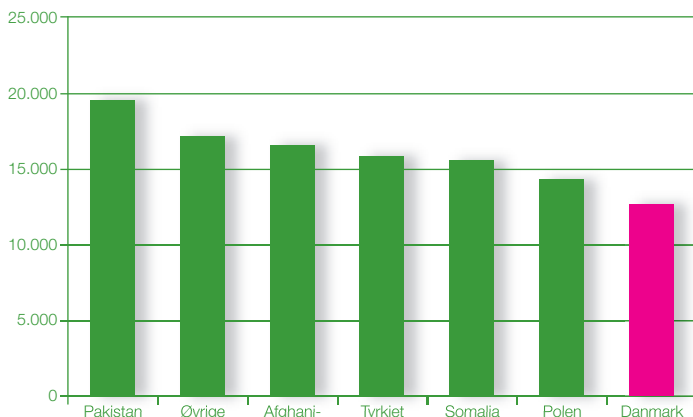
Skitseringen af en bestemt patientgruppe er således i risiko for stereotypisering og mulige faldgruber. I relation til muslimer, som denne artikel handler om, er det vigtigt at være opmærksom på, at mange muslimer i Danmark har overtaget elementer af en vestlig kultur og livsstil, samtidig med at de holder fast i elementer af deres egen kulturelle baggrund.

Tegn på velstand

Ser vi i første omgang på muslimers sundhedsopfattelse, anerkender mange ikke vigtigheden af at motionere og

►►► FIGUR 1. FLEST PATIENTER FRA MELLEMOESTEN

Antallet af ambulante behandlinger og heldøgnsbehandlinger fordelt på oprindelsesland i forhold til de undersøgte sygdomme pr. 100.000 indbyggere i aldersgruppen 35-64 år (3). (Data fra 2002).



sundhedsopfattelse i vejledningen

spise ernæringsmæssigt sundt, men tillægger disse faktorer en anden betydning. Muslimers kost indeholder generelt mange sunde produkter, men samtidig har de et uhensigtsmæssigt stort forbrug af madolie. Det skyldes, at mange ikke er klar over, hvad der er sundt og usundt, ligesom at fedt- og sukkerholdig mad anses som værende et tegn på velstand. Derfor har det også betydning rent socialt, hvor man viser, at man ikke er nærig, hvis man bruger meget olie i madlavningen. Hvad angår motion, er det at bevæge sig ofte forbundet med fattigdom i hjemlandet, hvor det står i forbindelse med hårdt fysisk arbejde og lange gåafstande. Det er i stedet prestigefyldt at køre i bil (7).

Derfor må vi være opmærksomme på muslimers kost- og motionsvaner, når disse er symptomer på en uhensigtsmæssig livsstil. Vi må i vores vejledning forklare, hvordan kost og motion bliver opfattet i Vesten, og at overvægt ikke er et udtryk for sundhed og velstand, snarere tværtimod.

Livsstilssygdomme ses som ufarlige

Muslimers sygdomsopfattelse har afgørende betydning for problemstillingen med den høje prævalens på livsstilssygdomme og den tilhørende non compliance. Mange muslimer opfatter ikke disse livsstilssygdomme som farlige, idet de er usynlige. Herved menes der, at sygdommene ikke nødvendigvis kan ses, lugtes eller føles, hvilket er afgørende for at kunne påtage sig patientrollen. Da flere af disse livsstilssygdomme desuden er kroniske, skal man yderligere være opmærksom på, at mange muslimer ikke anvender klassificeringen kronisk og ikke kronisk sygdom. Mange tror, at alle sygdomme kan behandles og helbredes (6,8).

Derudover er tilgangen til sygdom ofte en medicinsk pluralistisk tilgang, hvor man henvender sig til mange forskellige behandlingssteder. Det

”Kvinden vil ikke ændre adfærd, hvis ikke ægtemanden mener, at det er relevant, ligesom manden ikke vil ændre kostvaner, hvis ikke vi underviser kvinden i sund ernæring.”

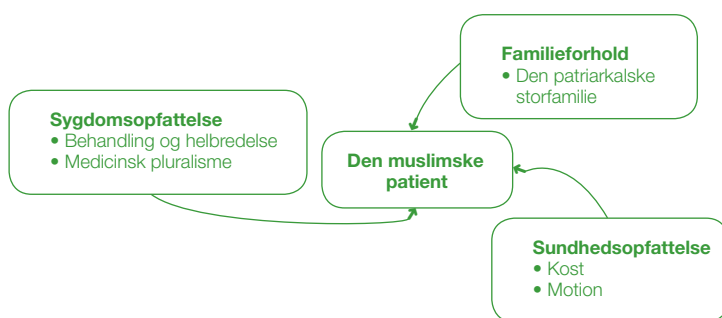
være sig f.eks. familie, traditionelle behandlere, haki- men og den biomedicinske læge. De traditionelle be- handlere er kloge mænd og koner, og hakimen er en professionel, som behandler sygdomme med plante- medicin og ernæringsråd i forhold til kroppens balan- ce. I unanimedinen, som muslimerne hører under, er det centrale, at kroppen er i balance. Her spil- ler det enkelte individs temperament, al- der og køn samt kroppens fire væsker blod, slim, gul og sort galde en vigtig rolle. Disse fire kropsvæsker er i forskelligt omfang forbundet med varme, kul- ▶



”Hvad angår motion, er det at bevæge sig ofte forbundet med fattigdom i hjemlandet, hvor det står i forbindelse med hårdt fysisk arbejde og lange gåafstande. Det er i stedet prestigefyldt at køre i bil.”

►►► de, fugtighed og tørhed. Hvis man bliver syg, er det tegn på ubalance mellem disse forhold, hvor sygdomme og andre tilstande desuden klassificeres som varme eller kolde. Denne ubalance kan så genoprettes gennem urtemedicin samt afbalancering af kosten, da også madvarer kan besidde varme eller kolde egenskaber (9,10).

►►► FIGUR 2. KULTURELLE FORHOLD VED PATIENTEN MED MUSLIMSK BAGGRUND



Figuren viser de vigtigste aspekter, hvis man vil forstå patienter med muslimsk baggrunds sundheds- og sygdomsopfattelse, samt familieforhold.

►►► BOKS 1. UDBREDELSEN AF DE MEDICINSKE SYSTEMER I VERDEN

- Unanimedicinen
Grækenland, Tyrkiet, Iran, Afghanistan, Pakistan, Indien, Malaysia, dele af Indonesien, Latinamerika, langs den afrikanske Middelhavskyst og til Spanien.
- Ayurvedisk medicin
Indien, Nepal, Sri Lanka og dele af Pakistan.
- Kinesisk medicin
Kina, Korea, Japan, Thailand, Vietnam og de omkringliggende områder
- Biomedicinen
Er nået til de fleste lande, men bliver flere steder brugt på niveau med de andre systemer og derved ikke som den eneste måde at behandle sygdom på.

Kilde: Fødevarestyrelsen. Maden hos indvandrere og flygtninge i Danmark. 1. udgave. 1. oplag. Fødevaredirektoratet; 2002.

►►► BOKS 2. UNDERVISNING TIL PAKISTANSK DIABETES TYPE 2-PATIENTER

På Bispebjerg Hospital er der lavet et projekt rettet specifikt mod pakistanere med sygdommen diabetes type 2. Ud fra projektet er der udviklet undervisningsmateriale til brug for sundhedspersonalet, en vejledning til den pakistanske patient og dennes pårørende, samt en planchebog til at understøtte undervisningen.

Projektet blev muligt gennem et samarbejde med en dansk læge med pakistansk baggrund, som kunne fremhæve, hvad der var essentielt ved den pakistanske kultur. Materialet er nu implementeret som et undervisningstilbud i diabetesambulatoriet til denne befolkningsgruppe.

Undervisningsprogrammet ”Et kulturelt afstemt undervisningsprogram for pakistanske patienter med type 2-diabetes” (12) kan rekvireres gratis ved henvendelse til Bispebjerg Hospitals uddannelsesafdeling, telefon 3531 2925.

Rådgivning i direkte termer

Ovenstående eksempler på sygdomsopfattelse må vi derfor være opmærksomme på, når vi møder muslimske patienter, som udviser non compliance i forhold til deres sygdom. I disse tilfælde er det ikke nok at vejlede patienten om korrekt livsstil endnu en gang. Man må i stedet aktivt søge viden om deres oplevelse af sundhed og sygdom og om deres sundhedsadfærd generelt.

Hvis patienten med en livsstilssygdom ikke ser sig selv som syg, må vi som sundhedspersonale med den biomedicinske tilgang fortælle patienten, hvordan vi opfatter sygdommen og de mulige konsekvenser ved en uændret livsstil. Det kan med fordel formuleres i direkte termer, så budskabets alvor bliver tydelig for patienten (8).

Hvis patienten derimod har en forståelse af at være syg, men stadig udviser non compliance i forhold til sin sygdom, er det relevant at spørge til, hvordan pågældende lever med sin sygdom. Det kan være, at patienten selv mener at mestre sin sygdom, men med midler, som vi i vores sundhedsvæsen ikke tilbyder, her med tanke på den medicinske pluralisme. På den måde kan vi få en dybere indsigt i årsagsforholdene vedrørende patientens adfærd, som kan medvirke til at give os den viden, vi behøver, for at kunne undervise patienten og give den nødvendige behandling. Herved kan der måske endda opnås en behandling, som tilgodeser flere forskellige behandlingsmetoder.

Familien må inddrages

Det er væsentligt at medtænke den muslimske patients familieforhold, der ofte har grundlag i den patriarkalske storfamilie, der er hierarkisk opbygget med alder og køn i fokus, og hvor hver person har sin rolle i familien. Manden er højt placeret i hierarkiet og står primært for de opgaver, der er uden for hjemmet. Kvinden er lavere placeret i hierarkiet og står for opgaverne i hjemmet. Ydermere er den patriarkalske storfamilie meget forbundet, og alle betydelige beslutninger vedrørende et familiemedlem går igennem dette familiehierarki. Det er derfor vigtigt, at sygeplejersken inddrager vigtige familiemedlemmer i sygeplejen. Det vil sige, at undervisning og vejledning også rettes mod familien og ikke kun patienten, idet dette optimerer muligheden for livsstilsændring. Kvinden vil ikke ændre adfærd, hvis ikke ægtemanden mener, at det er relevant, ligesom manden ikke vil ændre kostvaner, hvis ikke vi underviser kvinden i sund ernæring. Ved at inddrage andre familiemedlemmer øges chancerne desuden for, at patienten fastholder livsstilsændringerne, ligesom det kan have en forebyggende effekt i forhold til de øvrige familiemedlemmer (6,11).

Begrænset viden

Det er vigtigt at have den fornødne viden for at kunne møde patienter med anden etnisk baggrund end dansk med respekt og forståelse. Hvilket dog er lettere sagt

end gjort. I dag har vi nemlig en meget begrænset mængde tilgængelig viden samlet. Det skyldes, at patienter med anden etnisk baggrund tilhører en stor gruppe patienter med forskellig kulturel baggrund, og der opstår faldgruber ved blot at se dem som en samlet gruppe. I udvikling af viden inden for dette område må man derfor rette fokus mod én specifik etnisk minoritetsgruppe. Dette er Center for Folkesundhed også opmærksom på. Centeret har i april 2007 indledt en landsdækkende undersøgelse om etniske minoriteters sundhed, sygdom og livsstil, som netop skal være med til at klargøre forskelle mellem de etniske grupper. (Rapporten forventes færdig ultimo 2007).

Brug for kvalitetsudvikling

Den eksisterende mangel på viden medfører, at den enkelte sygeplejerske står over for en stor opgave, som ikke kan løses alene. Den svære situation behøver anerkendelse, og ansvaret for forbedringer må gøres til et fælles fagligt og ledelsesmæssigt anliggende frem for at betragte det som et personligt problem for den enkelte professionelle. Der er brug for kvalitetsudvikling inden for området, således at både patient og sygeplejerske oplever nogle bedre rammer at mødes og samarbejde inden for.

I den sammenhæng er det vigtigt at gøre opmærksom på det trods alt tilgængelige materiale, så den eksisterende viden udbredes og alle kan få glæde af den, herunder sygeplejersker (se f.eks. boks 2 side 48).

Et andet tiltag kunne være, at man på sin afdeling etablerede en nøglepersonfunktion med fokus på patienter med anden etnisk baggrund. Nøglepersonens ansvar kunne være at akkumulere og opdatere viden inden for patientgruppen, strukturere og videregive relevant viden til kollegaer, udarbejde vejledninger etc.

Alt i alt er der meget, der tyder på, at man kan få reduceret både antal og varighed af indlæggelser af patienter med anden etnisk baggrund, når man møder patienterne ud fra deres kulturelle virkelighed.

Katrine Rutkær er ansat som sygeplejerske på Pædiatrisk afdeling på Rigshospitalet.

Bachelorprojektet kan rekvireres ved henvendelse til katrine.rutkaer@gmail.com

Litteratur

1. Troelsen M. Indvandrere er en belastning. *Sygeplejersken* 2006;2:18-20.
2. Folmann N, Jørgensen T. Etniske minoriteter – sygdom og brug af sundhedsvæsenet: et registerstudie. København: Sundhedsstyrelsen; 2006.
3. Sundhedsstyrelsen. Etniske minoriteters sundhed og sygelighed – opgørelse af behandlingsrater (2002) blandt indvandrere. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
4. Kristensen N. Sundhedspersonale ved for lidt om indvandrere. *Sygeplejersken* 2001;44:5.
5. Leininger M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press; 1991.
6. Eriksen T, Sørheim T. Kulturforskelle – kulturmøder i praksis. 2. udgave. København: Munksgaard; 2005.
7. Fagligt Selskab for Diabetessygeplejersker. Muslimer i Danmark. Dansk Sygeplejeråd. Juli 2005. Tilgængelig via www.dsr.dk > Faglige selskaber > diabetessygeplejersker
8. Borrild L, Musaus L. Sygepleje til mennesker med diabetes. 1. udgave. 1. oplag. København: Munksgaard; 2001.
9. Andersen J, Jensen A. Etniske minoriteter – kulturmøder i sundhedsvæsenet. 1. udgave. 1. oplag. København: Munksgaard; 2001.
10. Fødevarestyrelsen. Maden hos indvandrere og flygtninge i Danmark. 1. udgave. 1. oplag. Fødevarerdirektoratet; 2002.
11. Jensen T, Rothstein M. Etikken og religionerne. 1. udgave. 1. oplag. Aschehoug Dansk Forlag; 1998.
12. Petersen J et al. Et kulturelt afstemt undervisningsprogram for pakistanske patienter med type 2-diabetes. H:S Bispebjerg hospital og Diabetesforeningen; 1999.



))) ENGLISH ABSTRACT

Rutkær K. Involve ethnic minorities' perception of health in guidelines. *Sygeplejersken* 2007;(20):46-9.

Patients of non-Danish origin are more heavily represented in the statistics than ethnic Danes when it comes to several lifestyle diseases. This applies to respiratory diseases, cardiovascular disease, type 2 diabetes and muscular-skeletal complaints. Patients are also characterised by a considerable degree of non-compliance and frequent hospitalisation, which is a strain on the patients as well as being socio-economically costly.

The article, derived from a 2006 bachelor project, presents selected elements of Muslim patients' cultural backgrounds and their perception of health and sickness, and the consequences for the nursing of Muslims. This must be based around a Muslim patient's specific experience of health and sickness and existing health behaviour.

Key words: Understanding culture, health and sickness perceptions, Muslims, quality development.

Sønderjysk sygehusvæsen

AF DAGMAR BORK, SYGEPLEJERSKE

Artiklen henvender sig til sygeplejersker, der er interesserede i det sønderjyske sundhedsvæsens historie. Den er baseret på forfatterens udforskning af lokalhistorien og beskriver hverdagen under besættelsestiden og udviklingen i sygehusdrift, organisation og sygepleje frem til nutiden.

De tysk-danske nationale forhold inden for alle administrationsgrene påvirkede sygehusvæsenet både før og efter genforeningen i 1920. Det gjorde besættelsen fra 1940 til 1945 også, om end på andre måder – svarende til, hvad der skete på de øvrige danske sygehuse.

Den daglige gænge fik under besættelsen nogle særlige indslag. Der blev, som overalt i landet, indført mørkelægning, sygehuse udarbejdede beredskabsplaner, der blev indrettet beskyttelsesrum, under luftalarmer blev de patientsenge, der stod nærmest vinduerne, rykket længere ind på stuen, og patienterne fik besked om i givet fald at beskytte sig med hovedpuden. Alt nødvendigt personale kunne hurtigt være til stede, da de fleste jo boede på stedet, og der i krigens seneste år desuden var udgangsforbud aften og nat. Jordemødre og andre med bopæl uden for sygehuse blev udstyret med passerseddel, der til enhver tid skulle kunne vises til de tyske vagter. Der blev indført kodeord i patientjournalen, når man med sikkerhed vidste, at den pågældende var aktiv på tysk side. På Statshospitalet hed det: ”Patienten har kolde fødder.” Fredelige demonstrationer af dansk tilhørsforhold forekom gennem deltagelse i algang og alsang. Det ellers strenge forbud mod at bære sin lægekittel eller sin uniform uden for sygehuseets grund blev i mange tilfælde suspenderet, når sygehusansatte deltog. Uniformsetiketten, der ellers forbød alle smykker, blev brudt ved, at man bar kongemærket på forklædesmækken eller jakkeopslaget. Mod krigens slutning blev engelske fly i flere tilfælde skudt ned og de sårede piloter indlagt på nærmeste sygehus. Fælles for dem var, at stuerne, hvor piloterne lå, bugnede af blomster og lækkerier, hilsener og opmuntringer tilsendt af den lokale befolkning. Fra lægelig side strakte man indlæggelsestiden så langt, som det overhovedet var muligt, men på et tidspunkt sagde tyskerne stop, og englænderne gik en uvis skæbne i møde. Da tyske flygtninge fra 1944 strømmede over den danske grænse fra de udbombede tyske byer, fik sygehuse deres andel i modtagelsen. Afdelingssygeplejerske på Børneafdelingen på Haderslev Bys Sygehus, søster *Minnagrethe Knudsen*, har fortalt herom:

”Blandt flygtningene var der mange mødre med børn, og vi fik ordre til at tømme afdelingen for at tage imod de mange udhungrede flygtningebørn. En del af dem bukkede under, og på en enkelt dag døde der fem. Vi måtte naturligvis tage os af de fortvivlede mødre, så godt som vore sprogkundskaber tillod det, men i den situation var ansigtets og hændernes sprog måske det vigtigste. Der var her ikke tale om ven eller fjende, men om hjælp her og nu.”

Efter krigen

Efter anden verdenskrig skete der store ændringer i den kirurgiske og medicinske behandling. Penicillinet var opdaget og taget i brug, og hurtigt efter fulgte andre antibiotika med epokegørende virkning på infektionssygdomme. En sygdom som lungebetændelse, der hidtil havde været fatal, kunne nu helbredes og måske behandles i hjemmet. Også behandling med blodtransfu-

sioner og anden væsketerapi blev almindelig. Vaccination af befolkningen mod difteri og polio førte til, at epidemiafdelingerne blev ændret til enkeltstuer med isolationsforanstaltninger.

Statshospitalet i Sønderborg fungerede fortsat som det centrale sygehus med modtagelse af patienter fra hele Sønderjylland, men efterhånden fik også de andre sygehuse en særlig ekspertise. På det kirurgiske område blev en specialedeling gennemført i 1953. Aabenraa Sygehus tog sig af mave-tarm-lidelser og galdevejskirurgi, Haderslev Amts Sygehus blev centrum for urinvejskirurgi, Gram Sygehus for skjoldbruskkirtelens kirurgi, Tønder Sygehus for plastisk kirurgi og kvindesygdomme, Statshospitalets kirurgiske afdeling for mave-tarm-sygdomme og ortopædi og Kongevejshospitalet for kvindesygdomme og fødselshjælp. For patienterne var det dog frivilligt, om de ville lade sig indlægge på det lokale sygehus eller på et af de andre. For det lokale valg taler nærhed til hjem og venner, for valg af et fjerneliggende sygehus taler muligheden for at få den mest specialiserede behandling. Diskussionen herom var ivrig, da Tønder Amt i tysk tid byggede de mange små sygehuse, og Haderslev Amt opførte sygehuset i Gram for at tilgodese Vesteregnens befolkning. Diskussionen pågår stadig, og nærhedsprincippet kommer i fokus ved strukturændringer, der berører det lokale sygehus. Ikke mindst adgang til fødeafdeling nær hjemmet vækker debat, når forslag om centralisering bliver fremsat.

Professionel sygepleje

Den tidligste sygepleje blev udført af mandlige og kvindelige sygevogtere, men fra 1870'erne blev sygeplejen professionel på alle de sønderjyske sygehuse med ansættelse af diakonisser fra ”Diakonissenanstalt Flensborg.” De var veluddannede og de fleste dansksindede. Forstanderinden på stiftelsen i Flensborg vidste, at den sproglige kommunikation mellem patient og sygeplejerske derved kunne foregå uden vanskeligheder. I 1920 måtte søstrene vælge, om de fortsat ville tilhøre det tyske Moderhus og få ny tjeneste syd for grænsen eller foretrak at overgå til en af de danske diakonissestiftelser. Mere end to tredjedele af søstrene valgte dansk side, og det blev Sankt Lukas Stiftelsen, der herefter sendte søstre til de ledende stillinger på sygehuse i Haderslev og Gram. Mens Den Danske Diakonissestiftelse sendte søstre til Aabenraa og Tønder.

På sygehuset i Aabenraa blev samarbejdet kort, idet overlægen ikke ønskede diakonisser på sit sygehus. På de øvrige sygehuse fortsatte søstrene, så længe stiftelserne kunne udsende dem og længst på Haderslev Amts Sygehus, hvor de sidste søstre gik af i 1972. På det nye Statshospital i Sønderborg overvejede man ikke ansættelse af diakonisser, men søgte bevidst efter danskuddannede og nationalt bevidste sygeplejersker især til de ledende stillinger. På Kongevejshospitalet fortsatte de tyske diakonisser indtil 1923, hvor overlægen foranledigede, at overenskomsten med Flensborg-stiftelsen blev opsagt, og at der ikke skulle tages kontakt til de danske diakonissehuse. Det er således diakonisser, der grund-

fra besættelsen til i dag



Behovet for et psykiatrisk hospital i Sønderjylland var påtrængende efter Genforeningen i 1920, og i 1932 blev Augustenborg Slot indrettet til behandling af psykisk syge.

ARKIVFOTO: SCANPIX

lagde den professionelle sygepleje i Sønderjylland. Deres antal i sygeplejerskestaben blev efterhånden mindre, men da søstrene altid var ansat i ledende stillinger, fik de stor indflydelse på plejen. Fælles for alle sygehuse efter 1920 var, at man hurtigt oprettede sygeplejerskoler. Uddannelsen fulgte Dansk Sygeplejeråds og Sundhedsstyrelsens retningslinjer, den var treårig med optagelse to gange om året. De lokale skoler bestod indtil 1958, hvor en uddannelsesreform trådte i kraft. Efter den blev der oprettet en central sygeplejerskole i Sønderborg. Her foregår den teoretiske undervisning, mens samtlige sygehuse fortsat har eleverne i praktik.

Fra anstalter til ambulatorier

Før Genforeningen blev psykiatriske patienter sendt til Sindssygeanstalten i Slesvig, men denne mulighed bortfaldt efter den nye grænsedragning, og patienterne blev henvist til behandling uden for landsdelen, oftest til Sindssygehospitalet i Middelfart. Behovet for et psykiatrisk hospital i Sønderjylland var imidlertid påtrængende, og det blev imødekommet, da staten i 1932 indrettede Augustenborg Slot til psykisk syge. Da antallet af senge var på sit højeste, rådede sygehuset over mere end 500 sengepladser. Behovet for senge blev gradvist reduceret i takt med nye behandlingsformer, så sygehuset, da det blev overtaget af amtet i 1976, var nede på 397 pladser. Ved overtagelsen blev det besluttet at decentralisere den psykiatriske afdeling. Der blev opført en ny afdeling ved Haderslev Sygehus, oprettet et dagafsnit i Tønder og etableret ambulatorier ved alle sygehuse. Sideløbende er der gennemført en vidtstrakt distriktskykiatri, børne- og ungdomspsykiatri samt tilbud til ældre med psykiske lidelser. Behovet for sengepladser er samtidig reduceret og tæller i dag 125 fordelt på Augustenborg og Haderslev Sygehuse.

Kommunalreformer i 1970 og 2006

Ved kommunalreformen 1970 kom alle sygehuse i amtet under samme ledelse, sygehusudvalget, i dag sundhedsudvalget, og en intensiv planlægning for den fælles

drift blev straks iværksat. Samtidig begyndte store udvidelser at tage form på sygehusarkitektens bord. Dette sidste førte til, at man i 1975 kunne tage et nyt fælles Haderslev Sygehus i brug, mens sygehuset i Gram efter et års levetid som langtidsmedicinsk afdeling blev nedlagt. Første etape af et nyt Sønderborg Sygehus blev ligeledes taget i brug 1975. Tønder Sygehus blev ombygget og udvidet sidst i 1970'erne, og Aabenraas nye sygehus blev taget i brug 1992.

Da Sønderjyllands Amt ved årsskiftet indgik i Region Syddanmark, havde de fire somatiske sygehuse i amtet følgende aktiviteter:

Tønder Sygehus har en medicinsk sengeafdeling og dagklinik, ambulatorier inden for ortopædkirurgi, kirurgi og gynækologi, skadeklinik samt i dagtimerne røntgen- og laboratorieydelser. I samarbejde med DAMP holding AG drives Sundhedscenter Tønder, et ortopædisk privathospital.

Haderslev Sygehus varetager intern medicinsk behandling og geriatri, gynækologi og fødselshjælp, og sygehuset har amtsfunktion inden for hjertesygdomme og sygdomme i blodet. Herudover er der samedagskirurgi og skadeklinik samt døgnberedskab inden for røntgen, laboratorium og narkose.

Sønderborg Sygehus rummer specialerne intern medicin, geriatri, kirurgi, ortopædkirurgi, gynækologi og fødselshjælp samt skadeklinik. Det har amtsfunktion inden for kræftsygdomme og nyresygdomme, neurologi, øjen-øre-næse-hals-lidelser, kæbekirurgi, børnesygdomme og behandling af for tidligt fødte børn. Den lægelige ekspertise på laboratorieområdet er ligeledes en amtsfunktion. Der er døgnberedskab inden for røntgen, laboratorier, narkose og intensive senge.

Aabenraa Sygehus varetager behandling inden for intern medicin, ortopædi og kirurgi. Det har amtsfunktion for ryggkirurgi, plastikkirurgi og karkirurgi, og amtets brystcenter er placeret på sygehuset. Døgnberedskabet omfatter røntgen, laboratorium, narkose samt intensiv afdeling. Det samlede antal senge i Sønderjyllands Amt er i skrivende stund 674 foruden fødeafdelinger.

» Herudover skal nævnes Gigthospitalet i Gråsten, som er et foreningsejet hospital. Det indgår i amtets sygehusplan som specialsygehus for gigtpatienter. Man fornemmer gennem fremstillingen en omfattende og veltilrettelagt sygehusstruktur, man fornemmer stor aktivitet, og det er klart, at et stort personale af mange forskellige kategorier er nødvendigt, for at behandling og omsorg for patienterne kan gennemføres. Sygehusenes samlede kapacitet omfattede i 2005 223.411 ambulante besøg og 40.141 indlæggelser. Det normerede personale var samme år 2.401 fuldtidsstillinger, og med antallet af deltidsansatte var der 2.686 ansatte. Sygehusene fylder ganske godt i amtets budget, og for året 2006 er der afsat 49 pct. af det samlede amtsbudget til de somatiske sygehuse og 5 pct. til psykiatrien.

Fra spire til blomstring

Spiren til det sønderjyske sygehusvæsen blev lagt i 1800-tallet, en fortsat og i ordets egentlige forstand ri-

vende udvikling har ført til vore dages tilbud til patienter og pårørende og til de mange, som ønsker en uddannelse, der går omkring et sygehus. Uddannelserne fører i vid udstrækning til et arbejde på sygehusene, men også til job uden for murene i den primære sundhedstjeneste. Det er et grundtræk i sygehusvæsenets historie, at nye lægelige specialer og dermed nye behandlingsmuligheder kræver et passende hjælpepersonale. Personaleantal og stillingskategorier er således vokset i takt med nye landvindinger på det medicinske område. I takt med tiden er arbejds gange, ledelse og samarbejdsformer ændret gennem årene. Omgangsformen er blevet fri, og patienten har i dag indflydelse på sin egen situation. En ting i sygehusenes historie er ikke ændret: Formålet er og har altid været at udføre undersøgelser, behandling, pleje, undervisning og forskning. For alle ansatte, tæt på sygesengen eller mere på afstand, må patientens velvære og sundhed være drivkraften i arbejdet.

►►► ENGLISH ABSTRACT

Bork D. Southern Jutland's hospital service from the German occupation to the present day. *Sygeplejersken*; (20):50-2.

The article describes how political management has influenced the operation and nursing. New knowledge has also had its influences and today's patients can expect highly specialised treatment and care in both the somatic and psychiatric fields in Southern Jutland.

Key words: German occupation, history of nursing, psychiatry, municipal reform.

Dagmar Bork er tidligere forstander for Haderslev Sygehus. Hun er nu pensionist med stor interesse for Sønderjyllands historie, specielt den historie, der er knyttet til sygepleje og sundhedsvæsen, dagmar.bork@mail.dk

En angivelse af de kilder, artiklen er baseret på, kan fås ved henvendelse til forfatteren.

Artiklen er tidligere publiceret i Sønderjysk Månedsskrift, nr. 7, 2006.

Alle knuder skal væk!

Hvordan kan et armbånd, som intet er værd, være alt værd?

20 kr. pr. armbånd



Armbåndet i sig selv er ikke meget værd, men gavnen, det gør, er uvurderlig. På www.stoetbrysterne.dk kan du se, hvem der forhandler armbåndet.

Tak for hjælpen!

 **STØT BRYSTERNE**

Planer om efterløn?

Har du overvejet at gå på efterløn eller at gå ned i arbejdstid? Så kom til informationsmøde og hør om efterløn og dine forskellige muligheder.

Er du medlem af DSA og fyldt 55 år, kan du komme til fyraftensmøde, hvor vi fortæller om efterløn og efterlønsbevis. Du hører om 2-års reglen og den skattefri præmie, ligesom du får overblik over, hvordan dine pensioner og eventuel arbejdsindtægt modregnes.

Vi holder møderne fire forskellige steder i landet. Klik ind på www.dsa-akasse.dk/efterloen og find et møde, der passer dig.

DANSKE SUNDHEDSORGANISATIONERS
ARBEJDSLØSHEDSKASSE

TELEFON 33 15 10 66
dsa@dsa-akasse.dk





Temaet er epilepsi, test dig selv eller din kollega

1 Sygeplejen til mennesker med epilepsi opdeles i den iktale sygepleje og den interiktale sygepleje. Men hvad er disse to benævnelser et udtryk for?

- Sygeplejen til henholdsvis børn og voksne med epilepsi.
- Sygeplejen til henholdsvis de epileptiske anfald og tiden imellem anfaldene.

2 Anfaldene hos en del af de mennesker, der har epilepsi, kan behandles tilfredsstillende med medicin – dvs. at de kan blive anfaldsfri uden generende bivirkninger, hvis de får den korrekte medicin i den korrekte dosering. Hvor stor en del drejer det sig om?

- Ca. 3/4.
- Ca. 1/3.

3 Epilepsi har gennem tiden været omgærdet af mange myter. Er det således korrekt, at der i forbindelse med anfald kan ses hallucinationer på lugt, hørelse, syn, smag og følesans, ligesom patienten kan foretage sig ejendommelige ting: pille ved sit tøj, smaske, samle ting sammen og lign.?

- Nej, det er også myter.
- Ja, det ses ofte.

4 Skal der altid gives supp. stesolid i forbindelse med et krampeanfald?

- Ja, det forebygger nye anfald og er vigtigt.
- Nej, kun under særlige omstændigheder.

5 Under et tonisk-klonisk krampeanfald er personen uden bevidsthed. Alle muskelgrupper er stive, personen skrider måske og bliver cyanotisk. Efter 15-20 sekunder ses rykvise, universelle trækninger, som kan resultere i tunge- eller kindbid samt afgang af urin og fæces. Er skriget tegn på, at personen har smerter?

- Ja, men personen kan ikke give udtryk for smerter grundet bevidstløsheden.
- Nej, der er ikke tale om et smerteskrig.



Dansk Sygeplejeråds Sygeplejefagdag 2008

Tirsdag den 22. januar 2008 afholder Dansk Sygeplejeråd 'Sygeplejefagdag 2008' i Odense Congress Center. Dagen byder bl.a. på tre hovedtalere og fire parallelsessioner.

Hovedtalere:

- Kim Manley, Head of Practice Development, Royal College of Nursing, England
- Lars Løkke Rasmussen, Indenrigs- og sundhedsminister
- Connie Kruckow, Dansk Sygeplejeråds formand

De fire parallelsessioner:

- Fra utopier og idealer til kvalificeret situationsbestemt klinisk praksis og uddannelse
Susan Rydahl Hansen, forskningsleder, cand.cur., ph.d., Bispebjerg Hospital
- Modsætningen mellem management og ledelse i offentligt regi – kan de leve uden hinanden?
Ole Fogh Kirkeby, professor, dr.phil., Copenhagen Business School
- Tavs uvidenhed, professionsblindhed og refleksion
Steen Wackerhausen, professor, mag.art. Aarhus Universitet
- Faggrænser – udfordringer og muligheder
Rasmus Antoft, adjunkt, ph.d., Aalborg Universitet

Eftermiddagen byder på paneldebat, hvor overskriften er 'Arbejdsdeling i sundhedsvæsenet – hvem skal lave hvad i fremtiden?'. Ydermere er der posterudstilling og overrækkelse af Firkløverprisen.

På DSRs hjemmeside kan du se det fulde program og en oversigt over de forskellige workshops. Tilmelding sker via hjemmesiden.

Frist for tilmelding er 1. december 2007.

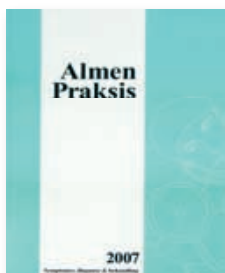
Klik ind på www.dsr.dk/fagdag

Pris

Medlemmer af Dansk Sygeplejeråd	kr. 600,00
Sygeplejestuderende, medlem af SLS	kr. 250,00
Ikke-medlemmer	kr. 1200,00



Fem ud af seks stjerner som lærebog



Forlagsgruppen
Almen Praksis 2007
3. udgave
990 sider – 395 kr.
ISBN 978-87-990318-3-2

Almen Praksis, så er der serveret. Opslagsværket er blevet udvidet fra 1.136 g til 1.475 g og er blevet så stort, at det ikke kan være i kittelommen.

2006-udgaven hed ”Praktisk Medicin, terapikompendium i almen praksis,” nu kvalificeres titlen med ordene ”Symptomer, diagnose og behandling.”

Hvad er der kommet ud af de ekstra 339 gram?

Et blik på indholdsfortegnelsen byder på et tagselv-bord af muligheder eller menuer, og navnet giver glade forventninger om et opslagsværk velegnet for konsultationssygeplejersker.

Min kollega og jeg gik sultne om bord i værket:

Jeg lagde ud med en patient med ulcus cruris. Det stod ikke i indholdsfortegnelsen, men sygeplejersker af den gamle skole må tænke sig om, og vi huskede så, at det også hed skinnbensår. Fint beskrevet og absolut brugbar vejledning i forskellen på arterielle og venøse bensår.

Min kollegas hors d'oeuvre var en patient, hvis lever-tal skulle kontrolleres. Hun slog op under levertal, klog af skade, for nu havde vi lært at bruge danske vendinger. Denne gang stod der også transaminaser i indholdsfortegnelsen. En god vejledning og genopfriskning af årsagerne til forhøjede værdier.

Som min næste ret, absolut obligatorisk at smage, valgte jeg blodtryk. Dagens første patient af slagsen kom med resultatet af sit hjemmeblodtryksarbejde. Stor var min ærgrelse, da jeg konstaterede, at fejlen fra sidste år ikke var rettet. Et hjemmeblodtryk skal være 135/85 efter retningslinjerne og ikke, som der står, 125/85, medmindre der f.eks. er nyresvigt. Bogen er bygget på seneste guidelines, står der i forordet.

Som hovedret valgte min kollega ekg, almindeligvis en tung ret, som dog her var overskuelig og veltillavet, men hun ville gerne have bogen med hjem til fordybelse.

Giv børnene glæde ved gryderne



Helle Brønnum Carlsen
Børn i køkkenet
– Carlsens kogeskole
Aschehoug Dansk Forlag A/S,
2007
169 sider – 199 kr.
ISBN: 978-87-11-26936-7

Det første, der mødte mit blik, var en stak røde pandekager på det sorte køkkenbord. Herefter gled øjnene hurtigt hen over den gigantiske stabel pletter og pander i vasken. Min datter var på opfordring i gang med at arbejdsteste en ny kogebog for børn. Godt nok er hun fyldt 16, og målgruppen er børn mellem ni og 11, men testet blev bogen og det endda over flere dage. Den første ret, hun købte ind til, var kung fu-kylling. ”Jeg vidste ikke, det var så dyrt at købe ind ...”

En velsmagende, lidt stærk ret med kylling, karry, nudler, kokosmælk og bambusskud. Den blev hurtigt tilberedt, og jeg kunne se på kokken, at hun nød sit arbejde.

”Men det er sjovt, at retten hedder det samme som dåserne,” bemærkede hun.

To dage senere stod den på pandekager med rødbede rullet sammen om lammefyld. Ikke helt så smagsmættet som kyllingen, men en smuk ret, der også gav overskud til en madpakke.

Ikke nok med det. Familien har desuden nedsvælget to friske smoothies bestående af henholdsvis banan og jordbær og en række andre ingredienser. Opskriften på jordbærsmoothie står ikke i bogen, den ekstemperede kokken sig til, men det er vel lige netop meningen med

Min dessert var en overvægtig patient, som havde tabt 27 kg på to år. Under obesitas læste jeg indigneret, at forfatteren mente, at kostomlægning ”mest optimalt foretages via diætist.” Noget af et postulat, og jeg vil gerne henvises til artikler, som beviser det.

Min kollega var ved at være mæt, men syntes, der var plads til at slå INR op vedrørende formiddagens sidste forsøgsperson. Emnet var let at finde i registeret, men hun havde ikke tid til at sætte sig ind i de anviste skemaer. Hun ville gerne have bogen med hjem.

Vi rundede af med at lede forgæves efter diætvejledning for patienter i antikoagulationsbehandling.

Kaffen blev den dag indtaget samtidig med, at vi bladrede i de nye kapitler i bogen, bl.a. om hjemmepleje, livsstilssygdomme og kroniske folkesygdomme. Alle viser de, at værket er fulgt med tiden.

Da bogen nu er blevet krydret med ICPC-koder, vil det være en god hjælp at have netversionen liggende på pc-skrivebordet for at slå op via koderne, når man støder ind i et problem med en patient.

Bogen, som er sponsoreret af medicinalindustrien, kalder sig et opslagsværk og er ikke ment som lærebog. Den stod for længe som opslagsværk på hylden i vores lægekonsultation, for det er nødvendigt at sætte sig grundigt ind i bogens opbygning for at få hurtige resultater af sin søgning. Men da den kom hjem og blev studeret nøjere, fandt vi ud af, at den var rigtig god som lærebog, hvor den får 5 ud af 6 stjerner. Som opslagsbog må den nøjes med 3½ stjerne. Betjeningen mht. at få menneskelig hjælp til at komme på netversionen giver vi også 5 stjerner.

*Af Michala Schultz-Larsen,
konsultationssygeplejerske, ansat i en lægepraksis i Virum.*

en ordentlig kogebog. Den skal give blod på tanden. Det gør denne bog, og i tillæg er den smuk, billederne appetitlige (fik I den?) og de i alt 70 opskrifter er nemme at gå til. Sortimentet strækker sig fra kartoffelkager over laksetærte til vietnamesiske forårsruller.

Mindre børn skal have lidt støtte til tilberedningen, men det er dejligt at lave mad i fællesskab, så pyt med det.

Carlsens kogeskole startede som et eksperiment på Zahles Seminarium, og bogen er skabt i samarbejde med de børn, der deltog i kogeskolen, og studerende med linjefag i hjemkundskab. Et stort hep til dem og deres lærer, bogens forfatter.

Udtryk som BMI, overvægt, fedmeepidemi og sundhed er ikke at finde i bogen, det er derimod æstetik, begejstring og nydelse, der er den direkte ledetråd i værket, og mon ikke det er en god idé at tage hul på madlavning ad den vej? For voksne, der aldrig har fundet glæden ved gryderne, er det tilladt at snigkøbe bogen til eget brug.

*Af Jette Bagh, fagredaktør på Sygeplejersken,
med inspiration fra Nanna.*

Gribende film om omsorgssvigt

Fra 2000 til 2006 fulgte *Anja Dalhoff Lissi* og *Michael*. I 2000 får de sønnen *Marc*. Lissis to børn fra tidligere ægteskab er begge anbragt uden for hjemmet med begrundelsen: omsorgssvigt. Myndighedernes øjne hviler derfor på familien fra starten. Efter nogle turbulente måneder bliver *Marc* anbragt på Glostrup Observationshjem. Kort tid efter anbringelsen bliver *Lissi* atter gravid. *Daniel* kommer til verden, og socialforvaltningen beslutter, at han skal anbringes i plejefamilie direkte fra fødeafdelingen. Fem dage efter fødselen omgøres denne beslutning af kommunens børne- unge-udvalg, og *Daniel* udskrives til forældrene. I hjemmet sættes ind med støtte af hjemmekonsulent tre gange om ugen, sundhedsplejerske en gang om ugen og i en periode også familievejleder, som iværksætter et længerevarende *Marte Meo*-forløb. Ni måneder gammel bliver *Daniel*, efter et indlæggelsesforløb på Hvidovre Hospital, anbragt på Glostrup Observationshjem pga. dårlig trivsel og stærkt forsinket udvikling. Efter anbringelsen af *Daniel* begynder *Lissi* at genoptage kontakten til datteren *Jeanne*, som er anbragt på Skodsborg Observationshjem og på vej ud i en plejefamilie. Kontakten imellem mor og datter bliver gradvis opbygget, og da vi slipper familien, skal *Jeanne* prøve at overnatte hos *Lissi* og *Michael*. *Lissi* runder af med at sige, at ”*Jeanne* er den af mine børn, som jeg har haft størst succes med.”

Historien bliver primært fortalt af forældrene. Vi følger deres følelsesmæssige rutsjeture, deres arbejde på at blive ”gode nok forældre,” deres bestræbelser på at være forældre for deres anbragte børn under overvåget samvær, og vi hører undervejs deres tanker om det, der sker i deres familie. *Michael* er bekymret for *Marc*, som i løbet af sit kun 3½-årige liv har oplevet 10 forskellige skift i miljø og i den alder kan formulere:

”Jeg tror ikke på nogen, jeg skal passe på mig selv.”

Vi følger den sympatiske hjemmekonsulent *Bentes* arbejde i familien og får et indblik i hendes vanskelige og modsætningsfyldte arbejdssituation. Hun skal vejlede, opmuntre og understøtte ressourcer og samtidig være kontrol og formidle, når forældrene ikke slår til. Et velkendt dilemma også i sundhedsplejerskearbejdet.

Det er meget gribende at følge *Lissi*, *Michael* og deres børn. Filmen blev i forsommeren sendt i tre afsnit i tv, desværre lidt sent på aftenen. Sendetidspunktet er måske årsagen til, at den ikke har akkumuleret de avisoverskrifter, den fortjener, om sårbare familier, deres børn, den samfundsmæssige vridemaskine og tilfældighederens spil.

Af *Hanne Lindhardt*, sundhedsplejerske,
ansat i *Furesø Kommune*.



Danish Doc Production og
Det Danske Filminstitut
Seks år med Lissi og Michael
Dokumentarfilm af *Anja Dalhoff*
Tre film a 40 minutter
Filmene kan bestilles på
Det Danske Filminstitut
(www.dfi.dk/DifKataloget)
eller lånes på biblioteket

Perfektion i sigte! Optikservice

Alle gængse fabrikater



OBS! Nu også HD Scoper

Prøv et uovertruffet servicekoncept med lynhurtig ekspedition

Reparation eller byt til nyt efter tilbud
Step by step reparations status & grafik

- Arthroscopi
- Otolaryngologi
- Cystoskopi
- Spinal kirurgi
- Laparoscopi
- M.fl.

Kontakt os venligst for mere
information ☎ 7026 0004

Anæstesi, intensiv & kirurgi
Flere end 20.000 artikler



psykoterapeutisk institut århus

Grundlagt af *Christine Byriel*
psykoterapeut MPF

Psykoterapeutisk uddannelse

- 2-årig grunduddannelse
- 3. og 4. års overbygning
- Assertion, supervision, klinik

Telefon 7021 3140
www.piaa.dk

Mariatjenesten

søger
frivillige medarbejdere

Har du hjerterum, et åbent sind og lyst til at engagere dig i samfundets skæve eksistenser på Vesterbro, så har Kirkens Korshær brug for dig til:

Mariatjenesten i Mariakirken, Istedgade. Et værested for alle. Vi søger frivillige (25+) til dag- eller aftenvagter ca. én gang om ugen.

Herberget i Valdemarsgade. Overnatning kun for kvinder. Vi søger frivillige (kvinder 25+). Det er muligt at sove på vagten. Herberget drives i samarbejde med Diakonissestiftelsen.

Miljøet er præget af misbrug, hjemløshed, psykisk sygdom og prostitution.

Ring for flere oplysninger:

Johan Petersen eller Karin Zorn
Mariatjenesten
Istedgade 20, 1650 København V
Tlf.: 33 24 50 50 hverdage kl. 10-12

Kirkens Korshær er en folkekirkelig hjælpeorganisation, der har sit virke blandt samfundets marginaliserede og udstødte grupper. Kirkens Korshær har 380 ansatte og ca. 6000 frivillige medarbejdere.

5 FAGLIGE MINUTTER SKRIVES PÅ SKIFT AF FIRE SYGEPLEJERSKER:



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



Jørn Ditlev Eriksen,
sygeplejerske, for-
stander på botilbud-
det Slotsvænget,
Lyngby/Taarbæk
Kommune.



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



Birgitte Harild,
sygeplejerske,
leder af visitations-
afdelingen i Frede-
riksværk/Hundested
Kommune.

Arbejdsglæde

Arbejdsglæde er fælles tema for 5 faglige minutter i *Sygeplejersken* nr. 17, 18, 19, og 20. Læs hvilke associationer ordet har givet skribenterne, og skriv om din opfattelse af arbejdsglæde i bunden af denne klumme på www.sygeplejersken.dk

D+årlig+led+else = arbejdssorg

En god kollega kører hver morgen klokken 7.11 med linje 29 ind mod byen for at komme på arbejde. Buschaufføren, som efterhånden kender min kollega, afslutter den tidlige morgenkontakt med et "god arbejdslyst," inden han igen klapper dørene i.

Men hvordan er det med den gode arbejdslyst, hvordan er det med arbejdsglæden?

Jeg har spurgt mig for og kan konstatere, at svarene rummer en vis distance fra "Arbejdsglæde, det er, når jeg har fri" til "arbejdsglæde, det er penge og magt."

Googler man ordet, får man ikke færre end 173.000 hit. Så arbejdsglæde er der på en eller anden led nok af.

Men der mangler en brik i puslespillet: Arbejdsglæde hænger sammen med ledelse.

Der er tryk på forlagene udgivelser om ledelse og coaching. Et utal af titler omhandler variationer over begge emner, og det fremgår klart, at det ikke er småting, man skal kunne som leder. Ingen er naturligvis forpligtet ud over sine evner, men et krav til god ledelse er, at den praktiseres med kendskab til disse evner og dermed også deres begrænsninger. Vi stiller alle store krav til den arme sjæl, der har påtaget sig lederskabet, og ve hende, hvis hun ikke lever op til forventningerne.

"Omgivet af løgnere" hedder en af de nye bøger om ledelse. Titlen hentyder til det uomtvistelige faktum, at det hører til sjældenhederne, at en ansat er ærlig over for sin leder, før efterlønbeviset eller et nyt ansættelsesbevis ligger trygt og godt i lommen.

Man bliver forhåbentlig ikke ansat som leder ved et tilfældigt match mellem egenskaber og arbejdsplads, men pga. evner, opfindsomhed og styrke.

Årsagen er indlysende: Dårlig ledelse giver arbejdssorg. Findes der arbejdsglæde, findes der også en modsætning i form af den tyngende apati, der opstår, når eller hvis ledelse fremtræder som en kombination af uarbejdsomhed, uengagerethed og alt muligt andet, der begynder med u.

Alvorlig arbejdssorg ramte mig og de øvrige ansatte ved Kommunehospitalet i København, da det i 1987 lukkede kort efter en omfattende og bekostelig renovering af dele af hospitalet. Fællesskabet bristede, gode kolleger blev spredt for alle vinde, og tristheden var enorm og gav sig udslag i ejendommelig opførsel, som jeg ikke vil afsløre her.

Arbejdssorg kan også opstå, når dygtig ledelse ophører. Måske fordi lederen rejser sin vej, måske fordi organisationen ændrer retning. Den gode stemning, de klare udmeldinger og den karismatiske person med den sunde psyke efterlader et savn, som det tager mindst et par efterfølgere at dulme.

God ledelse har for mig betydning af arbejdsmiljø præget af anerkendelse og nærvær i en fin balance med ansvar og autonomi til medarbejderen. God ledelse giver arbejdsglæde, fordi målene for arbejdet er fælles og vejen klar og tydelig. Er ledelse en mangelvare i dagligdagen, bliver gruppen, stor eller lille, homogen eller ej, vild. Det bliver grupper uden styring. De enkelte gruppemedlemmer beskytter deres egne privilegier, og anarkiet blomstrer. Det betyder, at de ressourcer, der er til rådighed, ikke bliver brugt fuldt og helt.

Det er de færreste, der smører et væg til væg-smil på, når de betræder arbejdspladsen. Mindre kan også gøre det, og for de mange ledende kvinder i sundhedssektoren er det f.eks. i orden at glæde sig over en ny undersøgelse, der netop har vist, at både mænd og kvinder foretrækker kvindelige ledere.

På den baggrund vil jeg ønske læseren god arbejdslyst. Ikke et hypermoderne udtryk, der bliver sms'et mange gange om dagen, men solidt og godt. Og det kan vel smitte af på arbejdsglæden.

jb@dsr.dk

"Findes der arbejdsglæde, findes der også en modsætning i form af den tyngende apati, der opstår, når eller hvis ledelse fremtræder som en kombination af uarbejdsomhed, uengagerethed og alt muligt andet, der begynder med u."