


- 
- Kvinder bliver syge af dårlig ledelse • 4
Dansk Sygeplejeråd udfordrer Folketinget • 8
En sygeplejestuderendes oplevelse af den første praktik • 14
Kommunalreformen skaber usikkerhed blandt sygeplejersker • 22

SYGEPLEJERSKEN 9

Når patienten
skader sig selv. 38

En ny kurs i sundhedspolitikken

- der skal oprustes på sundhedsfremme og forebyggelse



Danmark har ondt i folkesundheden. Statistikkerne viser, at problemet er massivt:

- En kommune med 50.000 indbyggere har i gennemsnit ca. 20.000 overvægtige borgere, 10.500 rygere, 4.700 med et for stort alkoholforbrug og 17.000 voksne, der ikke er tilstrækkeligt fysisk aktive.
- Samme kommune har også ca. 2.000 hjertepatienter, 2.000 KOL-patienter, 2-3.000 med diabetes, 2.300 med kræft, 2.000 med depression og 2.000 med angst, 8.000 borgere med muskel- og skeletsygdom (bl.a. gigt og ryg sygdomme), 3.000 med knogleskørhed og 8-10.000 med overfølsomhedssygdomme (bl.a. astma).

Den udvikling skal vendes! Det kræver, at vi fremmer borgernes sundhed og forebygger sygdomme meget mere systematisk end i dag.

Kort sagt: Den danske sundhedspolitik trænger til et kursskifte. Et markant et af slagsen! Og hellere i dag end i morgen. Vi har brug for nationale mål, som forpligter kommuner og regioner til at øge indsatsen. Derfor har Dansk Sygeplejeråd lanceret et forslag om en National handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse.

Du kan læse handleplanen på dsr.dk. Her kan du også se mere om de debatmøder om handleplanen, som Dansk Sygeplejeråd gerne vil invitere dig til.

**Chefredaktør**

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

**Redaktionssekretær**

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

**Redaktør**

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

**Sygeplejefaglig medarbejder**

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

**Journalist**

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

**Journalist**

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

**Journalist**

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

**Journalist**

Grethe Kjærgaard (DJ)
gk@dsr.dk
Tlf.: 4695 4181

**Webjournalist**

Lars Flindt Pedersen (DJ)
lfp@dsr.dk
Tlf.: 4695 4192

**forebyggelse**

- 8 Dansk Sygeplejeråd udfordrer Folketinget**
12 Forebyggelse kan være en god forretning

uddannelse

- 14 En sygeplejestuderendes liv – den første praktik**

valg til lokale bestyrelser

- 17 Hvorfor amtsbestyrelsesmedlem?**

fremtidens DSR

- 18 Efter chokkongressen: Uenighed om køreplan for ny struktur**

struktur

- 22 Reform giver usikkerhed**
26 Vi er vant til forandringer
28 Politiker: Specialer og skadestuer bliver forandret
29 Hjemmesygeplejen får en stor udfordring

fag

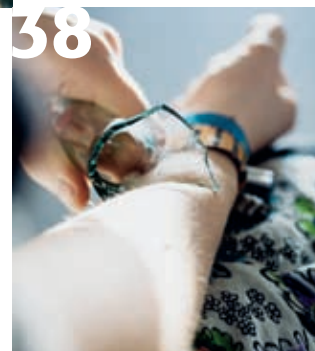
- 38 Når patienten skader sig selv**



8



14



38

i hvert nummer

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 4 Aktuelt | 37 Faglig information |
| 30 Dansk Sygeplejeråd mener | 42 Dilemma |
| 30 Debat | 43 Anmeldelser |
| 33 Synspunkt | 44 Fem faglige minutter |
| 34 In memoriam | 45 Stillingsannoncer |
| 34 Navne | 59 Kurser/Møder/Meddelelser |
| 36 Resumeer | |

Forsidefoto: Søren Svendsen

Sygeplejerske Birgitte Bruun er til King Kong, sygeplejerske Helle Larsen til leopardpletter.

Står fast i leopardpletter

Afdelingsgummistøvler. Glatte gulve i gamle badeværelser har gjort det til en risikabel opgave at bade patienterne i Medicinsk afdeling M3 på Sygehus Nord i Thisted.

Før i tiden altså. For nu har afdelingssygeplejerske Ane Dragsbæk resolut indkøbt skridsikre gummistøvler til personalet.

De kan selv vælge, om de vil stå fast i leopardpletter eller i støvler med King Kong-motiv, og det gør de med stor tilfredshed.

De glade gummistøvler var egentlig en nødløsning på et problem, som personalet bragte frem ved en APV (arbejdspladsvurdering).

Men selv om afdelingens fire gamle badeværelser fik ny skridsikker belægning, ville Ane Dragsbæk ikke smide gummistøvlerne ud igen.

"For en ekstra gevinst er, at man slipper for våde sokker. De blå plastikovertræk dækker ikke nær så godt," siger hun.

(kb)



FOTO: LARS HORN

Kvinder bliver syge af dårlig ledelse

Af Kirsten Bjørnsson, journalist

Risikofordobling. En undersøgelse viser, at det ikke er de samme arbejdsmiljøproblemer, der ligger bag langtidssygdom hos mænd og kvinder. Kvinder er især i risiko, hvis de oplever problemer i ledelsen.

Utilfredshed med ledelsen, manglende anerkendelse og modstridende eller uklare krav i jobbet giver større risiko for langtidssygdom – hvis man er en kvinde. En undersøgelse fra Arbejdsmiljøinstituttet AMI viser, at belastninger i arbejdsmiljøet virker forskelligt på kvinder og mænd. En leder, der ikke kan lytte eller løse konflikter, fordobler f.eks. kvinders risiko for langtidssygdom. Rollekonflikter og uklare krav, som når den nærmeste chef siger ét, mens den næste i hierarkiet siger noget andet, tredobler kvinders risiko.

Arbejdsmiljøkonsulent Kirsten Holmboe, Dansk Sygeplejeråd, Århus amtskreds, kan umiddelbart genkende disse risikofaktorer fra

amtskredsens arbejde med udbændte sygeplejersker. "Hvis man er blevet syg, kan det gøre en verden til forskel, hvordan ledelsen håndterer det," siger hun. "Fra nogle sygemeldte hører jeg: Det er fantastisk, jeg har bare fået så meget hjælp. Andre har fået besked på at ringe en gang om ugen for at fortælle, hvordan de har det, og siger: Jeg bliver næsten mere syg, hver gang jeg skal ringe..."

Et fælles træk hos de sygeplejersker, der ender med at være længe væk fra jobbet, er, at de ikke oplever at blive set som den person, de er. Og mange har oplevet, at de ikke får klare meldinger fra ledelsen om, hvordan de skal prioritere i hverdagen.

"Det må I finde ud af!" Eller "I skal bare nå det, så må I gøre lidt mindre ud af den enkelte patient," er meldinger, som Kirsten Holmboe også mange gange har hørt om.

Så ja, tydelige krav og en tydelig ledelse, der støtter og kan løse problemer, har tit været en mangelvare, når det går galt. "Men jeg kan sagtens forstå lederne, for de er også en del af et system, der hele tiden presser dem ovenfra," tilføjer Kirsten Holmboe.

AMI-undersøgelsen bekræfter, hvad mange kvindearbejdspladser havde på fornemmelser i forvejen. Men den viser samtidig en overraskende forskel på, hvad der gør mænd og kvinder syge. Oplevelsen af dårlig ledelse, manglende anerkendelse og modstridende krav udgør slet ikke den samme risiko for mænd som for kvinder. Mænd bliver til gengæld oftere langtidssyge, hvis deres job stiller

store følelsesmæssige krav, og de er nødt til at skjule deres følelser. Hvad kvinder ikke bliver tilsvarende syge af.

Undersøgelsens resultater gælder generelt for de danske lønmodtagere, og der er taget højde for andre faktorer som alder, kendte sundhedsproblemer og uddannelse.

"Man skal ikke udelukkende se arbejdsmiljøproblemet som det, der udløser sygdommen," pointerer AMI-forskeren Thomas Lund.

"Der vil være et underliggende helbredsproblem, og det kan have noget med arbejdsmiljøet at gøre. Men selv om det ikke har, kan arbejdsmiljøet være en af de ting, der gør sygefraværet til langtidssygefravær."

AMI har set på de enkelte arbejdsmiljøbelastninger hver for sig. Derfor viser undersøgelsen ikke, hvor meget det forstærker risikoen, hvis en kvinde f.eks. både har en dårlig chef, mangler anerkendelse i sit arbejde og oplever modstridende krav.

"Men vi ved fra andre undersøgelser, at det helt klart har en forstærkende effekt, når der er flere risikofaktorer samtidig," siger Thomas Lund. "Vi ved også, at der er en synergieffekt, hvis der både er psykiske belastninger og fysiske som tunge løft og ubekvemme arbejdsstillinger. De forstærker hinanden, så 1+1 bliver 3. Hvis man er en kvinde. Det gælder kun for kvinder, ikke for mænd, og det er måske en af forklaringerne på, at kvinder bliver mere langtidssyge."

Læs mere på www.ami.dk

Hold øje med unge, der skader sig selv

Af Susanne Bloch Kjeldsen, journalist

Snitsår. Risikoen for at dø af selvmord er højest blandt sårbare unge, derfor er der grund til at være opmærksom på unge, der skader sig selv. Et nyt interventionsprojekt, *Travellers*, skal hjælpe unge med selvskadende adfærd til at blive bedre til at mestre livet.

Der er god grund til at være opmærksom på unge piger med selvdestruktiv adfærd. Det er typisk piger, der lider af spiseforstyrrelser, og som snitter sig på kroppen med skarpe genstande – fænomenet "cutting." Tal fra Center for Selvmordsforskning viser, at f.eks. unge med spiseforstyrrelser har 3 1/2 gange højere risiko for at dø af selvmord end deres jævnaldrende i gruppen af 15-24-årige. Næst efter trafikulykker er selvmord den hyppigste dødsårsag for unge. I perioden 1990-2003 steg raten for selvmordsforsøg blandt piger i alderen 15-19 år med 322 pct.

Center for Selvmordsforskning har netop iværksat et forskningsbaseret interventionsprojekt, der hedder *Travellers*, som er støttet af Socialministeriet. Foreløbig er det et pilotprojekt på Fyn, men i løbet af 2006 skal det bredes ud til hele landet. Det er et gratis tilbud til alle unge mellem 13 og 25 år, og det er målrettet unge med tegn på en spiseforstyrrelse. På enkelte skoler i Århus, København og Odense bliver projektet udvidet, så også unge med andre psykiske problemer,

f.eks. unge "cuttere" eller andre med selvskadende adfærd, kan henvises.

Travellers er et newzealandsk koncept, der går ud på at få de unge til at forestille sig, at de er rejsende i deres eget liv, hvor de uundgåeligt vil møde forhindringer og forandringer. De mødes i grupper på ca. otte en gang om ugen i otte uger med deltagelse af en psykolog. Formålet er at støtte dem i at tilegne sig nye konstruktive copingstrategier. I New Zealand er projektet et tilbud til alle sårbare unge i 9. klasse, og det foregår på skolerne.

"Vi laver bl.a. et livskort, hvor vi synliggør de unges netværk. Mange af dem giver udtryk for, at der ikke er nogen i hele verden, de kan henvende sig til. Vi prøver at se på, om der ikke er en eller anden, de har tillid til. En onkel eller en tidligere nabo, som de engang havde et godt forhold til. De kan også drage nytte af hinandens erfaringer i de gruppeforløb, vi arrangerer," fortæller psykolog Agnete Lyngbye Kramme fra Center for Selvmordsforskning i Odense.

Alle, der er i kontakt med unge, f.eks. sygeplejersker på skadestuer, medicinske afdelinger, sundhedsplejersker og sygeplejersker i børne- og ungdomspsykiatrien, kan henvise unge til projektet.

Yderligere information om projektet kan fås på www.selvmordsforskning.dk under "projekter."

Læs i øvrigt den sygeplejefaglige artikel "Når patienten skader sig selv" på side 38.

Avis indklaget for Pressenævnet i sag om hvid hjemmehjælp

Af Lotte Havemann, journalist

Krænket? Sygeplejerske Özlem Cekiç, repræsenteret ved Dokumentations- og Rådgivningscentret for Racediskrimination (DRC), har indklaget Nordjyske Stiftstidende for Pressenævnet. Avisen anklages for at have skrevet, at Özlem Cekiç ikke ønskede at svare på kritiske spørgsmål om Mangfoldighedsnetværkets arbejdsmetoder eller konklusioner.

"Det er en grov fordrejning og manipulation af forløbet, idet jeg blot har henvist til, at sagen er under behandling hos Dokumentations- og rådgivningscentret om Racediskrimination (DRC) og jeg derfor bad journalisterne om at få en udtalelse derfra," skriver Özlem Cekiç i et brev til Nordjyske Stiftstidende, som *Sygeplejersken* har fået udleveret af DRC.

Hertil svarer avisen, at den i et interview forsøgte at stille Özlem Cekiç en række relevante spørgsmål, som hun fem gange gav udtryk for, at hun ikke ville kommentere. Uenigheden har rod i en undersøgelse, som Mangfoldighedsnetværket – med Özlem Cekiç som formand – foretog ved en rundringning til otte kommuner. Ud fra samtalerne konkluderede Mangfoldighedsnetværket, at det var muligt at bestille hvid hjemmehjælp i syv ud af otte kommuner. Nordjyske Stiftstidende bragte den 12. februar en række kritiske artikler, som satte spørgsmålstegn ved, om der i undersøgelsen var dækning for at drage denne konklusion (se også artikel i *Sygeplejersken* nr. 4/2006).

Nordjyske Stiftstidende og andre medier har ved flere lejligheder skrevet, at Mangfoldighedsnetværket hører under Dansk Sygeplejeråd. Det er, som vi skrev i nr. 4/2006, ikke korrekt, men det skal tilføjes, at de pågældende medier har været i god tro, da Mangfoldighedsnetværket ved flere lejligheder har været kædet sammen med Dansk Sygeplejeråd. Özlem Cekiç tilføjer over for *Sygeplejersken*, at Mangfoldighedsnetværket er ved at udvide til at omfatte flere faggrupper end sygeplejersker.

Hjemmeside om faldforebyggelse

Vidensbank. Det europæiske netværk til faldforebyggelse PROFANE har oprettet en hjemmeside.

Det fireårige netværksprojekt, der blev indledt i 2003, har partnere fra 15 europæiske lande.

På hjemmesiden www.profane.eu.org er der links til falddatabaser og statistikker for hoftebrud, afdækning af faldrisiko og projektresultater. Over hjemmesiden kan man også tilmelde sig projektets nyhedsbreve.

(kb)

Skatteorientering i nr. 7.

Selvangivelsen. Den årlige artikel om sygeplejerskens selvangivelse bringes i *Sygeplejersken* nr. 7, der udkommer den 7. april.

"I et humanistisk, demokratisk samfund kan man ikke tillade sig for store forskelle i befolkningens sundhedstilstand. Finder man et objektivi t mål for, at man i dele af landet har en meget dårlig sundhedsstilstand, må man måske gribe ind. Der er stor social ulighed i sundhed og store regionale forskelle. Det er vigtigt at få dem belyst."

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

Vidste du at ...

... 7 pct. af sundhedsudgifterne i EU skyldes fedme?

Kilde: EU. Grønbog om overvægt, fedme og kroniske sygdomme, 2005.

Region spørger borgere om sundhed

Viden om. Den kommende Region Midtjylland er ved at spørge 30.000 borgere ud om deres sundhedsvaner.

Borgerne har fået spørgeskemaer med spørgsmål om kost- og motionsvaner, stress, alvorlig sygdom og meget mere. Målet er så mange besvarelser, at der kan tegnes sundhedsprofiler for hver af de 19 kommuner i slutningen af 2006.

Undersøgelsen vil give regionen og de nye kommuner viden til at planlægge efter: Hvor mange af regionens 1,2 mio. indbyggere der har brug for genoptræning. Hvor mange der har brug for kostvejledning. Om en bestemt sundhedsrisiko er særlig udbredt i bestemte boligområder eller på bestemte arbejdspladser osv. (kb)

Læs mere på www.sundhed.dk/info/folkesundhed



www.dsr.dk

Information om sygeplejerskeportalen

Er dine medlemsoplysninger korrekte?

På forsiden af www.dsr.dk har du mulighed for at tjekke dine medlemsoplysninger.

For at få adgang til oplysningerne skal du logge ind med dit medlemsnummer og password.

Under medlemsoplysninger kan du f.eks. ændre dit navn, adresse, telefonnummer, arbejdssted, stilling m.v.

Dansk Sygeplejeråd har brug for korrekte medlemsoplysninger. Det gælder f.eks., når vi sender overenskomster og arbejdstidsaftaler ud til vores medlemmer. Når dit arbejdssted er registreret korrekt, sikrer vi os, at du får tilsendt det materiale, som gælder for dig.

Dansk Sygeplejeråd efterlyser desuden din e-mail-adresse. Det giver os mulighed for at tilbyde dig forskellige medlemsservicer via e-mail, ligesom det gør det nemmere og hurtigere for os at komme i kontakt med dig.

Se valggyser på dsr.dk

Du kan se eller gense valggyseren fra Dansk Sygeplejeråds ekstraordinære kongres den 1. og 2. marts – hvis du tør. På <http://www.dsr.dk/msite/struktur> er det nemlig muligt at se video fra kongressen, hvor Dansk Sygeplejeråds fremtidige struktur skulle afgøres. Til dem, der ikke allerede ved det, endte afstemningen uafgjort. På videoen, der er et sammendrag, er det muligt at se de spontane reaktioner fra kongressens delegerede, da valgresultatet blev offentliggjort. Man kan også se taler, debatter og meget mere.

Mange fulgte kongressen live hjemmefra eller fra arbejde, viser statistikken over brugere på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside. En optælling viser, at der i alt har været 733 brugere de to dage, kongressen stod på.

Valgoplæg indtastes elektronisk

Der skal vælges 15 nye amtsbestyrelser i Dansk Sygeplejeråd, og valgene foregår i perioden fra den 5. maj til den 29. maj. Opstillingsfristen for kandidater til bestyrelserne er fastsat til **den 7. april**. Alle aktive medlemmer af Dansk Sygeplejeråd kan stille op til tillidsposterne i Dansk Sygeplejeråds amtsbestyrelser efter regler, der er omtalt andetsteds i dette nummer af *Sygeplejersken* og på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside på adressen www.dsr.dk

Alle kandidater præsenteres med valgoplæg i et særligt valgnummer af *Sygeplejersken*, som udkommer den 5. maj.

Kandidaterne skal indtaste deres valgoplæg i en skabelon, som findes på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside under "Valg til lokale bestyrelser 2006". Her er også en vejledning i, hvordan man gør. Kandidatansøgningen bliver automatisk sendt til den amtskreds, hvor man er opstillings- og stemmeberettiget.



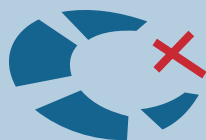
Pia Gede Nielsen,
webredaktør,
pgn@dsr.dk



Lars Flindt Pedersen,
webjournalist,
lfp@dsr.dk



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



Vil du have indflydelse og nye kompetencer?

Vi tilbyder

Dansk Sygeplejeråd afholder valg til lokale bestyrelser fra **5. maj til 29. maj 2006**. Her skal en lang række bestyrelsesposter besættes med medlemmer, der har lyst til at være med til at præge Dansk Sygeplejeråd og sætte dagsordenen for fremtidens sundhedsvæsen.

De kommende års arbejde i bestyrelserne tegner særdeles spændende, fordi sygeplejerskers rolle og sundhedsvæsenets organisering er under stærk forandring. Hvis du vil have mulighed for at sætte dit fingeraftryk der, hvor beslutningerne træffes, så stil op til bestyrelsesvalget.

Du får

- indflydelse på Dansk Sygeplejeråds fremtidige struktur
- indflydelse på bl.a. sundhedspolitik, fagets udvikling, din egen fagforening og på din egen og dine kollegers løn- og arbejdsforhold
- nye netværk
- gode uddannelsesmuligheder
- personlig udvikling
- tjenestefri med løn til deltagelse i møder.

Vi forventer

- at du har aktivt medlemskab af Dansk Sygeplejeråd
- at du har engagement og holdninger til dit fag og dets udvikling
- at du vil være med til at varetage medlemmernes interesser
- at du har lyst til og mulighed for at afsætte tid til møder og forberedelse til bestyrelsesarbejdet.

Sidste frist for opstilling

7. april 2006.

Tiltrædelse

30. maj 2006.

Yderligere oplysninger

Læs om arbejdet i bestyrelserne som særskilt emne på www.dsr.dk, i Sygeplejersken eller kontakt din amtskreds og få svar på alle dine spørgsmål.

Stil op som lokalpolitiker i Dansk Sygeplejeråd





Dansk Sygeplejeråd

udfordrer

Hvad koster det? I en ny national handleplan har Dansk Sygeplejeråd set på regeringens egen sundhedsplan "Sund hele livet", sat mål for forebyggelsesindsatsen og beløb på, hvad det vil koste at gennemføre regeringens gode hensigter. Prisen er næsten 8 mia. kr. over fem år. Nu skal Folketinget overbevises om, at der ikke er råd til at lade være.

Der har været talt om det længe. Danskernes usunde livsstil med for meget fedt, sukker, cigaretter og alkohol og for lidt motion. Fra flere sider har det lydt, at der derfor er brug for mere forebyggelse og sundhedsfremme.

Regeringen har fremlagt sundhedsprogrammet "Sund hele livet," som dækker perioden 2002-2010, men hidtil er der ikke nogen, der har set på, hvad det vil koste, hvis vi for alvor skal bruge penge på at bekæmpe livsstilssygdomme som f.eks. diabetes, fedme og rygerlunger.

Alle er enige om, at det kommer til at



Folketinget

“Vi har ikke råd til at lade være.” Sådan lyder Dansk Sygeplejeråds vigtigste argument for, hvorfor det er nødvendigt at have en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse. Omkring 200 deltagere var mødt op i Landstingssalen på Christiansborg for at overvære offentliggørelsen af handleplanen “Forebyggelse er fremtiden” og lytte til de inviterede oplægsholdere.

►► **SÅ SYGE ER VI.** Sådan ser det ud i en helt almindelig kommune. Dansk Sygeplejeråd har taget udgangspunkt i en kommune med 50.000 indbyggere i regnestykket over, hvor mange personer der er syge eller har en eller flere risiko faktorer. Det drejer sig om:

- 20.000 overvægtige, heraf 3.800, der er svært overvægtige.
- 10.500 rygere, heraf 5.700 storrygere.
- 4.700 med et alkoholforbrug, der ligger over Sundhedsstyrelsens retningslinjer, heraf er ca. 2.000 afhængige.
- 17.000 voksne, der ikke er tilstrækkeligt fysisk aktive.
- 2.000 med hjertesygdomme.
- 2.000 med KOL.
- 2-3.000 med type 2-diabetes.
- 2.300 med kræft.
- 2.000 med depression.
- 2.000 med angst.
- 8.000 med langvarig muskel- og skeletsygdom, bl.a. gigt og ryggsygdomme.
- 3.000 med knogleskørhed.
- 8-10.000 med overfølsomhedssygdomme, heraf ca. 3.000 med astma.

Kilde: “Forebyggelse er fremtiden – et forslag til en National handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse 2007-2011.”

koste ekstra, men spørgsmålet er, om vi har råd til at lade være.

I dag skyldes omkring 50 pct. af alle indlæggelser på sygehuse usund livsstil. Fortsætter udviklingen, vil det om 15 år gælde 70 pct. af alle sygdomme ifølge tal fra verdenssundhedsorganisationen WHO.

Prisen for at sætte effektivt ind med forebyggelse og sundhedsfremme over fem år er næsten 8 mia. kr. Det fremgår af rapporten “Forebyggelse er fremtiden – et forslag til en National handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse,” som

Dansk Sygeplejeråd offentliggjorde 10. marts på en konference på Christiansborg.

En ekspertgruppe i Dansk Sygeplejeråd har regnet på regeringens eget program “Sund hele livet” for at se, hvad det vil koste at gennemføre målene i programmet. Den udregning har regeringen nemlig ikke selv lavet.

”Det nye er, at vi har sat beløb på. Det koster 1,6 mia. kr. om året. Så er der nok nogle, der vil sige, at vi godt kan pakke sammen, det bliver alt for dyrt. Men det er en dråbe i havet i forhold til, at vi bru-

ger 97 mia. kr. om året på sundhedsvæsenet,” sagde formand for Dansk Sygeplejeråd, *Connie Kruckow*, da hun åbnede konferencen.

Omkring 200 deltagere var mødt op i Landstingssalen på Christiansborg. De fleste var sygeplejersker, men også mange kommunal- og regionsrådspolitikere deltog foruden enkelte folketingsmedlemmer.

Planen omfatter både den borgerrettede forebyggelse og den patientrettede forebyggelse af de otte folkesygdomme fra regeringens program, nemlig: hjertesygdomme, kronisk obstruktiv lungesygdom ►

Dansk Sygeplejeråds formand bliver interviewet til Radioavisen umiddelbart inden konferencen på Christiansborg.



► (KOL), type 2-diabetes, kræft, psykiske sygdomme, muskel- og skeletsygdomme, knogleskørhed og overfølsomhedssygdomme.

Konkrete mål for folkesundheden

Den nationale handleplan til forebyggelse og sundhedsfremme skal ifølge Dansk Sygeplejeråd være en pendant til Hjerteplanen og kræftplanerne. Der skal sættes konkrete mål for, hvor store forbedringer, der skal ske for folkesundheden, og hvor meget den sociale ulighed skal reduceres.

Grunden til, at Dansk Sygeplejeråd fremlægger handleplanen nu, er, at kommunerne fra 1. januar 2007 overtager hovedansvaret for sundhedsfremme og forebyggelse. Derudover får kommunerne også nye opgaver, uden at der følger ekstra penge med. Og penge skal der til i kommunerne, hvis der skal gøres en ekstra indsats.

Den kendte sundhedsøkonom, professor *Kjeld Møller Pedersen*, var én af de indbudte oplægsholdere på konferencen.

Han advarede mod at tro, man automatisk får en effekt, hvis man poster milliarder af kroner i forebyggelse.

”Alene det, at sygdom koster milliarder af kroner, og at det er en byrde, er ikke noget argument for, at det kan betale sig at gøre noget ved det,” anførte han.

Kjeld Møller Pedersen er dog enig med Dansk Sygeplejeråd i, at der skal investeres i forebyggelse i en periode, hvis man skal knække livsstilssygdommens opadgående kurve.

”Man skal så, før man kan høste, sådan hedder det der, hvor jeg kommer fra. Og det er en simpel konklusion, at hvis kommunerne skal have nye opgaver med sundhedsfremme og forebyggelse, så er det en meget dårlig begyndelse, hvis det skal være omkostningsneutralt.

Når interesseorganisationer skal melde

ud, hvad det koster, er det altid noget med milliarder. Jeg er enig i, at der skal investeres i folkesundhed, og så kan vi altid diskutere hvor meget,” sagde han.

Han gjorde opmærksom på, at der er en række barrierer, der skal overvindes, hvis man skal have samfundet til at prioritere flere ressourcer til forebyggelse.

”De fleste af os har ikke en tidshorisont, der rækker hele livet. Vi kan se de folk, der er syge her og nu, men ikke, at der er en *Hr. Jensen* og *Fru Sørensen*, der måske bliver syge af deres dårlige livsstil om 30 år. Vi kan vise, hvor dårligt en KOL-patient har det, men det virker ikke. Et eller andet sted tænker vi, at det er selvpåført.

I forhold til, hvis det er en person, der bliver kørt ned. Endelig skal vi ikke glemme, at den vigtigste part i den forebyggende indsats er én selv. Hvordan overvinder vi de barrierer, vi selv har i forhold til at leve sundt, det er noget af det, vi ikke forstår,” sagde Kjeld Møller Pedersen.

Det er din egen skyld

Netop det selvforskyldte var et af emnerne for flere oplægsholdere på konferencen. Er det måske ikke folks egen skyld, at de bliver for fede, ryger for mange cigaretter, drikker for mange øl, og at de ikke gider motionere?

Professor, dr.med. *Bente Klarlund* ►

►► **DET FORESLÅR HANDLEPLANEN.** Ifølge Dansk Sygeplejeråds forslag til en National handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse skal en kommune med de 50.000 indbyggere opruste den borgerrettede forebyggelse på tre fronter:

- Der skal bruges ca. 3 mio. kr. årligt på at give borgerne et KRAM. KRAM står for Kost, Rygning, Alkohol og Motion. Fire områder, hvor der er evidens for, at det betaler sig at sætte ind med forebyggelse. Hjemmeplejen, sundhedsplejen, dagtilbud, skoler, fritidstilbud, arbejdspladser og lokale fællesskaber skal involveres i indsatsen, som f.eks. skal målrettes i forhold til familier med risiko for overvægt eller for stort alkoholforbrug. Det kan også handle om at skabe fysisk aktive plejehjem og flere rygestopsamtaler.
- Der skal årligt bruges ca. 1,5 mio. kr. til at etablere individuelle og gruppebaserede rådgivningstilbud, hvor ca. 150 borgere tilbydes kostrådgivning, ca. 500 tilbydes rygestop, og ca. 150 får et motionstilbud.
- Der skal årligt bruges 1,5 mio. kr. til lokale oplysningskampagner og udviklingsprojekter.

Også den patientrettede forebyggelse er der fokus på i handleplanen: I en kommune med 50.000 indbyggere skal den patientrettede forebyggelse oprustes med rehabiliteringstilbud til ca.:

- 100 hjertepatienter
- 100 KOL-patienter
- 100 diabetespatienter med type 2-diabetes
- 240 kræftpatienter.

De centrale sundhedsmyndigheder skal ifølge handleplanen udarbejde nationale forskningsbaserede rehabiliteringsprogrammer for hver af de otte folkesygdomme, som indsatsen i kommuner og regioner skal tilrettelægges efter. I dag eksisterer der kun et rehabiliteringsprogram på hjerteområdet.

Kilde: ”Forebyggelse er fremtiden – et forslag til en National handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse 2007-2011.”



Valg til lokale bestyrelser 2006

Anmeldelse af kandidat

Kandidatoplysninger

Hvilket amtskreds, opstiller du i : _____

Vælg poster, som du opstiller til:

Formand

Bestyrelsen

Medlemmer, som udelukkende ønsker at opstille til formandsposten, skal kun sætte kryds i rubrikken "TIL FORMAND".

Medlemmer, som udelukkende ønsker at opstille som bestyrelsesmedlem, skal kun sætte kryds i rubrikken "TIL BESTYRELSESMEDLEM".

Personlige oplysninger

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr. og by: _____

E - mail: _____

Telefon: _____

Medlemsnummer: _____

Arbejdsrelaterede oplysninger

Ansættelsessted: _____

Afdeling/område: _____

Stilling _____

Undertegnede kandidat erklærer, at jeg er villig til at modtage valg.

Dato _____ Underskrift _____

Kandidatopstillingsblanketten skal være amtskredsen i hænde senest den 7.april.2006 kl. 15. Adresse på amtskredsen findes bagerst i "Sygeplejersken".

Valgoplæg

Kandidaterne sender valgoplæg elektronisk til "Sygeplejerskens redaktion" ved at benytte den skabelon, som er beregnet til formålet. Skabelonen findes på www.dsr.dk/valg2006. Skabelonen giver plads til maksimalt 1.040 anslag inklusive mellemrum. Kandidater, som har brug for indtastningshjælp, kan i god tid, inden opstillingsfristens udløb kontakte "Sygeplejerskens redaktion", på tlf. 46 95 41 91 /46 95 41 85 eller webredaktionen 46 95 41 07. Valgoplæg skal være fremsendt senest fredag den 7. april kl. 15.

Billeder kan sendes elektronisk sammen med valgoplæggene. Billedet skal være i jpg-format og i opløsning 300 dpi (dots per inch). Billede kan også fremsendes som papirkopi, diapositiv (lysbillede) eller på CD-rom til "Sygeplejerskens redaktion", att. Søren Palsbo, Postboks 1084, 1008 København, så det er redaktionen i hænde senest fredag den 7. april kl. 15. Billederne mærkes med tydeligt navn og angivelse af den amtskreds, som kandidaten opstiller i. Redaktionen har ikke adgang til tidligere modtagne fotos!

Valgoplægene bringes i et tilæg til "Sygeplejersken" nr. 9/2006

Forebyggelse kan være en god forretning

Det kan betale sig at satse på sundhedsfremme og forebyggelse. Et eksempel er diabetikere med sår på benene.

Professor, dr.med. *Allan Flyvbjerg*, der er formand for PatientForum, kom på konferencen med et eksempel på, hvor-

dan man kan spare 210 mio. kr. ved at satse på sårcentre.

Regnestykke:
Udgiften til 500 amputationer og 5.000 behandlinger af sår er 850 mio. kr. Ved

at bruge 100 mio. kr. på etablering af sårcentre kan man spare 40 pct. på amputationer og 30 pct. på sårbehandling. Det giver en samlet besparelse på 210 mio., når udgiften til sårcentrene er trukket fra.

► *Pedersen*, der er formand for Det Nationale Råd for Folkesundhed, citerede popgruppen TV-2 for sangen "Det er samfundets skyld."

"Vi skal ikke glemme, at vi har et ansvar for den måde, samfundet er tilrettelagt på," sagde hun og nævnte eksempelvis, hvordan man vælger at indrette cykelstier, og hvor nemt det er at få adgang til sodavand i skolerne.

Medicinaldirektør *Jens Kristian Gøtrik* fra Sundhedsstyrelsen var enig i, at det er nødvendigt at se på både, hvad den enkelte kan gøre, hvad sundhedsvæsenet kan bidrage med, og hvad der er samfundets opgave.

"Vi skal gøre det besværligt at ryge. Vi skal have røgen helt ud af samfundet," sagde han som eksempel på, hvad samfundet kan vælge at gøre.

Tallene i handleplanen viser også, at der er en stor social ulighed i forbindelse med sundhed.

"Det er ligefrem farligt at have en kort uddannelse," konkluderede *Connie Kruckow*.

"F.eks. kan en 30-årig mandlig københavn med lang uddannelse forvente at leve mere end syv år længere end en jævnaldrende med kort uddannelse. Derfor er sundhed ikke kun den enkeltes ansvar, men i høj grad også et samfundsanliggende," sagde hun.

Bente Klarlund Pedersen argumenterede for, hvorfor det er så vigtigt at sætte ind med den borgerrettede forebyggelse baseret på de fire KRAM-risikofaktorer, som står for: Kost, rygning, alkohol og motion.

"Det er de faktorer, som vi ved virker. Der er evidens for, at det betaler sig at give befolkningen et KRAM," sagde hun.

Forekomsten af fedme er 50 pct. højere for arbejdsløse end for den arbejdende del af befolkningen. Arbejdsløse har også et højere forbrug af alkohol og et mindre for-

brug af frugt og grønt end erhvervsaktive. Handleplanen konkluderer, at der er brug for sundhedsfremme og forebyggelse, der er målrettet forskellige dele af befolkningen.

Svært at finde 8 mia. kr.

Dansk Sygeplejeråd opfordrer til, at regeringen skal have lige så store ambitioner for sundhedsfremme og forebyggelse, som den har for at forkorte ventelisterne på sygehusene.

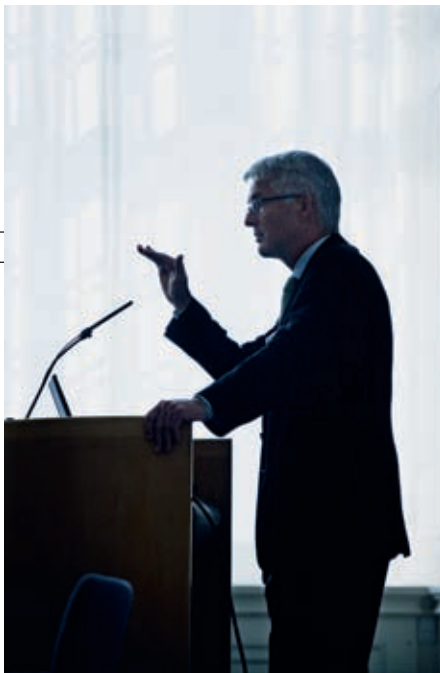
"Vi har ikke råd til at lade være."

"Det er et citat fra en kronik, som jeg skrev sammen med sundhedsministeren allerede for halvandet år siden. Nu håber jeg, at regeringen vil sætte handling bag ordene," sagde *Connie Kruckow* på konferencen.

Hun har allerede længe haft sin gang på Christiansborg for at lave lobbyarbejde hos partiernes medlemmer af Folketingets Sundhedsudvalg.



Professor, dr.med. *Bente Klarlund Pedersen*, formand for Det Nationale Råd for Folkesundhed, synes, de ny kommuner skal give borgerne et KRAM. Der er evidens for, at det betaler sig at forebygge inden for de fire KRAM-risikofaktorer. Det står for Kost, Rygning, Alkohol og Motion.



Flere ressourcer til sundhedsfremme og forebyggelse? "Det er et politisk spørgsmål," sagde medicinaldirektør i Sundhedsstyrelsen Jens Kristian Gøtrik og undgik dermed at blive afæsket en holdning til det spørgsmål.

Både Socialdemokraterne og Dansk Folkeparti bakker op om, at der skal bevilges flere penge til sundhedsfremme og forebyggelse.

Spørgsmålet er hvor mange penge, og hvor de skal komme fra.

Formand for Folketingets Sundhedsudvalg og sundhedspolitisk ordfører for Dansk Folkeparti, *Birthe Skaarup*, deltog ikke selv i konferencen.

Men hun siger efterfølgende til *Sygeple-*

jersken, at hun ikke ved, hvor hun skal finde de knap 8 mia. kr. til mere sundhedsfremme og forebyggelse, som handleplanen foreslår.

"Når jeg tænker på, hvor mange kræfter vi skulle bruge for at finde 1,1 mia. kr. til kræftbehandlingsplanen, så tror jeg, at det bliver svært at skabe flertal for at bevilge 8 mia. kr. til forebyggelse. Jeg er godt klar over, at hvis vi ikke satser på forebyggelse nu, så bliver det dyrt i den anden

ende. Ved finanslovforhandlingerne 2007 prioriterer vi at få kræftområdet op på internationalt niveau, men vi vil også prioritere forebyggelse," siger *Birthe Skaarup*.

I sidste ende er det Sundhedsstyrelsen, der har ansvaret for at prioritere den forebyggende og sundhedsfremmende indsats ud fra de ressourcer, der er. Medicinaldirektør *Jens Kristian Gøtrik* afviste på konferencen at udtale sig om, hvorvidt kommunerne kan løfte opgaverne i regeringens sundhedsprogram uden tilførsel af ekstra ressourcer.

"Det er et politisk spørgsmål," lød det fra *Jens Kristian Gøtrik*.

Med lanceringen af handleplanen har Dansk Sygeplejeråd langtfra sluppet taget i planen. Først nu begynder det politiske arbejde med at overbevise Folketinget.

Dansk Sygeplejeråd har også planer om tre debattmøder rundt om i landet i nær fremtid, hvor sygeplejersker har mulighed for at komme og høre om handleplanen og stille spørgsmål.

Sygeplejersken har uden held forsøgt at få en kommentar fra sundhedsminister *Lars Løkke Rasmussen* (V), som ikke deltog i konferencen, fordi han var på ferie.

"Forebyggelse er fremtiden" – et forslag til en National handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse 2007-2011" kan læses på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside: www.dsr.dk/msite/forebyggelse Planen findes både i en 90 sider lang udgave og en forkortet version.

Sundhedsøkonom og professor *Kjeld Møller Pedersen* er enig med Dansk Sygeplejeråd i, at der er brug for flere ressourcer, hvis livsstilssygdommenes stejle kurve skal knækkes.

►► **DET KOSTER DET.** Dansk Sygeplejeråd har regnet på regeringens eget sundhedsprogram "Sund hele livet" fra 2002 og set på, hvad det vil koste at føre de gode hensigter ud i livet. Det handler både om den borgerrettede sundhedsfremme og forebyggelse og om den patientrettede forebyggelse af de otte udvalgte sygdomme: hjertesygdomme, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), type 2-diabetes, kræft, psykiske sygdomme, muskel- og skeletsygdomme, knogleskørhed og overfølsomhedssygdomme.

Den samlede investering over fem år lyder på ca. 7,9 mia. kr. eller ca. 1,6 mia. kr. om året. Heraf koster den borgerrettede forebyggelse 880 mio. kr. og den patientrettede forebyggelse ca. 700 mio. kr. om året.

Kilde: "Forebyggelse er fremtiden – et forslag til en National handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse 2007-2011"



KAPITEL 1.

Første gang sygeplejestuderende *Kathe Vammen* optrådte i *Sygeplejersken*, var i september 2005, hvor hun var forsidemodel. Hun var netop startet på Sygeplejerskolen i Københavns Amt i Herlev. Kathe er mor til to og er 42 år. Redaktionen har besluttet at følge hende fra start, til hun dimitterer i 2009. Hvordan det går hende i klassen, til eksaminer og i praktikophold. Den første kanyle. Den første operation. Den første svære samtale med en patient, en pårørende eller en kollega. Store og små oplevelser, der betyder noget for en studerende. Dette er den første artikel.



Meningsfuldt. Kathe Vammen er sygeplejestuderende i sin første praktik på en hjertemedicinsk afdeling. Mødet med patienter og kolleger er med til at overbevise hende om, at hun har valgt den rigtige uddannelse.

En sygeplejestuderendes liv – den første praktik

”Kan du godt forstå, at jeg ikke orker mere?” Den ældre kvinde har været indlagt i over en uge på hjertemedicinsk afdeling pga. et hjerte, der er meget svagt. Det er første gang, *Kathe Vammen* står over for en patient, som giver op. Hvad siger man? Hun tager den ældre kvindes hånd og sætter sig i stolen ved siden af. Hun beslutter, at det nok er bedst ikke at sige noget.

Hun har været få uger i sin første praktik på Medicinsk afdeling M på Glostrup Amtssygehus, hvor hun begyndte den 6. februar 2006. Den ældre kvinde er én af de patienter, hun har hjulpet med personlig hygiejne og hjælp til øget respiration. I løbet af den uge, hun plejer patienten, bliver kvinden stadig dårligere. Kathe sidder mange gange inde på stuen og holder patienten i hånden.

”Vil der være nogen hos mig,” spørger kvinden ved en af de lejligheder.

”Jeg går ud fra, at hun mente i det øje-

blik, hun skulle dø. Hun var angst, men hun var også afklaret om, at hun ikke ville mere,” fortæller Kathe.

”Jeg talte med den sygeplejerske, jeg fulgte i plejen af patienten, og hun sagde, at det var rigtig godt, at jeg havde taget patientens hånd, selvom jeg ikke vidste, hvad jeg skulle sige. Måske var det bare det, som patienten havde brug for,” siger Kathe.

Den ældre kvinde fylder meget i Kathes hoved. I en dagvagt fortæller den sygeplejerske, Kathe følger, at nu er det tæt på.

”Den nærmeste familie var der, og sygeplejersken var ofte inde på stuen. Jeg holdt mig i baggrunden og gik først derind, da hun var død. Jeg var med til at gøre hende i stand. Jeg var også med, da sygeplejersken tog samtalen med de pårørende om de praktiske ting. Det var meget følelsesladet, for det var en familie, der havde tæt kontakt.”

Kathe har tårer i øjnene under samtalen med familien, og bagefter kommer hun til at græde. Det ser sygeplejersken, som tager hende til side i et andet lokale.

”Vi fik en god snak over en kop kaffe. Det var ikke sådan, at jeg var ked af, at patienten var død, men det fyldte meget.”

Patientens datter gav udtryk for, at hun var glad for den sygepleje, som hendes mor havde fået i den sidste tid.

”Min kliniske vejleder var ikke på arbejde, da patienten døde, men da hun mødte i vagt og fandt ud af, at patienten var død, ville hun ringe hjem til mig. Hun vidste, at det betød noget for mig. Men personalet på afdelingen fortalte hende, at der var taget hånd om mig,” fortæller Kathe.

Første kanyle

Kathe har i mange år haft et ønske om at blive sygeplejerske. Hun er ikke nogen ►



Hjernerne er slidte på medicinsk afdeling M på Glostrup Amtssygehus. Mange patienter har dårlige prognoser, og for en sygeplejestuderende kan det være hårdt at få kendskab til. Patienten på dette foto er ikke identisk med den patient, der er omtalt i artiklen.



Kathe Wammen føler hun har fået god støtte fra sine kolleger i sin første praktik.

► helt typisk studerende. Med sine 42 år er hun den ældste på sit hold på skolen, og hun har et 20 år langt arbejdsliv bag sig bl.a. som direktionssekretær i et installationsfirma. Med et vellønnet job og som alenemor til to børn, var det dog en stor beslutning at begynde på en tre et halvt år lang uddannelse og skulle leve af SU. I mange år blev drømmen parkeret. Da uddannelsesstøtten til enlige forsørgere blev fordoblet, og hendes børn i mellemtiden var blevet 12 og 16 år, kunne det endelig lade sig gøre.

Indtil nu har hun klaret sig godt. Til første eksamen i januar, den skriftlige fysiologi- og anatomiprøve, fik hun 11.

”Vi har nogle smadderdygtige og engagerede lærere på skolen. Det har overrasket mig positivt, at faget fysiologi- og anatomi er så spændende. Ernæring interesserer mig også meget,” siger Kathe.

Hun har endnu ikke oplevet noget, som har skuffet hende undervejs i uddannelsen. Måske fylder introduktionen til de mange forskellige sygeplejeteoretikere lidt rigeligt på det første semester af uddannelsen, mener hun.

Hun har stor ros til den måde, hun er blevet modtaget i sin første praktik.

”Personalet på afdeling M har været fantastisk søde. Som studerende får vi lov at prøve mange forskellige ting som at give medicin, og jeg har også givet min første injektion med blodfortyndende medicin gennem maveskindet. Jeg har deltaget på morgenkonferencer, hvor jeg sammen

med en anden studerende bare har siddet og lignet et stort spørgsmålstegn, fordi sygeplejerskerne bruger fagsprog og forkortelser, som jeg må have oversat for at forstå det,” siger hun.

Efter konferencerne har sygeplejerskerne på afdelingen givet sig tid til at forklare og illustrere med tegninger, når der var brug for det.

Et socialt studium

Sygeplejerskeuddannelsen er bestemt ikke en uddannelse, man kommer sovende til, mener Kathe. Ud over de skemalagte timer på skolen bruger hun ca. 20 timer om ugen på at læse. Endnu flere timer, når hun læser til eksamen. Og gerne sammen med en anden studerende. Under praktikophold er læsningen begrænset til ca. 6-7 timer om ugen.

”Det er et socialt studium, men det er, hvad man selv gør det til. Der er meget gruppearbejde, man bestemmer dog selv, om man vil arbejde sammen med andre eller alene. Det er også frivilligt, om man vil møde op til en stor del af den teoretiske undervisning. I princippet kunne man stort set blive væk og bare gå op til eksamen. Det er et studie, der kræver høj moral,” mener hun.

For at få økonomien til at strække har Kathe et fritidsjob ved siden af studiet. Hun arbejder i hjemmeplejen hver fjerde weekend. Mere er der ikke plads til, når studiet og børnene også skal have deres plads.

”Nogle gange har jeg dårlig samvittighed over for min søn *Frederik* på 12 år, når jeg f.eks. skal læse og må bede ham om at se fjernsyn på hans eget værelse, fordi jeg har brug for ro. Andre gange hygger vi os med at lave lektier sammen alle tre. Børnene er stolte af, at jeg er gået i gang med en ny uddannelse,” siger hun.

Oplevelsen med patienten, som døde, har hun senere talt igennem med sin kliniske vejleder. Det er en af de oplevelser, der har været med til at overbevise Kathe om, at hun har valgt den rigtige uddannelse.

”Først nu, hvor jeg har mødt kolleger og patienter, er jeg blevet overbevist om, at sygeplejerske er det rigtige for mig. Jeg vil gerne gøre noget for nogen, som virkelig har brug for mig. Mange af vores patienter er meget syge og har dårlige prognoser, men de er også taknemmelige og giver udtryk for, at de er glade for, jeg har tid til at snakke med dem. Det er med til at gøre arbejdet meningsfuldt,” siger Kathe.

►► **BLOG MED KATHE.** Redaktionen har åbnet en weblog for *Kathe* på www.sygeplejersken.dk, hvor du kan læse mere eller kommentere et emne. Find ud af mere på vores hjemmeside og læs mere om Kathe Wammen på www.sygeplejersken.dk

sbk@dsr.dk



Valg til lokale bestyrelser 2006

Hvorfor amtsbestyrelsesmedlem?

Den røde tråd

Politik. "Tre ting fik mig til at stille op. For det første har jeg altid været organisatorisk interesseret – helt tilbage til den almindelige skolegang, men også da jeg var sygeplejestuderende. Der-



Sidsel Hall, Viborg

FOTO: JENS FRANSEN

næst ville jeg gerne have de informationer, man får, når man sidder i amtsbestyrelsen, og så også den indflydelse, det giver. Og så den sidste årsag: Der har siddet mange ledere i amtsbestyrelsen i Viborg. Det ville jeg gerne prøve at rette lidt op på ved at stille op som basissygeplejerske.

Det mest tilfredsstillende har været vores lokale arbejde med f.eks. lønstrategier, hvor jeg kan se, at der er en rød tråd mellem de politiske beslutninger, vi træffer, og det, der bliver ført ud i praksis af embedsmændene. Det er rart at udføre et arbejde, som rent faktisk bliver brugt til fordel for medlemmerne. Det er i hvert fald det, vi ønsker, det skal være. Det, der kan være mest frustrerende, er ikke at have nok tid til at arbejde med hovedbestyrelsesmaterialet. Måske også indimellem tvivlen, om man nu også reelt har den indflydelse, man gerne vil have.

Jeg genopstiller ikke, men det er, fordi jeg flytter, og jeg flytter først til sommer, så jeg kan heller ikke stille op i den nye amtskreds. Ellers kunne jeg godt have tænkt mig at genopstille for at få kørt strukturarbejdet til ende."

►► OPSTILLINGSFRIST DEN 7.

APRIL. Indflydelse og første parket til information. Det får man som medlem af Dansk Sygeplejeråds amtsbestyrelser. Vil du stille op, er fristen den 7. april kl. 15. Se mere på www.dsr.dk

Inviteret til indflydelse

Ville videre. "Jeg var med ved den ordinære kongres i 2004 – som tilskuere. Jeg havde på daværende tidspunkt været tillidsrepræsentant i to år og var inviteret af amtskredsen til at overvære kongressen. De ville gerne have mig og en kollega med, når de skulle diskutere forskellige ting. Det fik mig til at tænke, at jeg gerne "ville videre." Kongressen har faktisk noget at sige!

Nogle af mine kolleger har spurgt mig, om udgangen af den seneste kongres var god eller skidt, og jeg har svaret "både-og." Det er demokrati i praksis, hvor vi alle er med til at bestemme.

Det var min organisatoriske nysgerrighed, der fik mig til at stille op til amtsbestyrelsen. Jeg blev valgt ved et suppleringsvalg lige efter generalforsamlingen i 2004. Jeg ville gerne vide, om der virkelig var så langt til beslutningerne i København, som det kan se ud for almindelige dødelige sygeplejersker herovre. Som tillidsrepræsentant får man fingeren på pulsen med informationer, og det er da spændende. Og så får man lyst til at få flere. Nysgerrigheden bliver til interesse og bliver til overtag!

Vi er ikke så mange i bestyrelsen. Derfor har vi delt arbejdsopgaverne mellem os, og jeg har primært med arbejdsmiljøet at gøre. Det interesserer mig meget. Derfra ved jeg, at vejen er lang, men jeg kan bruge arbejdet helt konkret i min afdeling. Så arbejdet



FOTO: PALLE PETER SKOV

handler meget om vejen fra virkeligheden til Sankt Annæ Plads."

Helle Mehlsen, Ribe

De faglige baner

Fokus. "Det var som tillidsrepræsentant, jeg fik interesse for det fagpolitiske og lyst til at være med til at ændre nogle af de vilkår, vi har som sygeplejersker. Efter at jeg har været på barsel, er jeg ikke længere tillidsrepræsentant, men har valgt at prioritere amtsbestyrelsesarbejdet.

Mit fokus har ændret sig, siden jeg startede i amtsbestyrelsen. Hvor jeg i starten især var interesseret i det overenskomstmæssige og arbejdsmiljømæssige, så er det nu mere de faglige baner. Det hænger også sammen med, at jeg læser til cand.cur. ved siden af mit arbejde.

Mange forestiller sig nok, at amtsbestyrelsesarbejdet netop handler meget om det fagpolitiske, men jeg er så heldig, at vi i Hovedstaden har oprettet et sygeplejefagligt udvalg, hvor jeg er udvalgsansvarlig og sidder i udvalget sammen med et andet amtsbestyrelsesmedlem og sammen med en række sygeplejersker fra amtskredsen. Udvalget mødes for at drøfte forskellige faglige problemstillinger. Dermed er det et fagligt forum, hvorfra vi kan tage problemstillinger med til amtsbestyrelsen, og som jeg også kan bruge personligt. Vi er p.t. i gang med at drøfte sygeplejerskers fagidentitet.

Vi har en meget aktiv amtsbestyrelse, som brænder meget for arbejdet. Derfor kan man en gang imellem godt blive lidt frustreret over, om man nu alligevel har tilstrækkelig indflydelse helt ind i hovedbestyrelsen. Men jeg er ikke i tvivl om, at jeg stiller op igen."



Dorthe Boe Danbjørg, Hovedstaden

FOTO: HEINE PEDERSEN

sp@dsr.dk

Hvad nu? På den ekstraordinære kongres den 1. og 2. marts endte afstemningen med, at begge forslag til ny struktur i Dansk Sygeplejeråd bortfaldt. Dermed er det helt åbent, hvad der nu skal ske og i hvilket tempo. De er de ikke enige om i hovedbestyrelsen.



ARKIVFOTO: HEINE PEDERSEN

Efter chokkongressen

Uenighed om køreplan for ny struktur

Hvordan bliver køreplanen for det videre arbejde med en ny politisk struktur i Dansk Sygeplejeråd?

Det tager Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse stilling til på det næste møde i april.

Anledningen er den overraskende udgang af den ekstraordinære kongres den 1. og 2. marts 2006, hvor de 153 delegerede skulle have vedtaget en ny politisk struktur.

Afstemningen sluttede med stemmerne 76 for en regionsmodel og 76 for en kredsmodel og én blank.

Dermed blev ingen af de nye strukturmodeller vedtaget. Det betyder, at Dansk Sygeplejeråd stadig har en struktur med 15 amtskredse. Dansk Sygeplejeråds medlemmer skal dermed vælge nye amtsbestyrelser fra den 5. maj til den 29. maj, og de nye bestyrelser tiltræder umiddelbart derefter.

Indtil videre er det uklart, hvornår og om Dansk Sygeplejeråd får en ny politisk struktur.

Men hvor meget haster det egentlig med at få vedtaget en ny struktur for fremtidens Dansk Sygeplejeråd? Det har *Sygeplejersken* spurgt fire af hovedbestyrelsens medlemmer om. Og de er ikke enige.

Amtskredsformand *Anni Pilgaard*, Ri-

be, hører til dem, der mener, at det ikke haster.

”Vi har fået en ”second chance,” og den skal vi forstå at udnytte til vore medlemmers bedste. Jeg har sådan set fået det, jeg ønskede, nemlig at vi først skulle have medlemmernes omstruktureringer i kommunerne på plads. Det vælter indovre hos os med personsager, fordi folk er frustrerede og kede af det og ikke ved, hvor de kan se sig selv. Jeg synes, det er et problem, at vi bruger en masse energi på at konstruere nye valgområder i stedet for at bruge vores energi på vores medlemmer.

Det skaber ikke problemer, at DSR skal løse problemer med de nye regioner og kommuner uden selv at have en ny struktur?

”Nej, det indebærer, at vi skal samarbejde på tværs. Det er vores ansvar, at vi tager højde for, hvad medlemmerne har brug for nu. De har brug for, at vi rykker i feltet for dem og hjælper dem nu, hvor de er i krise. Den struktur, vi skal have, kan træde i kraft den 8. november 2007 (udløbet af de nye amtsbestyrelsers valgperiode, red.), og jeg synes så, at vi skal have en ekstraordinær kongres, der skal finde sted i maj-juni måned næste år, hvor vi kan beslutte strukturen. Så kan vi have en overgangsperiode, hvor vi tager højde for,

hvem vi skal arbejde meget sammen med. Her skal vi forhandle meget med selvstændige sygehusledelser. Det overordnede i forhold til regionen kommer til at fylde mindre”.

Ifølge Anni Pilgaard får DSR også på den måde mulighed for at tage højde for, hvilke opgaver tillidsrepræsentanterne skal have, og hvilke uddannelser og kompetencer der skal følge med.

”Nu kan vi få så mange ting på plads, at vi ved, hvad vi skal stemme om. Ved den seneste kongres var der så mange uafklarede ting, at vi nærmest skulle købe katten i sækken. Det kan vi komme ud over nu.”

Amtskredsformand *Birgitte Krusell*, Vejle, mener, at den uændrede politiske struktur giver mulighed for at udvikle de indre samarbejdsformer i Dansk Sygeplejeråd:

”Nu er vi i en situation, hvor vi ikke ændrer på de ydre grænser i strukturen i første omgang. Derfor mener jeg, at vi skal bruge den næste amtskredsperiode til at arbejde for en ny *indre* struktur. Altså samarbejdet om at løse opgaverne og ad den vej få bygget op, hvordan den ydre struktur skal være. Her tænker jeg ikke kun samarbejde mellem amtskredsene, men samarbejdet i hele organisationen ▶

Norspan® buprenorfin



DAGES
SMERTELINDRING



Det er ofte de små ting, som patienten ikke længere magter.
Derfor bør en smertebehandling være nem og bekvem for patienten.
Et 7-døgns smerteplaster giver god compliance og er let at håndtere¹.

Norspans® styrke er de tre lave styrker: **5 µg/t**, **10 µg/t** og **20 µg/t**

Norspan® er ikke egnet til behandling af akutte smerter

Norspan® buprenorfin er et stærkt opioid

Ref 1: Keith Budd: IJCP Supplement 133 February 2003

Norspan® buprenorfin

Norspan® buprenorfin – et stærkt opioid

Norspan®: Depotplaster 5 µg/t, 10 µg/t, 20 µg/t. **Indikationer:** Svær opioidfølsom smerte, som ikke reagerer tilstrækkeligt på analgetika af ikke-opioid klasse. **Dosering:** Norspan® appliceres hvert 7. døgn. Norspan® er ikke egnet til behandling af akut smerte. **Patienter på 18 år og derover:** Initialt anvendes den laveste dosis, 5 µg/t. **Titrering:** I start- og titreringsfasen med Norspan® bør patienten efter behov anvende den sædvanlige anbefalede dosis af korttidsvirkende supplerende smertestillende midler, indtil der er opnået smertestillende effekt med Norspan®. Dosis bør ikke øges før efter 3 dage, når den maksimale effekt af en given dosis er opnået. Det anbefales, at der højst anvendes to plastre på samme tid. **Ældre:** Dosis tilpasning af Norspan® er ikke nødvendigt til ældre patienter. **Nedsat nyre- eller leverfunktion:** Der er ikke behov for speciel dosistilpasning af Norspan® hos patienter med nedsat nyrefunktion eller mild til moderat nedsat leverfunktion. Dog bør patienter med nedsat leverfunktion omhyggeligt kontrolleres under behandlingen. Ved alvorligt nedsat leverfunktion bør anden behandling overvejes. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed for buprenorfin eller nogle af hjælpestofferne. Må ikke anvendes til behandling af narkotikaafhængighed, til patienter med alvorligt nedsat respiratorisk funktion, til patienter i behandling med MAO-hæmmere, eller som har fået MAO-hæmmere inden for de seneste 2 uger, patienter, der lider af myastenia graves eller delirium tremens.

Graviditet. Særlige advarsler og forsigtighedsregler: Forsigtighed ved behandling af patienter med konvulsive lidelser, skader i hovedet, chok, reduceret bevidsthedsniveau med uvis årsag, intrakranielle læsioner eller øget intrakranielt tryk, og ved alvorligt nedsat leverfunktion. Kontrollerede studier i mennesker og dyr indikerer, at buprenorfin har en lavere risiko for afhængighed end rene µ-agonist analgetika. Vedvarende anvendelse af buprenorfin kan medføre udvikling af fysisk afhængighed. **Interaktioner:** Må ikke anvendes samtidig med MAO-hæmmere eller til patienter, som har fået MAO-hæmmere inden for de seneste to uger. Doseres med forsigtighed til patienter, som samtidig tager andre CNS depressive midler, andre opioidderivater, visse antidepressive midler, sedative H1-receptor antagonist, alkohol, anxiolytika, neuroleptika, clonidin og beslægtede stoffer. **Graviditet og amning:** Må ikke anvendes. **Trafikfarlighed:** Mærkning. Bilkørsel eller betjening af maskiner frarådes, hvis lægemidlet har påvirket reaktionsevnen. **Bivirkninger:** Meget almindelige (> 10 %): Hovedpine, svimmelhed, somnolens, forstoppelse, mundtørhed, kvalme, opkastning, pruritus, pruritus på applikationsstedet, erythem. Almindelige (1 - 10 %): Ængstelse, konfusion, depression, insomnia, nervøsitet, paræstesier, appetitløshed, mavesmerter, perifere ødemer, vasodilation, dyspno, diarré, dyspepsi, reaktioner på applikationsstedet, erythem på applikationsstedet, udslæt, svedtendens, exanthem, træthed, asteni, smerter, brystsmerter. Ikke almindelige (0,1 - 1 %): Allergisk reaktion,

dehydrering, søvnforstyrrelser, rastløshed, agitation, depersonalisation, euforisk sindstilstand, sedering, smagsforstyrrelser, dysartri, hypæstesi, nedsat hukommelse, migræne, synkope, tremor, tørre øjne, tinnitus, vertigo, kredsløbsforstyrrelser, angina pectoris, palpitationer, tachycardi, hypertension, forværet astma, hoste, hypoxia, rhinitis, hiven efter vejret, flatulens, tør hud, ødeme i ansigtet, nældefeber, muskelkrampe, myalgi, urinretention, sygelig vandladningstrang, udmattelse, influenzalignende symptomer, pyreksi, kulderystninger, øget alaninaminotransferase, vægttab, tilfældig skade. Sjældne (0,01 - 1 %) og meget sjældne (<0,01 %): Se fuldt produktresumé. **Overdosering:** Symptomer som ved andre centralt virkende analgetika. **Behandling:** Alle plastre fjernes og sædvanlige retningslinjer følges. Naloxon kan modvirke effekten af buprenorfin. **Tilskud:** Generelt tilskud. **Udlevering:** A. **Pakninger og priser 20. februar 2006:** Norspan® depotplaster 5 µg/t: 4 stk. kr. 232,85 (016979), Norspan® depotplaster 10 µg/t: 4 stk. kr. 405,00 (017266), Norspan® depotplaster 20 µg/t: 4 stk. kr. 717,95 (017326). **Indehaver af markedsføringstilladelse:** norpharma a/s, Slotsmarken 15, 2970 Hørsholm. **Forkortet udgave af det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé. Det fulde produktresumé kan rekvireres hos norpharma a/s.** ©: Norspan er et registreret varemærke.

► Dansk Sygeplejeråd. F.eks. kan vi efter min mening gennemføre det meste af det, der står i den fremlagte rapport om Dansk Sygeplejeråds fremtidige administrative struktur uden at lave en ny politisk struktur,” siger Birgitte Krusell.

”Havde vi fået en ny politisk struktur, så havde vi haft en masse ydre udfordringer, der skulle på plads. Det slipper vi for nu. Nu kan vi så lave en intern ændring på samarbejdsformer, metoder og relationer og få prøvet nogle ting af. Så kan den politiske struktur komme bagefter. Amtskredsene er jo kendte størrelser, amtsbestyrelserne er kendte størrelser, og hovedbestyrelsen er en kendt størrelse. Så kan vi tage nye beslutninger i de kendte fora.”

Ifølge Birgitte Krusell er Vejle amtskreds i en helt speciel situation, hvor man er nødt til at forholde sig til to forskellige regionale grupperinger.

”Det betyder, at vi skal lave nogle andre løsninger, der kan bruges, og som tager udgangspunkt i de opgaver, vi skal løse.

Det er allerede nu, at planerne lægges, og strategierne bliver til. Det skal vi være i stand til allerede nu, og det skal vi nok finde ud af at få løst. Vi skal give de nyvalgte amtsbestyrelser den fastsatte valgperiode til at arbejde videre med disse ting. Skal valgperioden være kortere, skal den efter min mening ikke være ret meget kortere,” siger Birgitte Krusell.

Grundigt forarbejde

Det er ikke realistisk at lave et nyt beslutningsgrundlag for fremtidens struktur i DSR allerede til den ordinære kongres i november. Det mener amtskredsformand *Vibeke Westh*, Hovedstaden, som er enig med amtskredsformandskollega *Anni Pilgaard* i, at strukturarbejdet ikke må overskygge amtskredsens øvrige opgaver:

”Jeg er meget opsat på, at strukturændringer ikke kommer til at fylde alt for meget i det videre arbejde. Vi skal være meget opmærksomme på, at de kræfter og den energi, der er til rådighed, bliver lagt i løsningen af de opgaver, vi er her for.

Nemlig at sørge for sygeplejerskernes arbejdsforhold. Der kommer mange opgaver med strukturreformen, og så venter der også andre opgaver i horisonten såsom en ny overenskomst. Jeg er enig i, at vi skal opbygge de indre linjer, men det er også vigtigt, at vi ikke kommer til at møde os ihjel,” siger Vibeke Westh.

Ifølge formanden for hovedstadskredsen er der lavet et grundigt forarbejde til den seneste kongres.

”Mit ønske er, at vi holder en kongres i begyndelsen af det nye år, hvor vi kan træffe en beslutning om fremtidens struktur. For jeg mener, at det er nødvendigt, at vi træffer en beslutning om en ny struktur. Det handler om, hvordan vi kan agere i forhold til omverdenen og skabe politik til gavn for medlemmerne.”

Vibeke Westh mener, at de nye amtsbestyrelser kan sidde i hele deres valgperiode, idet der så bliver lavet en overgangsordning efter den ekstraordinære kongres.

”Mit ønske er i hvert fald, at der kommer en afklaring først i det nye år. Ingen



Vanedannende

For nogle mennesker er der ingen vej tilbage. Så er du advaret.

I Grønland kan du realisere dit potentiale – og være med til at gøre en forskel. Du er ikke bare en del af en stor maskine, men får nogle enestående udfordringer med mulighed for både faglig og personlig udvikling. Så har du mod i hjertet, eventyr i blodet og kompetence i tasken, kan du få en oplevelse for livet i Grønland. Vær forberedt på, at du let kan føle dig fristet til at blive hængende!

Se mere om dine karrieremuligheder i Grønland på www.nextjobgreenland.gl



Dr. Ingrid's Hospital udgør sammen med Kystledelsen det grønlandske sundhedsvæsen. I alt beskæftiges ca. 1.400 medarbejdere på hhv. Dronning Ingrid's Hospital og på de lægeklinikker, kysthospitalet og sygeplejestationer, som Kystledelsen driver i Nuuk og i det øvrige Grønland. Se mere www.nextjobgreenland.gl



Den ekstraordinære kongres i marts gav ikke Dansk Sygeplejeråd en ny politisk struktur. Nu skal man beslutte, om det skal være i år eller først til næste år, at der måske igen skal tages en beslutning.

af os ønskede jo at havne i denne situation, hvor vi står med en status quo.”

Din amtskreds har allerede et samarbejde med tre andre amtskredse i forhold til den kommende region Hovedstaden?

”Det er rigtigt, men i den forbindelse er det også vigtigt at sørge for, at de nyvalgte bestyrelser bliver inddraget og får medejerskab til dette samarbejde. At man udvikler et koncept, så man er sikker på at få udnyttet al den positive energi, som kommer ind ved nyvalget. Det er rigtig mange beslutninger, der skal tages i forhold til regionen,” siger Vibeke Westh.

Hvor Vibeke Westh slår til lyd for at bruge noget mere tid, mener amtskredsformand Poul Engholm, Viborg, til gengæld, at det ikke kan gå hurtigt nok med at få en ny politisk struktur:

”I min optik kunne man godt holde en

ny ekstraordinær kongres hurtigst muligt efter sommerferien, hvor man igen drøfter strukturen. Jeg kan godt se, at det kan være svært at nå at finde et nyt grundlag at drøfte fremtidens DSR på, men spørgsmålet er også, om det er nødvendigt. Det er min opfattelse, at når vi ikke nåede frem til en afgørelse på kongressen, så hang det bl.a. sammen med den form, man brugte til at behandle strukturforslagene på. Formen gjorde det vanskeligt at lave kompromiser og gjorde det vanskeligt for folk at nærme sig hinanden.”

Ifølge Poul Engholm kunne man have startet med at gennemgå de fremlagte forslag til vedtægter, hvoraf mange var fælles for de forskellige strukturmodeller.

”Havde vi taget diskussionen om paragrafferne fra en ende af, så tror jeg, at man havde kunnet rette de forskellige forslag til, så folk havde kunnet tilslutte sig dem. Den mulighed fik vi ikke. I stedet skulle man vælge enten den ene ”klump” eller

den anden, og vi kunne ikke ændre på ”klumpernes” indhold før dagen efter. Det er svært at stemme for noget og så løbe risikoen for, at det dagen efter ikke bliver, som man ønsker. Det flytter ikke ret mange standpunkter.”

Poul Engholm vil gerne have en ny ekstraordinær kongres hurtigt.

”Fordi vi står med nogle problemstillinger, som i hvert fald fra 1. januar 2007 bliver helt tydelige. Vi har i vores amtskreds tre kommuner, som hver for sig bliver hængt sammen med nogle andre kommuner, der ligger i andre amtskredse. Hvilken amtskreds skal sygeplejerskerne henvende sig til med deres arbejdspladsproblemer? Hvilken amtskreds skal arbejdsgiverne henvende sig til? Hvilken amtskreds har ansvaret for tillidsrepræsentanternes uddannelse? Det er problemstillinger, der bevirker, at vore medlemmer kommer i større og større vildrede.”

Næste møde i Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse er den 4. og 5. april.

sp@dsr.dk

DET SAMFUNDSVIDENSKABELIGE FAKULTET
KØBENHAVNS UNIVERSITET



Master i Sundhedsantropologi på Københavns Universitet

Informationsmøde den 4. april 2006

Mere information:

www.sundhedsantropologi.dk



Ring efter vor
nye brochure!

Ny Silentia Silver Line

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



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



3-delt mobil gavlskærm

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





kommunalreform

Forandringer. Lukninger af sygehuse, sammenlægninger af afdelinger og flytning af specialer vil højst sandsynligt blive nogle af konsekvenserne af kommunalreformen. Uvisheden om fremtiden skaber usikkerhed blandt sygeplejerskerne, men der er ingen grund til panik, understreger eksperter.

Reform giver

usikkerhed



”Vi bliver vel bare lukket?”

Det spørgsmål har fællestillidsmand på Silkeborg Sygehus, *Birthe Mossin*, fået stillet adskillige gange i løbet af året.

Silkeborg Sygehus ligger i den nye Region Midtjylland – en af de regioner, der er længst fremme med forberedelserne til den nye sygehusstruktur i regionen. Regionens politikere er i øjeblikket ved at planlægge det nye sygehusvæsen, og indtil videre er der intet, der tyder på, at Silkeborg Sygehus skal lukkes. Men usikkerheden ulmer alligevel blandt sygehusets sygeplejersker.

”Det præger folk, at vi ved, at ændringerne kommer, uden at vi ved, hvad der præcist kommer til at ske. Nogle er usikre på fremtiden. Jeg prøver at berolige folk, for personligt er jeg optimist. Der vil ske ændringer, men jeg tror på, at ledelsen i den nye region arbejder for et bedre sygehusvæsen,” siger Birthe Mossin.

Usikkerheden over fremtiden er den samme over hele landet. Fra hospitals-

gange og operationsstuer til psykiatriske hospitaler og i hjemmesygeplejen afventer sygeplejersker i øjeblikket, hvad de forskellige regioner og storkommuner beslutter.

Den 1. januar 2007 træder den nye kommunalreform i kraft med 98 kommuner med nye sundhedsopgaver og fem nye regioner, der får sygehusene som deres primære opgave.

I den forbindelse skal regionerne have fastlagt deres sundhedspolitik og indgået aftaler med de nye kommuner, som der

skal samarbejdes langt mere med end før.

De nye strukturer vil betyde ændringer i mange sygeplejerskers hverdag på længere sigt, mener *Kjeld Møller Pedersen*, som er professor i sundhedsøkonomi på Syddansk Universitet og en af de eksperter, der ved mest om kommunalreformens betydning for sundhedsvæsenet:

”Ideen med reformen er at fremtidssikre det danske sygehusvæsen, og det gør man bl.a. ved hjælp af færre enheder, som er store nok til at have specialiserede funktioner. For den enkelte sygeplejerske

►► **REGERINGENS KOMMUNALREFORM** afskaffer 14 amter og giver os fem regioner, der får sygehusene som hovedopgave. Reformen betyder også, at landets kommuner bliver større og skåret ned i antal til 98. Desuden skal kommunerne overtage sundhedsopgaver fra amterne. Reformen betyder forandringer for sygeplejerskerne. Forandringer, der skaber uvished og usikkerhed. For hvad kommer der helt præcist til at ske? Hvad sker der med mit arbejde? Lukker mit sygehus? Bliver min afdeling nedlagt? Skal jeg køre længere til arbejde? Spørgsmål, som *Sygeplejersken* forsøger at komme nærmere ind til svaret på i de følgende artikler.

Af Michael Lund, journalist • Foto: Kirsten Fich Pedersen



Hvad kommer der til at ske? 31-årige Maja Fyenbo (tv.) håber, at politikerne vælger at bevare Neurokirurgisk Afdeling på Glostrup Amtssygehus på trods af, at stort set den samme type afdeling ligger 13 kilometer borte på Rigshospitalet.

“Selvfølgelig håber jeg ikke, at vi skal flyttes, men jeg er ikke imod forandringer,” siger Virginie Mwepele (th.), der blandt andet arbejder med video-overvågning af epilepsipatienter på neurokirurgisk. Heller ikke Maja Fyenbo er afvisende overfor mere samarbejde på tværs af de gamle amtsgrænser. Politikerne i den nye Region Hovedstaden undersøger i øjeblikket, hvilke opgaver og specialer, der skal ligge hvor i regionens sygehuse.

vil det på længere sigt kunne betyde større afdelinger, mere specialiserede arbejdsopgaver og for nogle måske også længere til arbejde. Men det kan også betyde mere spændende opgaver,” siger Kjeld Møller Pedersen, som ikke tror, udviklingen kan undgås:

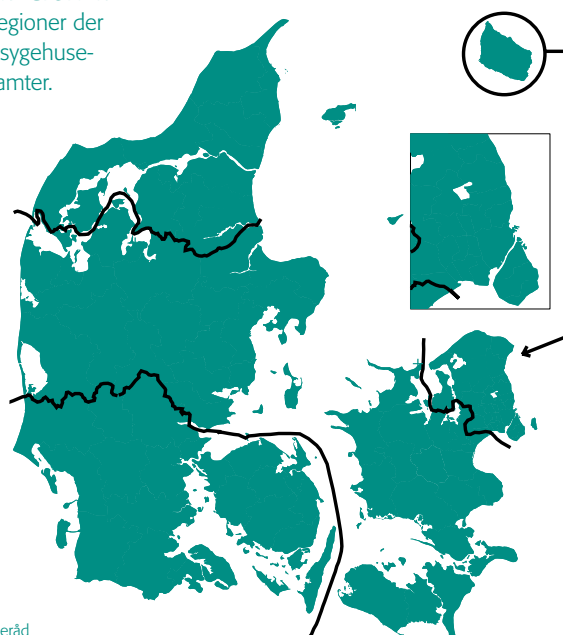
”Det er den vej, sygehusvæsnet har udviklet sig de senere år, så det er egentlig en naturlig forlængelse af sundhedspolitikken i Danmark. Reformen sætter ord på ændringerne og kan måske sætte lidt ekstra skub i udviklingen enkelte steder, men selv hvis reformen ikke var gennemført, ville udviklingen gå i denne retning.”

Lukninger og sammenlægninger

Både han og professor *Jes Søgaard* fra DSI Institut for Sundhedsvæsen (et selvejende analyseinstitut, der bl.a. forsker i det danske sundhedsvæsen, red.) ser en fremtid for sygehusene, som vil blive præget af sammenlægninger af specialer. På længe-

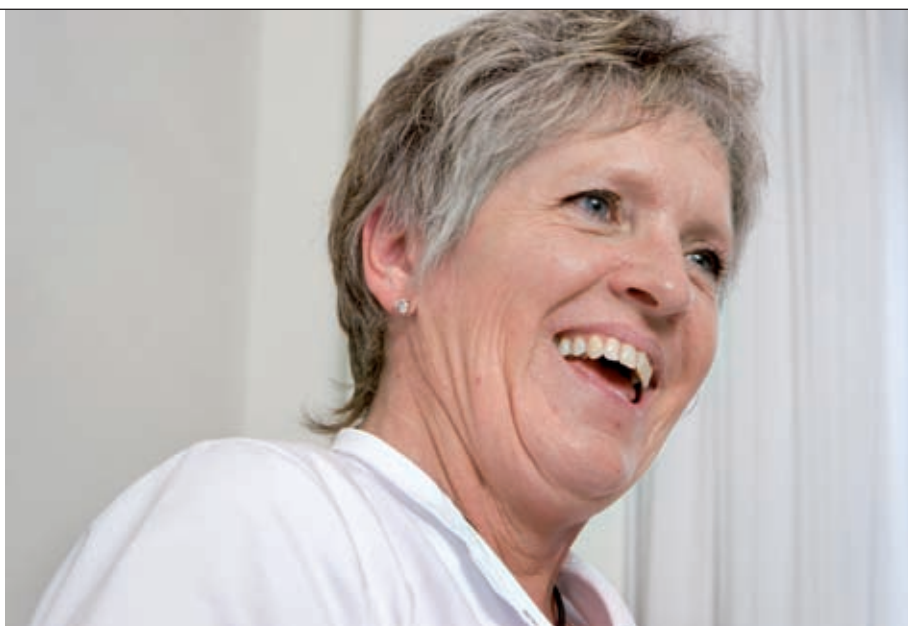
►► DE FEM REGIONER

De fem nye regioner der skal overtage sygehuse-
ne fra de 14 amter.



Kilde: Dansk Sygeplejeråd

I 27 år har afdelingssygeplejerske Lillian Dalsgaard arbejdet på H17 på Glostrup Amtssygehus. Hun tror på, at kommunalreformen kan give et bedre sygehusvæsen i regionen – og forhåbentlig endnu flere spændende opgaver på afdelingen.



► re sigt vil der også blive lukket flere sygehuse og akutfunktioner.

”Loven bag reformen lægger op til, at regionerne organiserer specialerne bedre, og det tror jeg allerede, vi vil se gå i gang i 2007, hvor de første specialer vil blive flyttet eller sammenkørt. Den hidtidige tendens med sygehushlukninger vil fortsætte, og i nogle regioner er der stort potentiale for lukninger, hvis den politiske vilje og modet er til stede,” siger Jes Søgaard, som peger på Region Hovedstaden som en region med oplagte muligheder for rationaliseringer.

For landets sygeplejersker bliver der stor forskel på, hvor meget kommunalreformen kommer til at betyde i hverdagen.

Den nye Region Nordjylland svarer stort set til det nuværende Nordjyllands Amt, bortset fra at en bid af Viborg og Århus Amter optages i regionen. I Region Hovedstaden ser situationen noget mere vanskelig ud, når tre amter og en regionskommune med vidt forskellige sygehusstrukturer skal til at samarbejde. Og samtidig har politikerne i den nye Region Hovedstaden været forholds-mæssig længe om at fordele de forskellige politiske og administrative poster, hvilket har forsinket arbejdet med sygehusstrukturen. Mens de andre regioner allerede har udpeget sundhedsdirektører, er der i skrivende stund endnu ikke ansat en fast regionsdirektør i Region Hovedstaden, om end stillingen er blevet slået op med ansøgningsfrist den 6. marts.

►► **DET BETYDER REFORMEN:** Pr. 1. januar 2007 lægges de 14 nuværende amter sammen i fem regioner. De 271 kommuner lægges sammen til 98 kommuner.

Regionerne får som hovedopgave ansvaret for sygehusdriften. Da regionerne ikke kan opkræve skat, bliver sygehusvæsenet finansieret ved hjælp af penge fra staten og fra kommunerne.

Som en del af kommunalreformen får kommunerne et større ansvar på sundhedsområdet og nye opgaver inden for genoptræning, forebyggelse, sundhedsfremme og socialpsykiatri. I mange tilfælde – f.eks. inden for socialpsykiatrien – ventes kommunerne dog at lave aftaler med regionerne, så regionens institutioner løser nogle af opgaverne.

Sundhedsloven opfordrer desuden kommunerne til at oprette sundhedscentre, hvor den enkelte kommunes sundhedstilbud kan samles.

Kilde: Sundhedsloven og KL

►► **SÅ LANGT ER REGIONERNE.** De forskellige regioner har haft nøjagtig lige lang tid til at forberede sig på kommunalreformen. Men der er stor forskel på, hvor langt de er nået. *Sygeplejersken* har opstillet en rangliste over regionernes status:

1. Region Midtjylland: Udpegede allerede før kommunalvalget en direktør for sundhedsområdet, og i dag er alle ledere i sygehusvæsenet på plads. Regionen har udarbejdet en masterplan for udviklingen i sygehussektoren og er i fuld gang med at få de administrative rutiner med bogføring og registrering på plads.

2. Region Nordjylland: Regionen ansatte i januar direktører og stabschefer og har lagt en tidsplan for resten af året. Da regionen kun udvides lidt i forhold til Nordjyllands Amt, slipper politikerne for at tage stilling til sammenlægninger af sygehuse.

4. Region Syddanmark: Ansatte i februar to sundhedsdirektører og er godt i gang med samarbejdet med regionens kommuner. I marts afholdt regionen f.eks. en konference om forebyggelse for kommunerne.

3. Region Sjælland: Har i marts udpeget direktionen i den nye region og skal først nu til at besætte de øvrige ledende stillinger i regionen.

5. Region Hovedstaden: Har først i marts valgt en formand for regionens sygehusudvalg, og der er endnu ikke ansat en fast direktion. Stillingen som regionsdirektør og fire andre direktørstillinger er dog slået op, men i skrivende stund er de endnu ikke besat. Har vedtaget en masterplan over de beslutninger, der skal træffes inden sommeren.

Kilde: www.regionmidtjylland.dk, www.regionnordjylland.dk, www.regionsyddanmark.dk, www.regionsjaelland.dk og www.regionhovedstaden.dk

”Jeg kan sagtens forstå, hvis nogle sygeplejersker er nervøse. Hvis man har valgt at være ansat et specielt sted, er det ikke rart, hvis ens afdeling skal flyttes. Men det er vigtigt at understrege, at det er en gradvis proces, som vil foregå over flere år,” siger Dansk Sygeplejeråds formand, Connie Kruckow.



ARKIVFOTO: THOMAS TOLLSTRUP

”Hovedstaden er afgjort den region, hvor der skal ændres mest. Hvilken sygehusmodel man ender med at vælge, er helt åbent, men man kommer ikke uden om at kigge på specialesammenlægninger og akutfunktioner. I den nye Region Hovedstaden får vi f.eks. to neurokirurgiske specialer tæt på hinanden, og i forhold til de jyske regioner har hovedstaden nærmest en skadestue på hvert gadehjørne. Der vil ske en del forandringer i løbet af en tre- til femårig periode i Region Hovedstaden,” siger Kjeld Møller Pedersen.

Ingen grund til panik

I Dansk Sygeplejeråd arbejder man løbende med at informere medlemmerne om kommunalreformens konsekvenser gennem de lokale tillidsmænd og ved hjælp af informationsmateriale, som sendes ud til medlemmerne.

Sygeplejerådets formand, *Connie Kruckow*, er enig i sundhedsøkonomernes billede af et fremtidens sundhedsvæsen med øget specialisering og større enheder. Men hun mener ikke, fremtiden giver grund til panik.

”Jeg kan sagtens forstå, hvis nogle sygeplejersker er nervøse. Hvis man har valgt at være ansat et specielt sted, er det ikke rart, hvis ens afdeling skal flyttes. Men det er vigtigt at understrege, at det er en gradvis proces, som vil foregå over flere år. Det bliver de færreste sygeplejersker, som oplever de store omvæltninger fra 1. januar 2007,” siger Connie Kruckow, som også peger på, at specialiseringen af sygehuse kan være med til at give sygeple-

jerskerne mere spændende arbejdsopgaver og bedre muligheder for efteruddannelse.

Når kommuner og amter slås sammen, bliver det også et møde mellem forskellige lønforhold og personalepolitikker.

I Region Hovedstaden er der forskellige lønrammer for sygeplejersker i H:S og i amterne. I Region Midtjylland bruges der forskellige seniorpolitikker og politikker for medindflydelse i de fire amter, som regionen kommer til at strække sig over. Og i de mange kommuner, som skal lægges sammen, kan der både være forskellige

”Jeg kan sagtens forstå, hvis nogle sygeplejersker er nervøse. Hvis man har valgt at være ansat et specielt sted, er det ikke rart, hvis ens afdeling skal flyttes.”

personalevilkår og forskellige serviceniveauer inden for sygeplejen i de enkelte kommuner.

”På længere sigt vil der blive tale om, at f.eks. personalepolitikker harmoniseres inden for regionerne, men der er ikke nogen sygeplejersker, som skal være nervøse for, at de går ned i løn pr. 1. januar. Det ligger i aftalerne med kommuner og amter. Den største omvæltning kan komme for ansatte i kommunerne, som skal til at arbejde i en ny storkommune, hvor man har et andet serviceniveau end det, man er vant til. Det er ikke tilfredsstillende, hvis man som sygeplejersker skal vænne sig til et lavere kvalitetsniveau, men det kan blive konsekvensen nogle steder,” siger Connie Kruckow.

Både Connie Kruckow, Jes Søgaard og Kjeld Møller Pedersen mener, at reformen giver mulighed for at få en større sammenhæng i den danske sundhedssektor, når kommunerne får mere ansvar for behandlingen.

Tilbage i Region Midtjylland, hvor politikerne er nået længere end nogen andre regioner med forberedelserne til den nye struktur, er der godt nok usikkerhed om fremtiden. Men der er også optimisme. Fællestillidsmand på Silkeborg Sygehus, Birthe Mossin, tror på, at løn- og personalepolitikker vil blive koordineret

uden de store problemer. Og fra ledelsens side gør man alt for, at sygeplejerskerne nærmest ikke vil mærke overgangen til den nye region, lover regionens sundhedsdirektør:

”Vi arbejder for, at der skal ske så få omvæltninger som muligt for den enkelte sygeplejerske i første omgang. Selvfølgelig skal vi ind og kigge på, hvordan f.eks. kræftbehandlingen skal organiseres, og vi skal også se på lægevagtordningerne og skadestuefunktioner, som kører ret forskelligt i amterne. Men det bliver en løbende proces, så alt ikke ændres på en gang. Og nej, der er ingen sygeplejersker, som kommer til at gå ned i løn her i regionen,” siger *Leif Vestergaard Pedersen*, sundhedsdirektør i Århus Amt, som bliver den nye sundhedsdirektør i Region Midtjylland.

"Hverdagen kører videre som normalt på trods af reformen. Og hvem ved, måske ender det med, at vi får endnu mere spændende opgaver i den nye region," siger afdelingssygeplejerske Lillian Dalsgaard (tv.), der har været 27 år på Neurokirurgisk Afdeling på Glostrup Amtssygehus. Til højre sygeplejerske Maja Fyenbo og midt i billedet Virginia Mwepele ligeledes sygeplejerske fra neurokirurgisk.



kommunalreform

Reportage

Vi er vant til forandringer

Forandringer. Region Hovedstaden er det sted i landet, som vil se flest ændringer efter kommunalreformen, når specialer skal sammenlægges, og penge skal spares. Sygeplejerskerne på Neurokirurgisk Afdeling på Glostrup Amtssygehus ser dog optimistisk på fremtiden på trods af, at der kun er 13 kilometer til Rigshospitalets neurokirurgiske afdeling.

Der er travlt på Neurokirurgisk Afdeling på Glostrup Amtssygehus. Røntgenbilleder bliver studeret, EKG-diagrammer kører hen over computerskærmene, og sygeplejersker travler ned ad gangene. Denne dag er 11 patienter indlagt på intensivafdelingen, selv om der egentlig kun er plads til 10.

"Jo, vi har travlt i hverdagen, men til gengæld er det også et meget spændende arbejde, fordi der er mange udfordringer og mange forskellige arbejdsopgaver i neurokirurgi," siger afdelingssygeplejer-

ske *Lillian Dalsgaard*, som har arbejdet på Neurokirurgisk Afdeling i 27 år.

Neurokirurgisk Afdeling på Glostrup Amtssygehus behandler alt fra hjerneblødninger og svulster til epilepsi og nervesygdomme.

Det er en afdeling, som scorer højt i tilfredshedsundersøgelser blandt patienterne. Men det er også en afdeling, som får en konkurrent, når H:S og Københavns Amt lægges sammen i Region Hovedstaden fra den 1. januar 2007.

Fra afdeling H17 på Glostrup Amtssygehus er der kun 13 km til Rigshospitalets neurokirurgiske afdeling, som udfører en lang række af de samme opgaver.

Det ligger fast, at den nye region skal spare omkring en halv milliard kroner over de næste syv år ifølge beregninger fra amterne, og eksperterne spår, at speciale-sammenlægninger bliver et af midlerne til at opnå mange af besparelserne.

Sundhedsøkonom *Kjeld Møller Pedersen* fra Syddansk Universitet anser det som

►► EN PLAN FOR HOVEDSTADEN

Politikerne i Region Hovedstaden har vedtaget en tidsplan for regionen, som dog kun er foreløbig. Indtil videre ser regionen kun seks måneder frem i 2006:

Marts: *Jørgen Christensen* vælges til formand for sygehusudvalget.

Marts: Regionen beslutter en plan for sammenlægning af amternes EPJ-systemer. Skal være gennemført i juni.

April: Regionen kortlægger forskelle i serviceniveau og produktion i sygehusvæsenet. Kortlægningen skal være færdig i maj.

April: Psykiatrien i regionen vurderes, så de fremtidige rammer kan fastlægges.

Maj: Regionen færdiggør i samarbejde et fælles koncept for de sundhedsaftaler, som skal indgås med kommunerne.

Juni: Ledelsen fremlægger et ideoplæg til en fælles personale- og lønpolitik.

Juni: Regionen skal have vedtaget en fælles kvalitetsstrategi.

Januar 2007: Region Hovedstaden træder i kraft.

Kilde: Region Hovedstaden

overvejende sandsynligt, at der vil ske ændringer i placeringen af neurokirurgi i hovedstadsområdet.

Enten i form af, at hele specialet flyttes til enten Rigshospitalet eller Glostrup Amtssygehus, eller i form af en øget opdeling af behandlingstilbuddene på de to sygehuse. Politikerne i regionen er endnu afværgende over for at sætte ord på fremtiden for specialet:

”Det er klart, at neurokirurgi er et oplagt eksempel på, hvor der kan opnås nogle rationaliseringsgevinster i regionen. Men i hvilken form det bliver, kan jeg ikke sige,” siger formanden for sygehusudvalget i Region Hovedstaden, *Jørgen Christensen* (V).

Patienter kommer først

På syvende etage på Glostrup Amtssygehus diskuterer sygeplejerskerne også fremtiden i den nye region. Sygeplejerskerne har tidligere givet deres input til den specialebeskrivelse, der er afleveret til regionen. Nu håber de på, at specialet bevares på sygehuset.

”Vi er jo glade for vores afdeling. Der er en utrolig god stemning her, og folk bliver her længe, når de først er ansat. Selvfølgelig håber vi, at neurokirurgi bliver her, men på den anden side er det ikke noget, vi ligger søvnløse over. Vi har tidligere været igennem perioder, hvor der var snak om, at vi skulle flyttes til Herlev eller til Rigshospitalet. På et tidspunkt bliver man så vant til snakken, at man ikke stresser så meget over det,” siger 31-årige *Maja Fyenbo*, som har arbejdet som syge-

plejerske på afdelingen i otte år. Hun bakkes op af kollegaen *Virginie Mwepele*, som tidligere har prøvet at få en afdeling lukket:

”Jeg var på Ringsted Sygehus, indtil de nedlagde min afdeling der, så der er ikke så meget, der kan ryste mig mere. Selvfølgelig håber jeg ikke, vi skal flyttes, men jeg er ikke imod forandringer. Hvis det kan give bedre behandling af patienterne, at vi f.eks. specialiseres mere på Glostrup Amtssygehus, så synes jeg, det er en god idé,” siger den 38-årige sygeplejerske, som har arbejdet på afdelingen i fire år.

I Dansk Sygeplejeråd følger man udviklingen i Region Hovedstaden tæt. Regionen kommer til at dække næsten 22.000 af fagforeningens medlemmer, og

”Selvfølgelig håber vi, at neurokirurgi bliver her, men på den anden side er det ikke noget, vi ligger søvnløse over.”

sammenlægningen vil kræve meget af politikere, embedsmænd og sygehusledelser.

I forvejen er sygehusstrukturen vidt forskellig i de amter, som skal slås sammen. Hvor H:S er bygget op omkring det stærkt specialiserede Rigshospitalet, så har Københavns Amt tre store sygehuse, som alle indeholder stærke specialer. Frederiksborg Amt og Bornholm består derimod af flere, mindre sygehuse.

”Det bliver en stor udfordring at få de forskellige strukturer til at hænge sam-

men, og det bliver ikke lettere af, at der samtidig skal spares penge. Samtidig har politikerne været langsomme til at få arbejdet i gang, og det giver usikkerhed blandt sygeplejerskerne. F.eks. er man først nu begyndt at arbejde på oplægget til en fælles personalepolitik, som skal være klar til sommer. Det er meget kort tid til at lave et oplæg, som har så stor betydning for sygeplejerskernes arbejdsforhold og trivsel,” siger formand for Københavns amtskreds, *Vibeke Schaltz*, som håber, at regionen snart får lavet en sygehusplan, så de ansatte kan få at vide, om deres specialer skal flyttes.

På gangene i Glostrup viser Lillian Dalsgaard, Maja Fyenbo og Virginie Mwepele afdelingen frem.

Lokalerne blev renoveret i 2000 og 2002, og for nylig har afdelingen fået udstyr til videoovervågning af epilepsipatienter.

Sygeplejerskerne føler, at deres ledelse har tiltro til afdelingens fremtid. Og det har de faktisk også selv, understreger Lillian Dalsgaard:

”Vi har jo ikke selv så megen indflydelse på udviklingen, men jeg føler, at vores ledelse prioriterer afdelingen her højt. Det er ikke sådan, at neurokirurgi er blevet sat på pause, og hverdagen kører videre som normalt på trods af reformen. Og hvem ved, måske ender det med, at vi får endnu mere spændende opgaver i den nye region.”



kommunalreform

Skift. Region Hovedstadens nye formand for sygehusudvalget, Jørgen Christensen (V), forudser store forandringer i regionen. Rationaliseringer og effektiviseringer skal give et bedre sygehusvæsen, mener han.



JØRGEN CHRISTENSEN (ARKIVFOTO: POLIFOTO)

”Vi kommer til at se en samling af nogle specialer, fordi det kan gøre behandlingen mere effektiv, højne kvaliteten og spare penge. Vi går nu igang med at undersøge, hvor det kan give mening at sammenlægge specialer eller lave samarbejder, men endnu kan vi ikke sætte navn på mulige specialesammenlægninger,” siger Jørgen Christensen (V), amtsborgmester i Frederiksborg Amt frem til den 1. januar 2007, og nyudnævnt formand for Region Hovedstadens sygehusudvalg.

Politiker

Specialer og skadestuer bliver forandret

Forandring, men ikke en revolution.

Sådan beskriver Jørgen Christensen (V) den kommende tid for Region Hovedstadens sygehusvæsen. Efter længere tids politiske kampe i det nyvalgte regionsråd med 41 valgte blev han den 7. marts valgt til formand for sygehusudvalget i regionen.

Og nu går arbejdet med at lægge planer for det enorme sygehusvæsen i den region, der kommer til at dække over Frederiksborg Amt, Københavns Amt, H:S og Bornholms Regionskommune, for alvor i gang.

”Det er en stor opgave, men det er også en chance for at forbedre kvaliteten i vores sygehusvæsen. Sygeplejerskerne vil komme til at mærke ændringer fra 2007, men det vil ikke blive en revolution. Vi vil involvere de forskellige personalegrupper, og så vil der over en periode komme ændrede arbejdsopgaver og funktioner, der slås sammen,” siger Jørgen Christensen, der ud over sin plads i regionsrådet også fungerer som amtsborgmester i Frederiksborg Amt indtil den 1. januar 2007.

Beregninger viser, at regionen kommer til at

mangle et trecifret millionbeløb de næste år. Bliver det ikke svært at forbedre kvaliteten og spare samtidig?

”Jo, det bliver en udfordring. Men når man fusionerer, er det også med henblik på rationaliseringer. Vi kommer til at have en omsætning på 23-24 mia. kr. i regionens sygehusvæsen, så det vil være muligt at hente nogle millioner på effektiviseringer. Men nemt bliver det ikke.”

Hvordan skal rationaliseringerne ske?

”Jeg ser specialerne som det vigtigste område. Vi kommer til at se en samling af nogle specialer, fordi det kan gøre behandlingen mere effektiv, højne kvaliteten og spare penge. Vi går nu i gang med at undersøge, hvor det kan give mening at sammenlægge specialer eller lave samarbejder, men endnu kan vi ikke sætte navn på mulige specialesammenlægninger.”

Flere eksperter mener, at skadestuer vil blive lukket eller neddrolet i Hovedstaden de kommende år. Er du enig?

”Som udgangspunkt ja. I dag kommer mange patienter igennem skadestuerne, selvom de i virkeligheden ikke behøver

akut behandling. Samtidig ligger akutfunktionerne så tæt i Hovedstaden, at jeg ikke tror, en lidt længere afstand vil forringe behandlingen. Vi skal afgjort se på hele akutområdet og eventuelt også se, om kommunerne kan overtage nogle af opgaverne i sundhedscentre.”

Region Hovedstaden mangler stadig at ansætte en fast direktion, og I bliver kritiseret for at være for langsomme. Risikerer sygeplejerskerne, at vigtige ting som personalepolitikker bliver hastet igennem?

”Vi har stadig ni måneder, til regionen træder i funktion, så vi har altså noget tid endnu. Vi får travlt, men jeg mener, vores tidsplan er realistisk. Vi inddrager personalegrupperne, og jeg lover, at der ikke bliver tale om hovsaløsninger i arbejdet,” siger Jørgen Christensen, der for fem år siden afløste den nuværende indenrigs- og sundhedsminister, Lars Løkke-Rasmussen (V), på posten som amtsborgmester i et af de amter, der fra den 1. januar 2007 går over i de kommunale historiebooger.

redaktionen@dsr.dk

Hjemmesygeplejen får en stor udfordring

Kul på. Kommunerne skal op i omdrejninger, hvis de skal leve op til politikernes målsætninger i 2007. Kommunalreformen kræver en kraftig oprustning af hjemmesygeplejen, vurderer ekspert.

Kommunalreformen betyder nye opgaver til landets kommuner. Men reformen kan også betyde en travlere hverdag for kommunernes sygeplejersker.

Siden 2000 er hver 11. sygeplejerskestilling i kommunerne forsvundet, og det kan gøre omstillingen til de nye, plejekrævende opgaver svær, vurderer ekspert.

”Kommunerne er først nu ved at komme op i omdrejninger i forhold til at forberede udførelsen af sundhedsopgaverne i kommunalreformen. Hvis det skal lykkes kommunerne at løfte opgaven, kræver det en styrkelse af hjemmesygeplejen og en styrkelse af de enkelte sygeplejerskers kompetencer. Og når man ser på udviklingen i antallet af sundhedspersonale i kommunerne, kan man godt komme i tvivl om, hvorvidt det kan nås, inden reformen træder i kraft,” siger *Kjeld Møller Pedersen*, der er professor i sundhedsøkonomi ved Syddansk Universitet.

Kommunalreformen giver kommunerne ansvaret for forebyggelse, sundhedsfremme og genoptræning af borgerne. Desuden opfordres kommunerne til at oprette sundhedscentre, som kan samle behandlingstilbuddene på ét sted og dermed give nogle stordriftsfordele.

DSR: Ansæt flere

I Dansk Sygeplejeråd presser man løbende på for at få kommunerne til at ansætte flere sygeplejersker, så reformens krav kan opfyldes.

”Vi har holdt to konferencer med Kommunernes Landsforening (KL), hvor hovedbudskabet var: I skal ansætte flere sygeplejersker. Samtidig er det også nødvendigt, at sygeplejerskerne i kommunerne får den nødvendige efteruddannelse, som kan sikre, at de kan dække de faglige krav. Det har det haltet med indtil videre,” siger Dansk Sygeplejeråds formand, *Connie Kruckow*, som samtidig glæder sig over de nye opgaver til

foreningens kommunalt ansatte. Hvis der altså følger ansættelser og uddannelse med de nye krav. I KL er man ikke i tvivl om, at kommunerne kan løse de nye opgaver. ”Vi kunne godt have ønsket os, at der fulgte nogle flere penge med de nye opgaver, men jeg er optimistisk. Vi glæder os til, at kommunerne får mere ansvar på sundhedsområdet, og jeg tror, det vil give et mere sammenhængende arbejde til sygeplejerskerne,” siger *Vagn Ry Nielsen* (S), der er formand for KLs social- og arbejdsmarkedsudvalg.

Men kan du love, der bliver ansat flere sygeplejersker til at løse opgaverne?

”Det er jo individuelt, hvordan de enkelte kommuner vil løse opgaven, og jeg kan ikke sige, hvorvidt de enkelte kommuner vil ansætte flere. Men det er klart, at vi i højere grad får brug for den ekspertise, sygeplejerskerne repræsenterer,” siger Vagn Ry Nielsen.

redaktionen@dsr.dk

►► FÆRRE SYGEPLEJERSKER, FLERE OPGAVER

Kommunalreformen betyder flere opgaver for kommunerne, som skal tage sig af opgaver inden for forebyggelse og genoptræning, som amterne tidligere stod for. Samtidig er antallet af sygeplejersker ansat i kommunerne faldet støt de senere år.

Antal sygeplejersker ansat i kommunerne:

2000: 7.448

2001: 7.289

2002: 7.166

2003: 6.862

2004: 6.847

2005: 6.792

I alt er der blevet 8,8 pct. færre sygeplejersker i kommunerne i løbet af de fem år.

Kilde: FLD

►► LÆS OGSÅ: VEJLEDNING OM OVERGANGEN TIL DE NYE REGIONER OG KOMMUNER FRA DANSK SYGEPLEJERÅD

Med dette nummer af *Sygeplejersken* kommer også en vejledning fra Dansk Sygeplejeråd med titlen:

Kommunalreformen den 1. januar 2007 – Vejledning om dine løn- og ansættelsesforhold.

Hæftet indeholder fire kapitler om overgange i forbindelse med overgangen til kommunalreformen.

1. Overgang fra Amt/HS til region
2. Overgang fra Amt/HS til kommune
3. Sammenlægning af kommuner
4. Overgang fra Amt/HS til staten

Herudover indeholder vejledningen et begrebsafklaringsafsnit og links.

Kilde: Dansk Sygeplejeråd

Ny kurs i sundhedspolitikken

Handling bag ordene. Danmark har ondt i folkesundheden: Vi har for få leveår med optimalt helbred. Folkesygdommene vinder frem med foruroligende hast. Og der er stor social ulighed i sundhed og sygdom.

Det skal vi som samfund gøre noget ved. Nu!

Derfor har Dansk Sygeplejeråd netop offentliggjort et forslag til en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse. Forslaget går i al sin enkelhed ud på, at Folketinget skal vedtage en national plan, der forpligter kommunerne og regionerne til at opruste på den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse. Samtidig skal Folketinget øremærke penge til at gennemføre handleplanen.

Vores forslag går ud på at sætte handling bag ordene i regeringens eget sundhedsprogram "Sund hele livet." Hvor svært kan det være?

Vi ved, at nationale handleplaner virker. Det viser erfaringerne fra bl.a.

"Vi ved, at mere borger- og patientrettet forebyggelse kan betale sig. Først og fremmest forbedrer det borgernes livskvalitet."

hjerterplanerne og kræftplanerne. Når Folketinget kan vedtage en national kræftplan, kan det også gøres på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet.

Vi ved også, at der er behov for et langt sejt træk. I dag er indsatsen mange steder sparsom, kortsigtet

og præget af en zigzagkurs. Hvis sundhedsfremme og forebyggelse skal virke, er der behov for det modsatte: En målrettet, systematisk og langsigtet indsats baseret på et forskningsbaseret grundlag.

Og vi ved, at mere borger- og patientrettet forebyggelse kan betale sig. Først og fremmest forbedrer det borgernes livskvalitet. Det er der behov for. F.eks. viser forskningen, at overvægtige børn rapporterer samme livskvalitet som børn med kræft. Her har vi som samfund et ansvar for at sætte ind! Øget borger- og patientrettet forebyggelse har også stor betydning for fremtidens velfærdssamfund:

En af de vigtigste investeringer i fremtidens velfærdssamfund er at forbedre befolkningens sundhed. Den investering er en forudsætning for, at flere borgere kan forblive raske, aktive og i arbejde i længere tid. Derfor er en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse et helt centralt element i de velfærdsreformer, som Folketinget snart skal i gang med at forhandle.

I bund og grund handler det om, hvad vi vil med sundhedsvæsenet. For mig er der ingen tvivl om, at der er behov for en ny kurs i sundhedspolitikken. Det er nød-

vendigt at opruste massivt på den borger- og patientrettede forebyggelse. Ambitionerne for sundhedsfremme og forebyggelse skal være lige så høje som ambitionerne om at forkorte ventelisterne.



Connie Kruckow

Connie Kruckow, formand



Fagligt spark til kolleger

Af Benedikte Kristensen, sygeplejerske

Kommentar til artiklerne "Giv hinanden et fagligt spark" og "Ny kultur i hjemmeplejen" i Sygeplejersken nr. 5/2006.

Med henvisning til de to artikler i *Sygeplejersken* nr. 5/2006 "Giv hinanden et fagligt spark" og "Ny kultur i hjemmeplejen" vil jeg også gerne give et fagligt spark.

Det er spændende læsning spækket med ord som kompetencer, faglig udvikling, oplæring af andre faggrupper osv.

Mit faglige spark vedrører billedmateriale.

Er det fotografens skyld, at billederne sender nogle forkerte signaler?

Eller er det sygeplejerskerne, der i deres hverdag ikke er klædt på til at lade sig for-evige?

Sygeplejersker i uniform – med fingerringe, langærmede, tykke trøjer, delvis uknappede kitler og skødesløst opsat langt hår.

Hvad gavner en kittel, hvis den må stå åben foran? Er det lommerne, vi har brug for?

Vi skal jo ikke have klienten op på ryggen!

Er beklædningsreglerne ikke så gode, at vi ikke behøver at bruge vores egne trøjer og jakker for at holde varmen?

Hvis vi skal være gode rollemodeller for klienter, kolleger, elever og andre faggrupper, bliver vi nødt til at se os selv i spejlet. Hvis ikke uniformen og hygiejnen er i orden, hjælper alle de fine ord og gode intentioner så lidt.

Benedikte Kristensen er ansat i Kolding Kommune.

”Det er klart, at vælger man kun ud fra økonomiske betragtninger, er det spild af penge at behandle menneskers lidelser, dersom de selv misrægter deres krop med rygning, alkohol, dårlig kost og manglende motion. Det betyder så bare, at vi vælger enten ikke at behandle eller eventuelt tilbyde disse mennesker en ringere behandling.”

Marianne Thomsen, sygeplejerske, i Politiken.

Hønsesnak og buldrende tomme tønder

Af Inge Bentzen, sygeplejerske

Kommentar til temaet om indvandrere i det danske sygehusvæsen i Sygeplejersken nr. 2/2006 samt chefredaktør Sigurd Nissen-Petersens indlæg ”Et følsomt emne” i nr. 4/2006.

Sygeplejersken nr. 2/2006 tegner et negativt billede af en hel gruppe patienter, og nu vælger den ansvarlige, chefredaktør Sigurd Nissen-Petersen (SNP), at vaske sine hænder (Sygeplejersken nr. 4/2006). Redaktionen valgte en konfronterende, negativ titel for temanummeret, der stempler indvandrere i sundhedsvæsenet som et problem. Ifølge SNP ville et valg af ”et andet signal” være dybt betænkeligt og uærligt. Hvorfor egentlig? Man leder forgæves efter SNPs argument herfor. SNP skriver, at et så følsomt emne ikke bør få os til at sløre eller skjule sandheden. Hvilken sandhed?

Et eksempel er *Marianne Troelsens* (MT) manglende analyse af dataene i sin artikel. Det hævdes, at 746 besvarelser (svarprocent på 36) ”er et tilstrækkeligt antal til, at man kan gennemføre en detaljeret analyse af resultaterne” – et argument, som SNP gentager. Men spørgsmålet er jo ikke, om 746 er mange eller få, men derimod, om en lav svarprocent øger risikoen for bias i undersøgelsen: om sygeplejersker med negative erfaringer er mere motiverede for at svare på det tilsendte spørgeskema end andre.

Kilden til artiklens fakta-afsnit angives som ”Sygeplejerskens undersøgelse af patienter med indvandrerbaggrund”. Men undersøgelsen har tilsyneladende ikke kontaktet en eneste patient med indvandrerbaggrund. De kvantitative data er af typen ”xx pct. af sygeplejerskerne har oplevet, at indvandrerpatienter oftere end danske patienter mener dit og dat eller ikke gør dit og dat.” Dette er et underligt indirekte udsagn. Hvor tit har de adspurgte oplevet dette? I hvilken sammenhæng? Hvor meget oftere? Hvis 91 pct. af sygeplejerskerne, der har ”haft problemer med indvandrerpatienter,” angiver, at grunden til problemerne er sproglig, hvor let kan disse sygeplejersker så vurdere, hvad ”indvandrerpatienterne” tror eller mener?

Det ville være interessant at undersøge, om indvandrerpatienter har andre forventninger til sundhedsvæsenet end socialt matche-

de danske patienter. Men det kræver, at man sender spørgeskemaer til en indvandrer!

I stedet for kvalitative og kvantitative data får vi en gang hønsesnak. Og en chefredaktør, der buldrer med de tomme tønder.

Inge Bentzen bor i USA.

Svar

Af Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør

Vores valg af overskrifter og hovedhistorier er baseret på den analyse og de konklusioner, som analysebureauet Catinét har lavet på baggrund af sygeplejerskernes svar til os. Hovedkonklusionen, og dermed også sandheden for sygeplejerskerne, er, at der er problemer i mødet mellem sygeplejerskerne og patienter med indvandrerbaggrund og deres pårørende. Derfor kan vi ikke lave en anden overskrift – derfor kan vi ikke skrive anderledes.

Der er ikke tale om, at vi vasker hænder, udøver hønsesnak eller buldrer med tomme tønder. Der er tale om, at vi har lavet et seriøst, korrekt, modigt og grundigt stykke journalistisk arbejde. Det kan tænkes, at der er nogle, der ikke bryder sig om historierne på grund af deres indhold og budskab, men det er ikke vores opgave at sløre vores historier eller gå på kompromis med sandheden af den grund.

Med hensyn til svarprocenten har Catinét lavet en såkaldt frafaldsanalyse blandt dem, der har svaret, og dem, der ikke har svaret, og har på den baggrund konkluderet, at de 746 svar dannede et tilstrækkeligt grundlag til at lave en dækkende undersøgelse. En frafaldsanalyse er fast praksis i undersøgelser med spørgeskemaer, hvor det forventes, at der vil være en procentdel, der ikke svarer. Analysen bliver netop lavet for at sikre, at den resterende gruppe er repræsentativ.

Vi mener ikke, at vi tegner et negativt billede af en gruppe patienter, men til gengæld forsøger vi at belyse et følsomt og underbelyst område med tiltrængte fakta, som der kan arbejdes videre med for dem, der måtte have lyst.

Hensigten med artiklerne og undersøgelser har været at undersøge sygeplejerskernes oplevelser – ikke indvandrems – det har været et helt bevidst valg, men vi taler i vores brede tema i nr. 2 med en række repræsentanter fra indvandremiljøet.

Jeg kan i øvrigt henvise til Læsernes Redaktør, der i Sygeplejersken nr. 5/2006 også behandler vores artikler om sygeplejerskers møde med indvandrere. Se mere på www.sygeplejersken.dk

DLS

Er du leder i sundhedssektoren?

Eller vil du gerne være det?

Så er DLS noget for dig



DLS er en teoretisk funderet lederuddannelse for sundhedssektoren, der på 2 år giver dig et solidt fundament for udvikling af godt lederskab. DLS har eksisteret i mere end 10 år, og vores erfaringer med over 800 studerende viser, at uddannelsen giver konkrete resultater.

DLS udbydes i hele Danmark.

I august 2006 starter vi hold i: Århus, Næstved, Hillerød og Gentofte.

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

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

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

tlf. 54 888 224 • www.ceus.dk

HANDELSHØJSKOLE
CENTRET

CEUS
Handelshøjskolecenter



Plads til rummelighed

Af Lise-Lotte Ahrnkiel, sygeplejerske, maleinstruktør

Kommentar til forsiden af Sygeplejersken nr. 5/2006.

Inspireret af artiklerne om åndelig omsorg i *Sygeplejersken* nr. 5/2006 får jeg lyst til at skrive følgende:

Alle levende væsner har behov for åndelig omsorg, hvad enten de står i en af deres livskriser eller ej. Derfor skal min opfordring til alle være: Find din åndelige omsorg frem i forhold til dig selv i første omgang – fyld dine depoter op – start f.eks. med at stille dig selv nogle af

følgende spørgsmål:

- Hvem er jeg?
- Hvad tror jeg på?
- Hvad ønsker jeg mig af livet?

Derefter vil du formentlig finde det mere naturligt at give dine livserfaringer videre til andre, ikke for at de skal følge dine anvisninger – bruge de værktøjer – du har brugt, men så de kan bruge dine erfaringer som inspirationskilde i deres egen selvudviklings proces – til netop de valg, der er de rigtige for dem.

Som *Søren Kierkegaard* har sagt: "Den vise vejleder fører mig ikke ind i sit eget visdomshus, men leder mig til min egen klogskabs tærskel."

Giv jer selv og hinanden den rummelighed og opmærksomhed, der skal til, for at den samhørighed, vi alle har så stor brug for, bliver virkelighed for alle!

God rejse ...

Lise-Lotte Ahrnkiel er ansat på Diagnostisk Center, Rigshospitalet.

Master i
Kvalitet og ledelse i social-
og sundhedssektoren

Hvad mener du

www.sygeplejersken.dk

Denne uges spørgsmål på www.sygeplejersken.dk

Er det en god ide, at Dansk Sygeplejeråd har lavet en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse?

Svar på spørgsmål stillet i *Sygeplejersken* nr. 4/2006

Skal vi have patientskoler efter engelsk og amerikansk forbillede i Danmark?

Svar	antal	pct.	
Ja	73	57,9	
Nej	33	26,2	
Ved ikke	20	15,9	
Total	216	100	

Skriv kort

Skriv kort, når du vil deltage i debatten i *Sygeplejersken*. Et debatindlæg må maksimalt være på 1.800 tegn uden mellemrum. Redaktionen forbeholder sig ret til at forkorte debatindlæg, der er for lange.

Redaktionen forbeholder sig ret til at afvise kommentarer til artikler m.m., der er mere end to måneder gamle.

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

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

- Med en master i kvalitet og ledelse i social- og sundhedssektoren bliver du i stand til at analysere organisatoriske, økonomiske, beslutningsorienterede og ledelsesmæssige forhold.

Uddannelsen fokuserer på ledelse og kvalitetskultur, kvalitetsopfattelser og -systemer samt kvalitet som ændrings- og styringsredskab.

For at søge ind skal du have en diplom- eller bachelorgrad og minimum to års erhvervs erfaring.

- Søg nu og ikke senere end den 1. juni. Vi starter den 1. september.
- Kontakt uddannelsessekretær Tine Nielsen på e-mail: mpqm@health.sdu.dk eller tlf. 6550 2995 eller klik på www.mpqm.sdu.dk.



Gør fagbladet bedre

Udfordring. Redaktionen må ansætte en videnskabelig redaktør og kvalitetssikre de faglige artiklers vej gennem systemet, hvis fagbladet Sygeplejersken skal fremtidssikres.

Sygeplejersken skal være et fagblad for alle sygeplejersker. Der skal være en vis del fagpolitisk stof og en vis del sygeplejefaglige artikler.

Sygeplejersker vil gerne publicere deres undersøgelser i deres eget fagblad, og *Sygeplejersken* er et relevant sted at publicere, da det læses af alle medlemmer. Som det er nu, er der mange, der klager over, at det tager alt for lang tid at få artikler igennem vurdering og trykning. Der er således noget, der tyder på, at der enten er for lang ekspeditionstid ved vurderingen af artiklerne, eller at der ikke er tilstrækkelig plads til sygeplejefaglige artikler i bladet. I *Sygeplejersken* skrev en redaktør for nylig, at der ikke var så meget plads, som man kunne ønske sig til sygeplejefaglige artikler, men det må være os sygeplejersker, der skal beslutte, hvor meget plads der skal anvendes til hvad. Det er os, der betaler for bladet.

For nogle år siden havde man i Danske Fysioterapeuter en lignende diskussion, og den er heldigvis endt med, at der er blevet mere plads til fysioterapeutfaglige artikler. Sygeplejerskerne uddanner sig i stigende grad, hvilket indebærer, at flere kommer til at arbejde med sygeplejefaglige problemstillinger, som de ønsker at publicere i *Sygeplejersken*. For at fremtidssikre bladet kan der altså lige så godt handles nu.

Ved et møde med de sygeplejefaglige redaktører for *Sygeplejersken* i sommeren 2005 drøftedes en ny strategi for, hvordan *Sygeplejersken* kan blive interessant for forskere at publicere i. Den strategi er vi enige i, dog mener vi, at der mangler to elementer, for at *Sygeplejerskens* videnskabelige sektion kan leve op til de krav, som stilles til et videnskabeligt tidsskrift, nemlig: 1) en videnskabelig redaktør og 2) en kvalitetssikring af processen, fra der indleveres en artikel, til den evt. bliver publiceret i *Sygeplejersken*.

Ad 1: Begrundelsen for at ansætte en videnskabelig redaktør er for det første, at redaktøren skal have den fornødne ekspertise til at vurdere, om artiklerne overhovedet skal udsendes til review. Dernæst skal redaktøren i de tilfælde, hvor der er indhentet to reviews, vurdere, om man på baggrund af disse skal publicere artiklen i *Sygeplejersken* og sammenfatte et videnskabeligt funderet svar til forfatteren af artiklen. Det er altså et kvalitetsstempel at have en videnskabelig redaktør.

Ad 2: For at det skal være attraktivt at publicere i *Sygeplejersken*, skal bladet byde ind med nogle fortrin. I den videnskabelige verden opnås merit hovedsageligt efter antallet af publikationer, og hvilke tidsskrifter man publicerer i. Et tidsskrift, der gerne vil have høj status, må derfor anstrenge sig for at få anseelse, og en af mulighederne er, at man tilbyder hurtig og effektiv review og publicering af artikler. Det er derfor nødvendigt at opstille mål for, hvor lang tid der må gå, før en artikel sendes til review, og hvis der er grundlag for det, hvor lang tid forfatterne har til at revidere artiklen, og hvor lang tid der må gå, før artiklen publiceres. Redaktionen kan f.eks. se på *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, der har et sådant regelsæt.

I *Sygeplejersken* findes der flere muligheder for at publicere forskellige typer artikler, hvilket vi synes er udmærket. På samme måde som med de videnskabelige artikler må det dog være sådan, at der skal være en kvalitetssikring af processen og tiden fra modtagelse af en artikel til publicering.

Som det er nu, får dem, der bedømmer, og dem, der publicerer de ikke-videnskabelige artikler, honorar, hvorimod dem, der bedømmer og publicerer de videnskabelige artikler, ikke gør. Det undrer os, eftersom det er et betragteligt arbejde at bedømme en videnskabelig artikel.

*Ingrid Egerod er seniorforsker på UCSF,
og Ingrid Poulsen er projektleder på H:S Bispebjerg Hospital.
ingrid@poulsen.mail.dk*

Svar

Af Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør

Den 1. april tiltræder *Evy Ravn* som ny sygeplejefaglig medarbejder på *Sygeplejersken*. Hun afløser *Anne Vesterdal*, der er gået på pension. Dermed har *Sygeplejersken* to højt kvalificerede faglige medarbejdere, som hele tiden ser på, om *Sygeplejerskens* faglige sider kan udvikles yderligere.

At bedømme videnskabelige artikler er altid ulønnet, frivilligt arbejde, som man kan anføre på sit CV. Det samme gælder for skrivningen af artikler.

Tove Ragnhild Thomsen

Tidl. afdelingssygeplejerske *Tove Ragnhild Thomsen*. At blive begavet med et menneske, der både er ens elskelige og livskloge mor samt en fagligt kompetent, fremsynet og engageret kollega, er sikkert meget få forundt.

I dit faglige virke som afdelings- sygeplejerske i psykiatrien ved det daværende statshospital i Augustenborg gjorde du dig positivt bemærket både som patienternes fortalere og hjælper, elevernes forbillede for, hvad god sygepleje er, og en respekteret leder. Uanset behandlings- og plejemetoder forholdt du dig altid kritisk hertil, båret af en dyb respekt for mennesker og af en høj sygeple-

jeetik. Din energiske kamp for at give sygeplejen den plads, den fortjener som den selvstændige disciplin, den i dag har udviklet sig til, gjorde du dit til.

At du blev et forbillede for os, dine tre døtre i valg af uddannelse og arbejde, kan næppe undre nogen. At sygdom de sidste måneder skulle forkorte dit liv, synes uretfærdigt. Til det sidste bevarede du både din vilje til selv at bestemme, din fulde dømmekraft og din klare hjerne.

Vi tre døtre fik den store udfordring at yde dig de sidste ugers terminale pleje. Det var hårdt 24 timer i døgn selv med vores tilsammen mange ressourcer,

men også en stor glæde og tilfredsstillelse. Det er en gave at kunne få lov til at følge et elsket, ordentligt og redeligt menneske så tæt i sin livsafsluttende fase. Trods den indre smerte, der følger af at skulle miste og tage uigenkaldelig afsked, gav det mening at se et gammelt menneske roligt og trygt lægge sig til at dø. Det var dig, mor, der trøstede os i den sidste svære tid.

Denne nekrolog er skrevet i dyb og kærlig taknemmelighed til dig, der gav så meget. Vores mor

døde med værdighed den 7. september 2005 i sit elskede hjem, 94 år gammel. En speciel tak til Sønderjyllands amtskreds, som stod fanevagt ved begravelsen.

Sygeplejelærer Ulla Thomsen, Den Sønderjyske Sygeplejerskole, Sønderborg.

Praktiserende læge Hanne Thomsen Silbye, Køge.

Sygeplejerske og rådgiver Lone Bach, f. Thomsen, Kræftens Bekæmpelse, København.

►► **IN MEMORIAM.** Mindeord modtages gerne om afdøde sygeplejersker, som var medlem af Dansk Sygeplejeråd. For at vi kan bringe mindeordene så hurtigt som muligt, må teksten højst være på 1.300 tegn (uden mellemrum). For lange tekster vil blive forkortet af redaktionen.

navne



Sanne Angel



Britta Hørdam og Ina Borup

Stipendier til sygeplejeforskning

Sygeplejerske *Sanne Angel*, der er ph.d.-studerende ved Institut for Folkesundhed, har modtaget 12.500 kr. i stipendium fra Sygeplejerskernes Forskningsfond. Sygeplejerske *Britta Hørdam*, der er ph.d.-studerende ved Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet på Aarhus Universitet, har modtaget 8.000 kr., mens sygeplejerske *Ina Borup*, der er Doctor of Public Health (DrPH), modtog 10.000 kr. Ina Borup er lektor ved Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap i Göteborg.

(sbk)

Dronningens fortjenstmedalje

Otte sygeplejersker har modtaget dronningens fortjenstmedalje i sølv for 40 års tjeneste som ansatte i det offentlige: Afdelingssygeplejerske ved Randers Centralsygehus, *Jette Malthe Andersen*, sygeplejerske ved Psykiatrisk Center Syd, *Oringe, Annemarie Larsen*, sygeplejerske ved Ribe Amts Sygehusvæsen, *Dorit Puggaard*, sygeplejerske ved Randers Centralsygehus *Margit Christensen*, sygeplejerske ved Århus Sygehus, *Ellen Heide Petersen*, sygeplejerske ved Brønderslev Psykiatriske Sygehus, *Helle Winnie Kristensen*, sygeplejerske ved Sygehus Fyn, *Faaborg, Hanne Moustgaard Johansen* og afdelingssygeplejerske ved Sygehus Fyn, *Faaborg, Vibeke Lindholm Vie*.

(sbk)

Gentofte eftermiddage

Cøliaki (glutenintolerance) - en ny folkesygdom

Torsdag den 6. april 2006 kl. 14-16,
Store Auditorium, Amtssygehus i Gentofte

Arrangør: Medicinsk Gastroenterologisk Afd. F og
Gastroenterologisk Laboratorium, Amtssygehuset i Gentofte

Åben for alle interesserede

Tider er inklusive ca. 5 minutters diskussion

- 14.00 - 14.15: Cøliaki hos voksne
v./ Overlæge, dr.med. Jüri J. Rumessen,
Medicinsk afd. F, Gentofte Amtssygehus
- 14.15 - 15.00: Patogenetiske mekanismer ved cøliaki
v./ Professor, dr.med. Hans Sjöström, Institut for
Medicinsk Biokemi C, Panum Institutet
- 15.00 - 15.10: Kort pause
- 15.10 - 15.25: Betydning af krydsbinding af gliadin til
ekstracellulære matrixproteiner for patogenesen
ved cøliaki
v./ Stud. scient. Katrine Schjoldager, Institut for
Medicinsk Biokemi C, Panum Institutet
- 15.25 - 16.00: Cøliaki hos børn
v./ Overlæge, dr.med. Birgitte Weile, Pædiatrisk
afd. L, Gentofte Amtssygehus

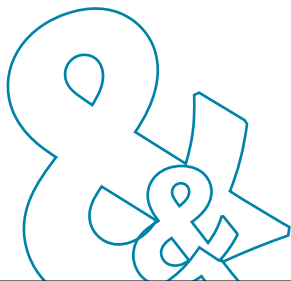
I Sygeplejerskens faglige sektion findes artikler, herunder resumeer af international forskning og anmeldelser, skrevet af sygeplejersker eller andre fagpersoner. Artiklerne i denne sektion er godkendt efter sygeplejefaglig vurdering og vejledning.

faglige artikler

På www.sygeplejersken.dk findes

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

Vejledninger tilsendes også ved henvendelse til redaktionen 3315 1555



Definition på omsorgspraksis

Spichiger E, Wallhagen MI, Benner P (2005). Nursing as a caring practice from a phenomenological perspective. Scand J Caring Sci 19; 303-9.

Sygeplejen beskrives ofte som en omsorgspraksis, men hvad der ligger i det begreb, står ikke klart. Der mangler enighed om, hvad omsorg og praksis er.

Formålet med denne artikel, der har *Patricia Benner* som medforfatter, er at problematisere begreberne praksis og omsorg og derefter præsentere et fænomenologisk syn på omsorgspraksis.

Praksis bliver beskrevet ud fra filosofierne *Taylor* og *MacIntyre*. *Taylor* har et alment syn på praksis, det er, f.eks. hvordan man i en kultur opdrager børn, og hvad det betyder at være en god forælder, lærer eller sygeplejerske. *MacIntyre* skelner mellem teknisk færdighed og praksis, han taler om, at historien er indlejret i praksis, og mener, at enhver praksis har eksterne goder såsom prestige, status og penge.

En praksis med interne goder opnås gennem erfaringsudveksling med andre. *Benners* fenomenologiske syn på omsorg bliver diskuteret i forhold til andre omsorgsteoretikere, f.eks. *Watson*, *Leininger*, *Morse* og *Swanson* og med *Aristoteles'* vidensformer *phronesis* og *techne* som analyseredskab.

Den sidste del af artiklen præsenterer et syn på omsorgspraksis, som bygger på den foregående diskussion og ligger tæt op ad *Benners* omsorgsforståelse. En omsorgspraksis refererer her til en aktivitet, mennesker bliver involveret i, fordi det vedkommer dem. Denne praksis, hvad enten den er privat eller offentlig, giver mening for de involverede.

Sygepleje er den slags praksis. En omsorgspraksis, som tager udgangspunkt i *phronesis*, og som ikke kan beskrives i termer som adfærd, handlinger eller resultater. Selv om vi i over 10 år har diskuteret omsorgens centrale betydning i faget, vil denne artikel bidrage til diskussionen, den tilfører et velbegrunderet og nuanceret syn på, hvordan omsorgspraksis kan udlægges.

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

Omsorg på sygeplejerskolerne

Beck CT. Caring within nursing education: a metasynthesis. J Nurs Education 2001; 40: 101-9.

Omsorg er centralt i sygeplejefaget, og på sygeplejerskolerne bør der derfor være et omsorgsfuldt klima blandt lærere og studerende for at understøtte omsorgens betydning.

Formålet med artiklen var at sammenskrive kvalitative undersøgelser om omsorg på sygeplejerskoler for derigennem at finde generelle træk om omsorg.

Fjorten kvalitative undersøgelser, der handlede om omsorgens betydning for lærere og studerende, udgjorde data i en metasyntese baseret på *Noblit* og *Hares* meta-etnografiske metode i syv trin, der nøje blev fulgt og ligeledes er godt beskrevet i artiklen. Totalt indgik 30 lærere og 350 studerende i undersøgelserne.

Formålet med en kvalitativ metasyntese er at udvide fortolkning og forståelse af et antal kvalitative undersøgelser om samme fænomen for til sidst at samle data i en teori eller en narrativ beskrivelse. I denne artikel udgøres syntesen af en teori. Nøglebegreber i denne omsorgsteori er nærvær, delagtighed, støtte, kompetence og opløftende effekt.

Omsorgen på sygeplejerskolerne havde en opløftende effekt, den gjorde, at lærere og studerende følte sig respekteret, de følte, at de hørte til, de udvikledes, forandredes, lærte omsorg og ønskede at yde omsorg.

Undersøgelsen er interessant af flere grunde. Den er et godt eksempel på, hvordan en metasyntese kan præsenteres, og hvilken betydning denne metode har for kvalitativ forskning. Den handler om omsorg på sygeplejerskoler, og den viser på empirisk basis, at det interne omsorgsfulde klima har betydningsfuld effekt for kompetenceudvikling og trivsel på skolerne.

Artiklen kan således bidrage med såvel metode- som substansviden. Desuden indeholder den illustrative figurer og tabeller, som gør indholdet overskueligt.

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

Ordentlige projektbeskrivelser

Dixon A. (2005). Applying for financial support to facilitate professional development and/or research: a guide to success. J Neonat Nurs 1; 38-44.

Penrod J. (2003). Getting funded: Writing a successful qualitative small-project proposal. Qual Health Res 13; 6: 821-32.

Dagens sygeplejersker er meget bevidste om, at sygeplejen skal være evidensbaseret og bygge på standarder for god sygepleje. En måde at fremme evidensbaseret sygepleje på er ved selv at udføre et projekt. For at gøre det må man søge om økonomisk støtte til ideer, udviklingsprojekter og fortsat uddannelse. Projektbeskrivelsens kvalitet, indhold og opbygning kan være altafgørende for, at en ansøgning bliver succesfuld.

Formålet med de to artikler, der refereres til i dette resumé, er at hjælpe sygeplejersker til at skrive ordentlige projektbeskrivelser.

Begge artikler kommer med praktiske og nyttige råd om, hvad man skal foretage sig, hvordan man trinvis bygger projektbeskrivelsen op, og hvad man gør, når ansøgningen måske i første ombæring ikke bliver imødekommet. *Dixons* artikel er en guideline, der indeholder ideer om, hvordan man skal beregne omkostningerne af projektet, den præsenterer "ti step til succes" og et illustrativt flowskema, der viser trinene fra idé til offentliggørelse. *Penrod* krydrer de gode råd med sin egen projektbeskrivelse, i den artikel finder man et eksempel på, både hvordan en god projektbeskrivelse bør være, og hvordan den er udformet. Artiklen gennemgår omhyggeligt hver enkelt del i projektbeskrivelsen, og de overvejelser forfatteren har gjort sig.

Forfatteren råder bl.a. forskeren til at skrive ansøgningen i god tid før deadline, så der er plads til at finpudse den, inden den bliver sendt af sted. At få økonomisk støtte til at gennemføre et forskningsprojekt er afgørende for alle forskere. De her refererede artikler giver ideer om vejen til en succesfuld projektansøgning.

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

Ph.d.-afhandling Samspil mellem ledelse og faglighed

Af Erik Elgaard Sørensen, sygeplejerske, cand.cur.

Afhandlingens titel: Sygeplejefaglig ledelse. En empirisk undersøgelse af samspil mellem ledelse og faglighed i ledende sygeplejerskers praksis i dansk sygehusvæsen.

Afhandlingen er baseret på fund fra feltforskning blandt 12 ledende sygeplejersker i dansk sygehusvæsen. Formålet med undersøgelsen har været at udvikle viden om samspil mellem ledelse og faglighed i ledende sygeplejerskers praksis.

Undersøgelsen viser, at samspil mellem ledelse og faglighed afhænger af, hvorvidt sygeplejersken indtager en rolle som kliniker, som administrator eller som hybridleder. I rollen som kliniker er ledelsespraksis kendetegnet ved en optagethed af klinisk praksis, hvorved samspil mellem ledelse og fag udebliver eller viser sig i et kortsigtet ledelsesperspektiv. Afhængigt af ledelsesniveau får det konsekvenser i form af en urolig, reaktiv og tilpassende ledelsespraksis.

I rollen som administrator er ledelsespraksis kendetegnet ved en optagethed af administration og drift, hvorved samspillet mellem ledelse og fag udebliver. Afhængigt af ledelsesniveau får det conse-

kvenser i form af en isoleret, tilpassende og alliancedannende ledelsespraksis.

I rollen som hybridleder er ledelsespraksis kendetegnet ved en dialektik mellem ledelse og fag. Afhængigt af ledelsesniveau får det konsekvenser i form af en rolig og proaktiv ledelsespraksis. Stærke sygepleje- og ledelsesfaglige identiteter resulterer i mod til at turde lede egne og andre fagprofessionelle. Det resulterer i tværfaglig anerkendelse, men kan også udvikle sig til en kamp om magt, fag og ledelse.

Tid og sted for forsvaret: Onsdag den 12. april kl. 14.00, Auditoriet Aalborg Sygehus, Afsnit Syd, Hobrovej 18-22, Aalborg

Erik Elgaard Sørensen er ansat som studieleder for sygeplejerskeuddannelsen på Aalborg Sygehus. Indskrevet som ph.d.-studerende ved Institut for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet siden september 2002.
ees@aa.s.nja.dk

►► OPPONENTER/BEDØMMELSESDVALG

- Lektor, cand.cur., ph.d. *Elisabeth Hall* (formand), Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.
- Professor, DrPH *Elisabeth Severinsson*, Director of Research, Department of Health Studies, University of Stavanger.
- Professor, ph.d. *Steen Hildebrandt*, Institut for Ledelse, Handelshøjskolen i Århus.

Vejledere

- Lektor, cand.cur., exam.art., ph.d. *Birthe Pedersen*, Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.
- Forskningsleder, cand.cur., ph.d. *Charlotte Delmar*, Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Forskningshus, Aalborg Sygehus, Århus Universitetshospital.
- Lektor, cand.merc. *Peter Kragh Jespersen*, Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning, Aalborg Universitet.

Ny sygeplejerske på Sygeplejersken

Af Jette Bagh, sygeplejefaglig medarbejder

Ny medarbejder. Fagbladet Sygeplejersken har manglet en sygeplejerske på de faglige sider siden december sidste år.

Nu lysner det.

Den 1. april starter en ny sygeplejerske på *Sygeplejersken*. Sygeplejersken skal træde ind for *Anne Vesterdal*, som efter mange år på bladet valgte at trække sig tilbage i slutningen af 2005.

Evy Ravn er 46 år og kommer fra en stilling som afdelingsleder på Montebello Plejehjem i Helsingør Kommune. Hun har en bred klinisk erfaring med i rygsækken bl.a. fra medicinsk og kardiologisk afdeling og fra primærsektor.

Hun har tidligere fungeret som underviser i forskellige sammenhænge og har også været censor på sygeplejerskeuddannelsen.

Evy har en sygeplejefaglig diplomeksamen i ledelse i sekundær sundhedstjeneste, og hun blev cand.scient. soc. i 2004.

Hun har i en periode været tilknyttet UCSF (Universitetshospitalernes center for omsorgs- og sygeplejeforskning) hvor hun har deltaget i forskningsprojekter og beskrivelsen af dem.

Evy Ravns kerneområder er den kliniske sygepleje og ledelse. Hun ser frem til at være med til at udvikle de faglige sider i *Sygeplejersken* og til at hjælpe læserne med at få deres budskaber ud, så essensen i artikler og indlæg er tydelig og fanger målgruppen.

skader



Hensigten med selvbeskadigelse kan være at få det bedre, at klare sig, men ikke direkte at ville sin egen død.

Når patienten sig selv

Sammenblanding af begreber. Når risikoen for, hvor farligt det er, at en patient skader sig selv, vurderes sammen med patienten, er der skabt et godt grundlag for den korrekte sygepleje.

Selvskadende adfærd savner af flere grunde en egentlig definition. Adfærden er utilstrækkeligt beskrevet og misforstås derfor ofte. Konsekvensen er, at både sundhedspersonale og de personer, der gør skade på sig selv, står over for to store problemer:

- Hvad menes der med selvskadende adfærd, og kan det adskilles fra selvmord?
- Hvilke sikkerhedshensyn skal der tages i arbejdet med personer, der gør skade på sig selv, og hvornår bør der gribes ind over for adfærden?

I denne artikel beskrives en metode, jeg har udviklet i bestræbelsen på at afklare og finde en løsning inden for disse to områder.

I to fokusgrupper med temaet risikovurdering, som jeg forestod i 2002, tegnede der sig et fælles mål for både sundhedspersonale og klienter, nemlig klientens sikkerhed. Men ellers er der ofte stor uenighed om, hvis sikkerhed der skal varetages, og hvad sikkerhed i det hele taget indebærer.

Jeg bruger både begreberne sikkerhed og risiko (forstået som et skadeligt eller uønsket resultat), da begge begreber bør

tages med i betragtning. Mange års erfaring siger mig, at der ofte overfokuseres på risiko, mens sikkerhed ofte negligeres inden for området selvskadende adfærd. Dette sker til trods for, at der findes megen litteratur inden for skadesreduktion, personlig sikkerhed og risikohåndtering i forbindelse med selvbeskadigende adfærd.

Forveksling af begreber

På grund af en ringe forståelse for området er det største problem for både sundhedspersonale og de personer, der gør skade på sig selv, at begreberne selvskadende adfærd, forsætlig selvbeskadigelse og selvmord forveksles. Rent praktisk betyder det, at man i for høj grad kommer til at satse på at forebygge dårlige resultater uden at have et skarpt øje for klientens sikkerhed eller sågar for, om det, man foretager sig, også reelt reducerer risici.

Jeg vil i denne artikel foreslå en nyttigere metode til sikkerheds- og risikovurdering, som er kommet i stand gennem samarbejde med de personer, der gør skade på sig selv, og, hvor man har ønsket ►

Mange fagfolk forveksler selvmordsforsøg og selvbeskadigelse. Teoretisk er det nemt at skelne mellem dem, i praksis er det lidt sværere, men langt fra umuligt.

når patienten skader sig selv



► det, med disses pårørende eller nære venner. Vurderingen bygger på en pilotundersøgelse foretaget vha. spørgeskemaer med 50 personer, der gjorde skade på sig selv i 2004-2005 samt deres 50 kontaktpersoner.

45 af de 50 sundhedsmedarbejdere (kontaktpersonerne) i pilotundersøgelsen følte, at vurderingen mere præcist afspejlede risici i klientgruppen, og 100 pct. af dem, der gør skade på sig selv, følte, at den mere præcist afspejlede de risici, de stod over for. Sundhedspersonalet følte, at metoden hjalp dem med at fokusere på de virkelige problemer i deres arbejde med mennesker, og brugerne bifaldt i alle tilfælde, at der var fokus på sikkerhed, og mente, at metoden mere præcist end tidligere adskilte domænerne inden for selvbeskadigelse.

Forskel på selvmord og selvskadende adfærd

Mange fagfolk forveksler selvmord og selvbeskadigelse. Teoretisk er det nemt at skelne mellem dem, i praksis er det lidt sværere, men langt fra umuligt.

Selvmord

Selvmord er en bevidst handling, der udføres med den klare hensigt at gøre en ende på livet. Jeg formulerede to enkle spørgsmål, som de fleste mente hjalp dem med at skelne mellem selvmord og selvskadende adfærd:

”Det, du gør, er det noget, du gør for at få det bedre eller for at gøre en ende på dine følelser?”

Det er indlysende, at de, der ønsker at få det bedre, er mere tilbøjelige til at gøre skade på sig selv, mens de, der ønsker at gøre en ende på deres følelser, må kunne formodes at være suicidale.

Selvskadende adfærd

Selvskadende adfærd er lidt sværere at definere, da det kan dreje sig om mange forskellige ting. Det eneste træk, der for mig at se adskiller selvskadende adfærd fra andet, er hensigten. Hensigten med selvbeskadigelse kan være at få det bedre, at klare sig, men ikke direkte at ville sin egen død. Mange af de personer, der gør skade på sig selv (60 pct.), siger, at de ved vores første møde er usikre på, hvad deres hensigt med selvskadende adfærd er. De har dog ikke direkte til hensigt at dø.

Usikkerhed, uklarhed eller ambivalens vidner ikke direkte om noget ønske om at dø, hvad der måtte kræves ved en klar erkendelse om selvmord.

Det lægelige udtryk *selvmutilation* defineres i diagnosesystemet DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. udgave) som forsætlig beskadigelse af kropsvæv uden det klare formål at gøre en ende på livet. De fleste af de mennesker, jeg arbejder med, udfører selvmutilation, men jeg synes, at definitionen fokuserer for meget på vævstab og omfanget af fysisk skade. Selvskadende adfærd er altså et bredere begreb, og jeg er nået frem til følgende definition på det:

”Selvskadende adfærd er en gentagen skadelig handling mod eller forsømmelse af én selv, der udføres uden direkte at have til hensigt at gøre en ende på livet.”

Selvskadende adfærd kan optræde som et enkeltstående tilfælde, men det er normalt sjældent noget, psykiatrien vil forsøge at hjælpe en person med. Jeg har således heller ikke

overvejet at bruge min metode på enkeltstående eller førstegangstilfælde af selvskadende adfærd, da det ikke er en klientgruppe, jeg har arbejdet med eller haft adgang til. Dog kan jeg sagtens se fordelene ved at diskutere de fem domæner i selvskadende adfærd med mennesker, der første gang gør skade på sig selv, herunder især hensigten med selvbeskadigelsen.

Skal behandles forskelligt

Den metode, jeg har udviklet, er først og fremmest baseret på arbejdet med de mennesker, der skærer sig selv. Blandt disse er der nogle, der samtidig er patologisk suicidale. Min erfaring siger mig dog, at man skal adskille tingene fra hinanden i behandlingen, da folk i reglen beskadiger sig selv hhv. forsøger at begå selvmord af helt forskellige grunde.

Metoden bygger på en gennemgang af de fem domæner, der angives nedenfor. Idéen er, at man skal frem til en endelig bedømmelse på baggrund af nogle vejledende notater om risiko og sikkerhed inden for hvert af de fem domæner.

Bedømmelsen skaleres fra 0 til 5, hvor 0 står for højeste grad af sikkerhed og 5 for højeste grad af risiko. Ved endt gennemgang af de fem domæner skal alle oplysninger atter vurderes, og der skal foretages en yderligere overordnet bedømmelse af den aktuelle risiko og sikkerhed. Denne bedømmelse lægges til grund for den endelige plan for samarbejdet.

Ud af de 55 klienter, der blev vurderet efter denne metode, indvilgede de 50 i at deltage og bidrog selv aktivt til metodens udførelse. Det drejede sig om klienter i aldersgruppen 16-53 år. Der var fem, der ikke ville eller kunne deltage; to af dem måtte opgive pga. mangelfuld tolkeassistance. De sidstnævnte blev senere inkluderet, men optræder dog ikke i nærværende undersøgelse. Hvis metoden bliver oversat skriftligt til andre sprog, vil den slags problemer kunne undgås i fremtiden.

Risiko- og sikkerhedsvurdering

Jeg har gjort den erfaring, at der primært optræder fem domæner inden for selvbeskadigelse, som kan anvendes til at vurdere risiko og sikkerhed.

1. Hensigt

De personer, der klart har til hensigt at forblive i live, vil pointmæssigt rangere lavt på skalaen. De personer, der ikke kan bestemme sig, føler sig usikre eller måske har til hensigt at dø, rangerer højere på skalaen. Med visse grupper kan denne bedømmelse være sværere at foretage. Min erfaring si-

ger mig, at unge og førstegangsbrugere af psykiatrien nok er mere vage, når de skal beskrive, hvad deres intentioner har været f.eks. i forbindelse med overdosering eller kvælningsforsøg. Men diskussionen omkring hensigt viser sig dog at være nyttig for begge parter.

2. Direkthed

Hvor direkte er sammenhængen mellem et menneskes oplevelser/følelser og den aktuelle selvskadende adfærd. De personer, der kan relatere deres oplevelser til selvskadende adfærd, og som modtager støtte til at bearbejde disse oplevelser, føler sig mere trygge/sikre end de personer, der ikke kan se nogen sammenhæng, eller som ikke kan forklare, hvorfor de gør skade på sig selv.

3. Potentielt dødelighed

Mange former for selvskadende adfærd kan være dødelige, skønt der bag dem ikke ligger noget ønske om at gøre en ende på livet. Min egen arbejds erfaring med mennesker, der snitter/skærer sig selv, viser, at mange gør det på en måde, der ikke indebærer nogen risiko for dem selv. Andre, især personer der er impulsive eller emotionelt eksplosive, kan skære sig selv så alvorligt, at det kan være potentielt dødeligt for dem. Kvælningsforsøg og forgiftninger er dog mere potentielt letale, skønt hvert tilfælde skal vurderes for sig.

4. Kontrol

Mange mennesker kan i høj grad selv kontrollere hvornår, hvordan og hvor voldsomt eller alvorligt, de gør skade på sig selv. Disse må anses for at være mere sikre end dem, der ikke har denne kontrol.

5. Gentagne handlinger

Til sidst vil jeg vurdere det domæne, der har at gøre med frekvensen af selvskadende adfærd og eskalerende handlingsmønstre. Tydeligvis indebærer hyppige tilfælde af selvskadende adfærd en større risiko, mens ikke-hyppige eller sjældne tilfælde af selvskadende adfærd er mere sikre.

For at kunne foretage en endelig bedømmelse gennemgår klienten og jeg pointtallene for de fem domæner og fastsætter i fællesskab et risiko- og sikkerhedsniveau for deres selvbeskadigende adfærd.

Vi bruger denne information til i fællesskab at lægge en plan for, hvordan vi kan reducere risikoen eller maksimere sikkerheden i hvert af de fem domæner, når det er nødvendigt. I behandlingsplanen skelner vi tydeligt mellem de følelser, der har med selvskadende adfærd hhv. selvmord at gøre, og inddrager nødvendigvis pårørende og nære venner i de beslutninger, der træffes.

Nyttig metode til risikovurdering

Ingen af de klienter, der deltog i pilotundersøgelsen, døde, mens undersøgelsen pågik. Ikke alle klienterne var tilknyttet en person fra psykiatrien, da flere af dem var ukendte i syste-

met og havde taget direkte kontakt til mig. Der var stor variation i resultaterne for de 50 personer, men både sundhedspersonale og klienter gjorde sig den erfaring, at metoden var nyttig til risikovurdering. Mange fagfolk (64 pct.) meldte skriftligt tilbage og tilkendegav, at de altid havde været konservative mht. risikovurderinger, og at de ikke følte, at den nærværende metode til risikovurdering var særlig brugbar, fordi den blot understregede, at en person på et givet tidspunkt i livet havde gjort skade på sig selv og intet andet. Men det, der måske giver anledning til større bekymring, er, at 60 pct. af de interviewede psykiatriske fagfolk forvekslede selvmord og selvskadende adfærd.

Begrebet selvmordsforsøg viste sig at være en misvisende betegnelse, eftersom 22 pct. af sundhedsmedarbejderne brugte betegnelsen om selvskadende adfærd. (Der er to forskellige gængse definitioner på selvmordsforsøg: Den første beskriver et fejlslagent selvmordsforsøg, den anden beskriver en handling, der har til formål at kommunikere sorg og kvaler, og ikke som det første ønsket om at dø; dette kan føre til en pauvre risikovurdering, da de to ting tydeligt er diagnostisk adskilte).

Derved når vi til den kliniske betydning, det har, at skalere bedømmelserne. Herigennem kan man konstatere, om der i resultaterne er markører eller indikatorer, der peger på, hvornår det er hensigtsmæssigt at reducere risikoen og øge beskyttelsen, og hvornår det er hensigtsmæssigt at yde en person støtte til at håndtere og se ud over sin egen selvbeskadigende adfærd.

Artiklen blev bragt første gang i tidsskriftet "Mental Health Practice" vol. 9 no. 3 i november 2005.

*Mike Smith er selvstændig psykiatrisk konsulent.
mikesvoice@aol.com*

En dansk udgave af "Self Harm Assessment of Risk/Safety" kan downloades fra hjemmesiden www.psykovision.dk

Læs mere:

"Selvskadende adfærd – Fra offer til sejrherre" af Mike Smith. Udgivet 2005 af Psyko Vision. Købes via www.psykovision.dk

"Glaspiggen" af Karin Dyhr og Marianne Holmen. Udgivet af Documentas 2004.

►► **ABSTRACT.** Smith M. When patients harm themselves. Sygeplejersken 2006;(6):38-41.

Mike Smith describes a way of assessing, negotiating and managing risk and safety as a partnership between clients and contact persons and highlights five broad areas of risk/safety in self harm that should be considered.

Keywords: Self harm, self injury, parasuicide, risk assessment, SHARS, managing risk.



Har du en idé eller en case til det næste Dilemma, så send den til redaktionen@dsr.dk Indlægget må højst fylde 1.000 anslag uden mellemrum. Husk navn, medlemsnummer, adresse, arbejdsadresse og tlf.nr. under dit forslag.

Du kan også ringe til *Jette Bagh*, tlf. 4695 4187 og fortælle din historie.

Læs hvad Sygeplejerskeråd mener om det aktuelle Dilemma på www.sygeplejerskerad.dk
Her kan du også læse Dilemma og svar bragt i tidligere numre af *Sygeplejersken* samt svar, der ikke er trykt i bladet.

Din mening. Det vrirler med etiske dilemmaer i sygeplejen. *Sygeplejersken* vil gerne høre, hvad du ville gøre, hvis ...

Læs historien nedenfor og send dine overvejelser til: redaktionen@dsr.dk senest tirsdag den 28. marts kl. 12.00. Det må højst fylde 1.000 tegn uden mellemrum. Redaktionen bringer et udvalg af svarene i næste nummer af *Sygeplejersken*.

Knap skjorten op

Anna er selvstændig grafiker, og hun er samtidig en både flot og selvsikker person. Hun har følt sig meget stresset i en periode og bliver indlagt på en hjerteafdeling efter et besøg hos egen læge, der afslører uregelmæssig hjerterytme.

Anna ligger på en firesengsstue og har det ganske morsomt med de andre damer, som er i alderen 28-83 år. Under stuegang beder lægen Anna om at knappe skjorten op, så han kan lytte på hende.

"Ja, hvis du knapper din op," siger Anna. "Jeg har ikke tænkt mig at sidde halvt blottet herinde, selv om du beder mig om det," tilføjer hun.

Lægen ser på hende med undren i blikket. Han er aldrig før blevet opfordret til at knappe sin skjorte op af en patient.

"Det er jo bare for, at lægen kan høre, hvordan dit hjerte slår," siger sygeplejersken.

"Så kan vi gå et andet sted hen," mener Anna.

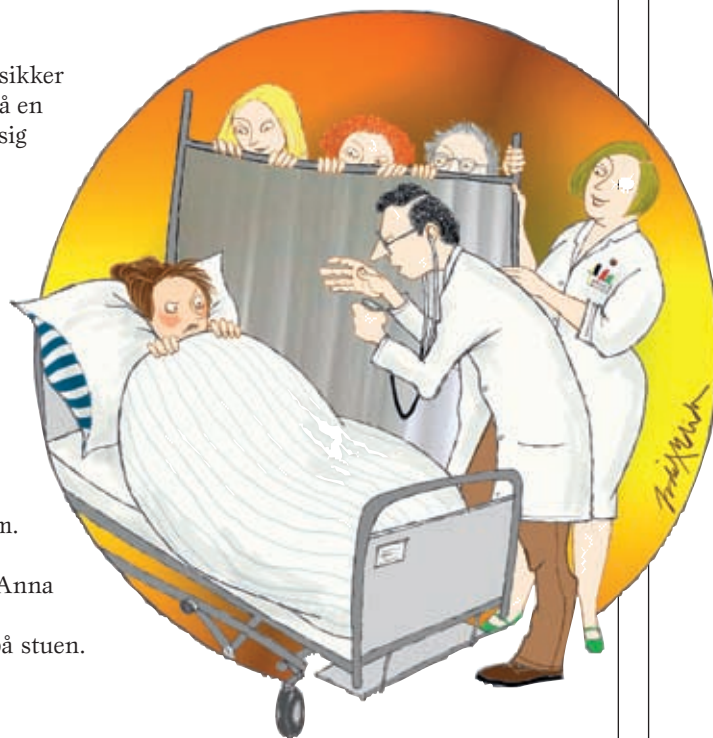
Sygeplejersken iler ud på gangen og vender tilbage med en skærm. "Sådan," smiler hun.

Lægen lytter på hjertet. "Det lyder helt, som det skal," siger han, og Anna læner sig tilfreds tilbage i sengen.

Da stuegangen er forsvundet ud ad døren, ler den ældste patient på stuen.

"Der fik du ham," siger hun til Anna.

Hvordan ville du reagere, hvis Anna var din patient?



Dilemma fra Sygeplejersken nr. 5

Sygeplejestuderende *Susanna* er i praktik på en psykiatrisk afdeling og opnår her god kontakt til en patient, *Sif*, fordi de to en dag dyrker deres fælles interesse: ridning.

Gør det i arbejdstiden

Jeg tror, de fleste mennesker har tillid og sympati for andre mennesker, som vi kan tale med, og ikke som vi hver især taler til og om. At finde nogle fælles interesser eller oplevelser, som man kan tale om, er dejlig samtale for de fleste. Som patient har jeg og mange andre ingen tillid til en sygeplejerske, som ikke viser, hvem hun er som menneske, jeg sidder jo som patient totalt blottet. Dette forhold kan sagtens være til stede med respekt for hinanden, og uden at man skal være/blive slyngveninder.

Når jeg er patient, vil jeg gerne plejes af *Susanna*, hvis hun også forstår at bruge den tillid, hun formår at skabe, til

noget konstruktivt i plejen. Besøget hos hesten kunne jo lige så godt have foregået i arbejdstiden, og jeg vil da også foreslå *Susanna* at gøre disse utraditionelle ting med patienterne i arbejdstiden, hvis det er noget, som fremmer patientens helbredstilstand – så er man jo stadig sygeplejerske, men også mennesket *Susanna*.

*Lene Goller, sygeplejerske, ansat på
Ortopædkirurgisk afdeling,
Sydvestjysk Sygehus.*

Vær dig selv

I 90'erne var der en bølge af, at den professionelle udelukkende skulle fungere som et "spejl," der skulle hjælpe patienten til at se sig selv og derudfra selv vælge at ændre adfærd.

Siden er det af mange erfaret i både psykiatri og pædagogik, at den professionelle, der virkelig gør en forskel, er den, der tør være sig selv, være ægte til

stede og tror på, at der er en udvej. *Susannas* dilemma er dog, at hun kun er der kort, og at hun derfor ikke kan nå at gøre en stor forskel. Hun skal derfor kun gøre dette i tæt kontakt med *Sifs* kontaktperson, der skal følge op på succesen. Hun skal også overveje, hvor meget hun selv magter at have kontakt og være tydelig vedr. dette. Begge dele for ikke at komme til at bidrage til endnu et svigt af relationer for *Sif*.

*Merete Falkenfleth, hotelchef, ansat på
Patienthotellet, Randers Centralsygehus.*

Månedens vinder

Redaktionen sender en flaske vin til *Merete Falkenfleth*, hotelchef på patienthotellet, Randers Centralsygehus, for svaret "Vær dig selv," der kan læses i dette nummer af *Sygeplejersken*.

Redaktion: Jette Bagh

Ahaoplevelse under læselampen

Sundhedsstyrelsen
 Redigeret af
 Ole Fendinger Olsen
Skolesundhedsarbejde
 København:
 Munksgaard Danmark 2005
 358 sider, 148 kr.
 ISBN 87-628-0526-6



”Skolesundhedsarbejde” er et digert værk, hvor hvert kapitel/emne er grundigt belyst af en ekspert inden for det pågældende område.

Den høje kvalitet har gjort læsningen af bogen utrolig lærerig og fængslende.

Noget er naturligvis basal viden for en garvet sundhedsplejerske, andet er nyt.

At drenge lærer bedst, når de bevæger sig, er jo en nyttig viden, og den havde jeg i hvert fald ikke.

Det er også herligt at blive bekræftet i, at dialogen mellem mennesker er vores vigtigste og fornemmeste arbejdsredskab.

Dette praktiseres bl.a. i sundhedssamtalen, som er det centrale i sundhedsplejerskearbejdet på skolen, skarpt forfulgt af funktionsundersøgelserne, det opsøgende, analyserende, undervisende, henvisende, opfølgende.

Flere gange har jeg siddet med en ahaoplevelse, f.eks. i afsnittet om hjernens fi-

re erkendelsesformer, som ved en ugunstig opvækst skades, til ubodelig gene for det menneske, det er gået ud over, og for andre, der krydser hans/hendes vej senere i livet.

Det giver stof til eftertanke, at en fjerdedel af eleverne i folkeskolen aldrig får en uddannelse. 1/10 får ikke folkeskolens afgangseksamen, og 17-18 pct. forlader skolen som funktionelle analfabeter. Risikoen for kriminalitet er omvendt proportional med uddannelse. Så der er noget at gå i gang med på det forebyggende plan.

Der er i det hele taget et væld af viden, gode ideer og praktiske anvisninger på, hvorledes man kan gribe skolesundhedsplejen an.

”Skolesundhedsarbejde” er en opslagsbog, der bør findes på ethvert kontor i skolesundhedstjenesten.

Af *Susanne Jørgensen,*
sundhedsplejerske
i Sundby Syd.



Tungere og mere brugervenlig

Kari Killén
Omsorgssvigt er alles ansvar
 København:
 Hans Reitzels Forlag 2005
 624 sider, 498 kr.
 ISBN 87-412-0359-3

Jeg skulle for nylig forberede mig til en af de samtaler, man desværre indimellem må tage med en familie, når tingene ikke

går, som de skal, og barnets udvikling er truet. Gudskelov for Kari Killén, tænkte jeg, for i hendes bog er der hjælp at hente til både analyse og perspektivering af et problems omfang og art og helt ned i detaljen til, hvad man rent bogstaveligt siger til familien, så de formår at lytte og forhåbentlig også at samarbejde.

”Forvent ikke, at en sådan samtale vil foregå uden konflikt,” siger Killén og skitserer en række muligheder for at møde familiens frustrationer med respekt og forståelse og dermed undgå angreb og forsvarspositioner.

”Omsorgssvigt er alles ansvar” er kommet i en revideret og 3. udgave. Den har fået en ansigtsløftning og har fået integreret tilknytningsteorien samt den nyeste forskning på området, herunder konsekvenserne af omsorgssvigt.

Det er en 60 sider tungere dame end forrige udgave, men mere brugervenlig, idet indholdsfortegnelsen er mere detaljeret, og det nyttilkomne stikordsregister letter gangen rundt i bogen.

10 år er der gået, siden 2. udgave kom på gaden, gudskelov at Kari Killén har haft energien til at sende en 3. udgave i handlen.

Af *Hanne Lindhardt,*
sundhedsplejerske i Farum.



Er du til kulturforståelse? Så blev værtsfamilie til en udvekslingsstudent!

AFS Interkultur modtager til august mere end 150 udvekslingsstudenter i alderen 15-18 år fra over 30 forskellige lande i verden.

Du har muligheden for at blive værtsfamilie i 5 eller 11 måneder til Maria fra Venezuela, Nuttapon fra Thailand, Phil fra USA eller én af de andre unge fra hele verden.

Ring til os på 38 34 33 00 eller besøg

www.afs.dk

AFS Interkultur er
 Danmarks største
 non-profit udvekslingsorganisation
 med lokalafdelinger i
 alle dele af landet.



En skræmmende tanke

Det var lørdag aften. Jeg havde støvet min pæneste jakke af og havde efter en større logistisk indsats fået placeret børnene hos venner og familie. Nu sad jeg veltilfreds i Nørrebro teatersals bløde plyssæder og slugte teaterstykket "Let's kick ass."

På et tidspunkt lød der et desperat råb om hjælp nede fra en af de dyreste pladser i teateret. Jeg ventede spændt på, hvilket sjovt indslag der nu var under opsejling, indtil lyset i teatersalen pludselig blev tændt, og det gik op for mig, at det var en panisk ældre dame, der råbte efter hjælp, fordi hendes mand var faldet bevidstløs sammen.

Dette var ikke længere teater. Instruktøren *Flemming Jensen* handlede hurtigt. Han stod tæt på den rædselsslagne dame og spurgte med høj, klar stemme: "Er der en læge til stede?"

Selvom salen var helt fyldt, så var der ingen læger i teateret denne aften. Jeg vidste, at tiden nu var kommet til, at jeg som sygeplejerske burde tage et ansvar. Jeg sank længere ned i sædet, og selvom jeg ikke var iført kyse eller andre synlige tegn på, at jeg er sygeplejerske, så følte jeg, at alle kunne se det.

Jeg har intet haft med hjertestop og andre akutte situationer at gøre, siden jeg i 1983 stod og kyssede en plasticdukke i et øvelsesrum på Rigshospitalets Sygeplejerskole. Så jeg vidste, at jeg ville være en håbløs hjælp, der i bedste fald ikke ville gøre nogen skade på den livløse mand.

Heldigvis sad der en målrettet og effektiv sygeplejerske på rækkerne tæt på mig. Hun susede på smukkeste vis mod den bevidstløse mand, og før klumpen i min hals var forsvundet, havde hun fået styr på situationen, og jeg kunne på fagets vegne med faglig stolthed konstatere, at den ældre herre ved bevidsthed blev fulgt roligt ud af teateret.

Kort tid efter ville skæbnen, at jeg ikke kunne gemme mig. Jeg var på vej op ad rulletrappen i Magasin på jagt efter et godt tilbud. Da jeg nåede til vejs ende af rulletrappen, var der en ældre dame, der dejsede om lige foran mine store fødder. Jeg

kiggede instinktivt i alle retninger for at konstatere, at der ikke var hjælp at hente. Jeg var hjælperen!

Når jeg som psykiatrisk sygeplejerske står i svære situationer, har jeg ofte haft held med at spørge patienten: "Hvad tror du selv vil hjælpe?" Da damen foran mig umiddelbart var livløs, ville dette være en håbløs intervention, og jeg måtte prøve at genkalde mig undervisningen med plasticdukken. Trækker hun vejret? Jeg knælede ved hendes side og prøvede at få teori og praksis til at smelte sammen.

Der var efterhånden stimlet mange mennesker sammen.

Jeg kikkede op på de mange ansigter, og som et råb om hjælp konstaterede jeg højlydt: "Hun trækker ikke vejret." Tavsheden varede ikke længe, før den "livløse" dame med tør røst svarede: "Jo, jeg gør."

Resten gik hurtigt. En mand havde på kvalificeret vis vurderet, at jeg ikke var til megen nytte. Han skubbede mig elegant væk, mens han fortalte, at han havde været på et førstehjælpskursus. Damen kom til sig selv, og jeg listede slukøret i retning af et godt tilbud på badetøfler.

Jeg har siden tænkt over, at jeg via min uddannelse er kvalificeret til at søge et job som sygeplejerske på en akutafdeling i Danmark, selvom jeg ikke har beskæftiget mig med noget, der blot lugter af akut sygepleje siden min uddannelsestid. En skræmmende tanke. Dette ville ikke være muligt i England. Der stiller de krav om, at man som sygeplejerske har holdt sin faglighed ved lige inden for det sygeplejefaglige speciale, man søger ansættelse inden for, før man slippes ud til patienterne.

Jeg vil godt benytte lejligheden til at sende en advarsel. Skulle der en dag dumpe en jobansøgning ind på en akutafdeling med mit navn på, så for patienternes skyld: send den direkte til makuleringsmaskinen.

redaktionen@dssr.dk

"Jeg vidste, at jeg ville være en håbløs hjælp, der i bedste fald ikke ville gøre nogen skade på den livløse mand."

5 faglige minutter skrives på skift af tre sygeplejersker:



Jette Bagh, sygeplejerske, cand.cur., sygeplejefaglig medarbejder på Sygeplejersken.



Jørn Ditlev Eriksen, sygeplejerske, forstander på botilbuddet Slotsvænget.



Birgitte Harild, sygeplejerske. Leder af visitationsgruppen i Frederiksværk Kommune.