

AKADEMISKE SYGEPLEJERSKER

SYGEPLEJERSKER
AKADEMISKE

Indhold

Leder		Folkesundhed - i et kritisk perspektiv	
<i>Af Helle Mathar</i>	Side 3	<i>Anmeldt af Ida Lærke</i>	Side 25
Brug af indikatorer i kvalitetsudvikling i sygepleje - muligheder og faldgruber?		En ny sociologi for et nyt samfund	
<i>Af Bodil Bjørnshave og Egon Noe</i>	Side 4	<i>Anmeldt af Lone Skriver</i>	Side 27
Begrebet livssygdomme - bør det afskaffes?		Indvandring og Integration	
<i>Af Signild Vallgård</i>	Side 12	<i>Anmeldt af Solveig Fjordside</i>	Side 28
"Bon appetit"		Skandinavisk Rehabiliteringskonferanse	Side 30
<i>Af Winnie Seidelin</i>	Side 19	Patient 2.0	
Referat fra generalforsamling		<i>Konference</i>	Side 31
<i>Referent Helle Mathar</i>	Side 23	Bliv medlem af FASID	Side 32

Leder

Sammen med foråret kommer endelig et nyt nummer af Tidsskrift for Akademiske Sygeplejersker. Bestyrelsen har generelt haft for lidt tid og vi har været for få til redaktionsarbejdet, hvilket har gjort, at arbejdet med tidsskriftet ikke har været tilfredsstillende - ikke mindst den opsøgende del af redaktionsarbejdet - opfordringerne til forfattere om at skrive, opfølgning, sparring mv.

Vi håber, at vi i det kommende år bliver flere arbejdende bestyrelsesmedlemmer, og at vi kan udkomme med to tidsskrifter inden næste generalforsamling.

Generalforsamlingen blev afholdt med et pænt fremmøde. Vi startede med et foredrag af Kari Martinsen, hvor både medlemmer af foreningen, sygeplejestuderende og sygeplejersker fra klinikken deltog. Foredraget var en fortsættelse af evidensdebatten. Referatet fra selve generalforsamlingen er med i dette tidsskrift.

Dette nummer af tidsskrift for Akademi-

ske Sygeplejersker indeholder en artikel af Bodil Bjørnshave og Egon Noe. Artiklen sætter fokus på den øgede brug af indikatorer i udviklingen og ledelsen af sundhedssektoren med fokus på sygeplejen.

Dette nummer indeholder også en artikel af Signild Vallgaard om begrebet livsstilssygdomme, der stiller spørgsmålet om begrebet skal afskaffes?

Winnie Seidelin har modtaget Herlev Hospitals Sygeplejepris 2009. „*Winnie sætter Herlev på ernæringskortet internt, regionalt og ude i verden*“ skrev køkkenchef Michael Allerup i sin indstilling til Herlev Hospitals første uddeling af den nyindstiftede pris "Sygeplejeprisen" på 15.000 kroner. Baggrunden for prisen har Winnie Seidelin beskrevet i artiklen Bon appétit.

God læselyst
Helle Mathar (redaktør)

Brug af indikatorer i kvalitetsudvikling i sygepleje - muligheder og faldgruber?

Af Bodil Bjørnshave, Sygeplejerske, cand scient. san, ph.d-stud. Regionshospitalet i Horsens og Center for Folkesundhed Region Midtjylland.

E-mail: bodil.bjoernshave@stab.rm.dk og Egon Noe Sociolog, seniorforsker, ph.d. Det Jordbrugsvidenskabelige Fakultet, Århus Universitet
E-mail: egon.noe@agrsci.dk

Indledning

Artiklen sætter fokus på den øgede brug af indikatorer i udviklingen og ledelsen af sundhedssektoren med fokus på sygeplejen. Med udgangspunkt i eksempler og teoretisk forståelse af indikatorer diskuteres muligheder og faldgruber i den øgede anvendelse af indikatorer

Indikatorer vinder indpas i sygeplejen i flere forskellige sammenhænge i takt med, at de i stigende omfang anvendes generelt i sundhedsvæsenet.

Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren udarbejdede i 2003 en række definitioner på begreber i relation til kvalitetsudvikling herunder også definition på en indikator, som er "en målbar variabel, der anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten" (1).

En indikator er "et konkret målepunkt" eller en form for "signalflag" som bruges til at vurdere kvaliteten af sundhedsvæsenets kerneydelser ved bl.a. at overvåge om forventede aktiviteter er gennemført. Hensigten med anvendelse af indikatorer er at understøtte rationel dialog og formidle information om den sundhedsfaglige kvalitet (2).

Kvalitetsudvikling vedrører ønsket om at ensarte og sikre bedst mulig og rettidig behandling og pleje og indikatorer er det redskab, der anvendes, når vi kontrollerer, om det "går det lige så godt, som vi regner med".

Indikatorer tilvejebringer information på flere planer. Fagpersoner vil gerne kunne evaluere, dokumentere og legitimere. Ledere og politikere har brug for oplysninger fra indikatormålinger til at træffe beslutninger og prioritere. Patienter og borgere har brug for åbenhed og gennemsigtighed.

Der er meget godt at sige om indikatorer og der er mange forhåbninger til, hvad indikatorer kan gøre også for sygeplejen.

Vi ved f.eks., at det har betydning for prognosen, at patienter med apopleksi får deres daglige funktioner vurderet hurtigt efter indlæggelse. Vi ved, at skizofrene patienter skal have en faglig kvalificeret vurdering af bivirkninger af psykofarmaka, så de vedblivende tager deres vigtige medicin og har et liv uden urimelige bivirkninger. Der er talrige eksempler på meningsfulde indikatorer.

Disse eksempler er fra Det Nationale Indikator Projekt (NIP), som siden 1999 systematisk har arbejdet med udvikling og implementering af evidens baserede indikatorer. Et centralt aspekt i NIP har fra begyndelsen været, at indikatorer baseres på evidens, og at det er en gruppe fagfolk, der udvælger indikatorerne. Dette for at sikre solid indsigt dels i de patientgrupper, det drejer sig om og

i de organisatoriske sammenhænge, der er gældende (2).

Der er også dårlige eksempler, herunder da hospitalerne i 2006 skulle "sætte tal på håndvaske, så man som patient kunne se, hvordan det stod til med hygiejnen på de enkelte hospitaler" (3,4). Meningen bag dvs. det egentlige mål var måske god nok, nemlig det, at vi skal gøre os umage med at forhindre smitte, men målbare indikatorer er ikke gode indikatorer, blot fordi de kan måles, hvis indikatorerne er ugenomtænkte kan de føre til helt uønsket adfærd og ressource spild (5).

At tælle antal udleverede kontaktkort er ligeledes et eksempel på noget, der var tænkt som en positiv forbedring (3). At der er brug for reelle kontaktpersoner for patienter/borgere med særlige behov, er indlysende, men blindt at udlevere kontaktkort til alle på f.eks. medicinsk ambulatorium giver ikke mening. Nogle patienter i medicinsk ambulatorium har ikke brug for et navn på en sygeplejerske, de aldrig møder, de ser måske lægen fem minutter en gang hvert halve år og er fuldt tilfreds med det. Kontaktkort er her spild af tid og penge. Vi skal bruge tiden og pengene på de patienter, der har brug for det.

Der er gode og dårlige eksempler og derfor skal vi stille skarpt på at identificere meningsfulde indikatorer og forholde os reflekterende, nysgerrige og systematiske. Fagfolkene herunder sygeplejerskerne skal selv bidrage til udvikling og implementering af indikatorer og ikke forholde sig passive og ureflekterede.

Formålet med artiklen er derfor at stimulere en diskussion af forudsætninger for og konsekvenser af den stigende anvendelse af indikatorer i kvalitetsudvikling af sygeplejen.

Et teoretisk grundlag for indikatorer

Grundlæggende er en indikator et indirekte udtryk for en bestemt tilstand el-

ler "kvalitet" af et system. Fra kemi kender vi indikator papir som en måde at måle PH værdien i en væske dvs. mængden af H⁺ ioner i væsken. Farven af papiret er ikke en direkte iagttagelse af H⁺ ioner, men er indirekte, og kun fordi den teoretiske sammenhæng mellem farven og PH-værdi er erkendt gennem en række kemiske forsøg, kan vi holde fast i en teoretisk sammenhæng mellem farve og pH.

Fra sygeplejerskernes hverdag kender vi temperaturmåling, som en anvendt indikator på en persons tilstand. Temperaturen er ikke et direkte mål for, hvilke bakterier eller vira, der har angrebet, men et udtryk for at kroppen reagerer på et eller andet. En trænet sygeplejerske ved, at det altid er nødvendigt ved måling af temperatur at sammenholde med andre observationer dvs. andre indikationer på infektion for at kunne sige noget med sikkerhed om personens tilstand.

Indikatorer er altid indirekte mål og derfor afhængig af en solid teoretisk forståelse af årsagssammenhængen mellem indikation og tilstand. En sådan solid forståelse af sammenhænge er langt fra altid tilstede.

Der er forskellige typer indikatorer og ofte anvendes struktur, proces og resultat indikatorer (6).

Struktur indikatorer vedrører indikatorer for fysiske rammer, teknologi apparatur personale ressourcer. Forenklet kan man sige, at struktur indikatorer måler på om "vi har det, vi skal bruge". Proces indikatorer vedrører fagpersonernes aktiviteter og måler "om vi gør det, vi har aftalt at gøre". Proces indikatorer er meget ofte anvendt i sundhedsvæsenet. Resultat indikatorer vedrører patienten og måler "hvilken tilstand/effekt patienten opnåede som følge af fagpersonernes aktiviteter". Resultat indikatorer er så at sige det egentlige

mål, nemlig at patienterne opnår de tilsigtede resultater. Resultat indikatorer måler f.eks. overlevelse eller funktionsevne (2, 6). Det er imidlertid ofte svært at måle de resultater, som patienterne opnår, det er nemmere at måle/tælle de aktiviteter eller handlinger, som personalet udfører. Der er i anvendelsen af indikatorer indlejret en årsagssammenhæng, at fordi vi gør noget bestemt, så forudsætter vi, at patienten også opnår det tilsigtede. Fra daglig klinisk praksis ved vi, at det langt fra altid tilfældet.

Hvor godt indikatorer vil fungere til kvalitetsudvikling af de sundhedsfaglige ydelser er afhængig af flere faktorer herunder den teoretiske årsagssammenhæng eller systemiske sammenhæng, der er etableret mellem indikatorer og de ønskede mål. Vi vil derfor i det følgende diskutere nogle af de centrale forhold, som man skal være opmærksomme på ved udvikling af indikatorer i forhold til kvalitetsudvikling af sygeplejen.

Indikatorer forudsætter årsagssammenhænge

En indikator forudsætter en teori om eller en forståelse af årsagssammenhæng mellem det man måler og det mål, man gerne vil opnå og her kan det være nyttigt at skelne mellem kausale og systemiske årsagssammenhænge (10). Et eksempel på en direkte årsagssammenhæng er, at en glaserede splintres ved, at man kaster en tung sten på den, her er der kausal fysisk sammenhæng mellem stenes beskaffenhed og det at ruden splintres. En systemisk sammenhæng er f.eks. at bilen bremses, når man trykker på bremsepedalen, det er en egenskab ved bilen og den måde den er konstrueret på, der bevirker sammenhængen og ikke en egenskab ved den fod, der trykker på bremsen. At det forholder sig sådan, bliver man mindet om, hvis bilens bremses svigter, så kan man have en nok så stærk og hurtig en fod uden, at det gør en forskel.

For mange indikatorer kan der ikke forudsættes en direkte årsagssammenhæng, men en systemisk sammenhæng. Der er f.eks. fastsat indikatorer for, at patienter skal ernæringssscreenes (7). En anden indikator måler antal patienter, der screenes for tryksårsrisiko (8). Disse indikatorer er proces indikatorer og måler, om vi gør det, der er aftalt. Men der er ikke automatisk sikkerhed for, at vi opnår, det vi gerne vil nemlig sufficient ernærende patienter og patienter uden tryksår. Disse resultater er de egentlige mål dvs. det patienterne gerne skulle opnå, som følge af vores handlinger. Det går ikke altid automatisk, da der er en række faktorer, som spiller ind på resultatet ikke blot i disse tilfælde men generelt.

På et hospital har man selv langt hen af vejen indflydelse på årsagssammenhænge mellem det, man måler med en given indikator og resultatet, man opnår, idet at man er i stand til at iagttage og reflekterer over sammenhænge. Det sker via intern diskussion af, hvilke forandringer, der skal til for at skabe de ønskede resultater. Et lærende system er således i stand til at ændre sig, gennem selviagttagelse og refleksion, og det er den proces der skal til, hvis anvendelse af indikatorer skal medvirke til læring internt i systemet og gode resultater for patienterne. Systemer er i stand til at ændre på de interne strukturer f. eks. ressourcer og handlinger. Dette er de gode reelle hensigter med kvalitetsudvikling, at systemet er selvkritisk og forsøger at forbedre strukturer, processer og resultater til gavn for patienter og med fornuftigt anvendelse af de tilstedeværende ressourcer.

Men selviagttagelse og refleksion kan også bruges negativt. Det kan ske når eksterne instanser dvs. personer uden intern forståelse af den kompleksitet, der er f.eks. på et hospital definerer indikatorer, som "presses ned over" hospitalet. Det reagerer systemet (hospita-

let) på ved at påvirke de interne sammenhænge, der mellem handlinger og resultat.

At have respekt for et systems evne til at forandre på interne sammenhænge og systemets evne til selviagttagelse er vigtigt, da det både har positive og negative konsekvenser.

Eksemplet med håndvaske kan kaste lys over, hvordan et system kan bruge evne til ændre på interne strukturer og processer negativt, for at "please" de eksterne iagttagere. I tilfældet med optælling af håndvaske var forudsætningen en årsagssammenhæng, hos de personer der valgte indikatoren (det var sundhedsministeriet dvs. en ekstern iagttagere), - at antallet af håndvaske er en indikation af den hygiejniske standard. Den forståelse deles ikke nødvendigvis af hospitalerne, som ser det ud fra en intern forståelse, hvor der ikke er en unik sammenhæng mellem håndvaske og håndhygiejne. Det er klart, at tilstedeværelsen af håndvaske er nødvendig forudsætning for god håndhygiejne, men det er ikke tilstrækkeligt, der er adskillige andre komponenter i den samlede årsagsmekanisme, der kan forhindre smittespredning på hospitaler. Men påbudet om at rapportere den valgte indikator kommer ovenfra og hospitalerne må reagere. Nogle vil evt. sætte ind med flere håndvaske, og måske for at spare andre steder skære ned på rengøring og tøjvask. Hospitalet opnår måske belønning/anerkendelse i form af "gode nøgletal" eller "stjerner" p.g.a. antal håndvaske. Der er generelt risiko for en afkobling mellem det ønskede mål og det, der reelt sker, hvis fagpersonerne og deres interne forståelse af sammenhænge ikke inddrages. Der er fortsat eksempler på den type indikatorer (3).

Et andet vigtigt aspekt af at kende den reelle årsagssammenhæng mellem indikator og ønskede mål er forbindelsen mellem kontrollerede forsøg og praksis.

Forudsætningen om årsagssammenhæng kender vi i rendyrket form fra det kliniske kontrollerede forsøg, hvor vi ved randomisering tilstræber, at interventionen alene er årsag til den effekt, der opstår. At det er pillen, der virker og ikke alt andet. Men den form for årsagssammenhæng er svær at erkende endsige dokumentere i komplekse sammenhænge. I daglig klinisk praksis spiller meget andet ind. I vores bestræbelse på at anvende resultater fra forskning f.eks. i form af anvendelse af evidensbaserede kliniske retningslinjer, bevæger vi os væk fra eksperimentets "kontrollerede verden" ud i en dagligdag, hvor "alt kan ske". Vi anvender indikatorer som tager udgangspunkt i centrale anbefalinger fra forskning. Vi forsøger at omsætte forskningsresultater og ved hjælp af indikator kontrollerer, at det går lige så godt, som vi håber på. Forskellen er blot, at vi ikke ved, hvad det egentlig er, der virker. Dvs. der er en lang række andre komponenter, som har indflydelse på resultatet. Indsatser i klinisk dagligdag har en effekt i en bestemt kontekst, det sker ikke isoleret eller kontrolleret, men foregår i samspil og i forskellige kontekster. Det er ikke automatisk årsagssammenhæng, der er ikke en teoretiske forståelse af sammenhængene i mange tilfælde. Der er ikke, som i eksemplet med måling af PH værdi ved brug af indikatorpapir, den samme solide teoretiske viden om årsagssammenhæng. Det er et vilkår, som vi må forholde os til og det vilkår er gældende i forhold til at anvende indikatorer.

Der er således indbygget en risiko for fejlslutninger. Der er risiko for at f.eks. politikere og ledere, tror at fordi der er uddelt kontaktkort og det er talt op, hvor godt det går med den aktivitet, så er der også opnået sammenhængende patientforløb. På lignende vis, hvis antallet af patienter, der er ernæringsscreenet fejlagtig kan tolkes, som om patienterne således automatisk er sufficient

ernæret. Der er grund til kritisk refleksion, for at undgå den type fejlslutning eller afkobling.

Det betyder imidlertid ikke, at vi skal undlade at anvende indikatorer, men det kræver grundig overvejelse og inddragelse af forskellige perspektiver og kompetencer at udvælge relevante indikatorer.

Indikatorer er således helt afhængige af den teoretiske sammenhæng mellem det der iagttages og de mål man gerne vil nå. Det er her vigtig både at inddrage systemindsigt og at være opmærksom på systemets mulighed for at iagttage og bestemme over sin egen "interne årsagssammenhæng". Det er således afgørende med hvilket formål og ud fra hvilket perspektiv indikatorerne udvikles og anvendes.

Forskellige perspektiver og formål med udvikling af indikatorer

Indikatorer knytter sig altid til en iagttagelse af et bestemt kompleks system ud fra et bestemt perspektiv. Fra et systemteoretisk grundlag kan man skelne mellem tre perspektiver (10,11).

1. Systemintern, - praksis udvikling

Det første er et systems interne perspektiv, dvs. indikatorer som fagfolkene selv inden for et system f.eks. sundhedsvæsenets anvender til at udvikle eller overvåge egen praksis. Et centralt element i forbindelse med udvikling af indikatorer i det Nationale Indikator projekt var netop, at det var fagfolk indenfor en række specialer, der selv udvalgte indikatorer. I udviklingen af evidensbaserede kliniske retningslinjer er det ligeledes eksempelvis sygeplejersker, der har udvalgt de indikatorer der skal anvendes. På hospital og afdelingsniveau vælges indikatorer for behandling og pleje og resultaterne drøftes internt. Fokus er her på læring og udvikling. I den kritiske drøftelse af resultater vil man fokusere på såvel gode som

mindre gode resultater, de gode for at lære af dem og de mindre gode for at afgøre, hvad der skal til for at det bliver bedre. Da det er en systemintern proces, er der ingen grund til at snyde, pynte eller bortforklare resultaterne.

2. Dialog og dokumentation

Det andet perspektiv er et dialog perspektiv, mellem system og omverdenen, hvor man som system udvælger en række indikatorer, enten ud fra hvad der kan få systemet til at fremstå som særlig godt og velfungerende eller ud fra en viden om, hvad omverdenen har særlig interesse for. Hovedformålet med disse indikatorer er således ikke læring og udvikling, men dialog og indikatorerne har kun indirekte et forandringsaspekt internt. Og man vil som system naturligt forsøge at få resultaterne af indikatormålingerne til at fremstå i den mest mulige positive lys.

3. System eksternt perspektiv - Kontrol effektivisering og kvalitetssikring

Her er der tale om indikatorer som et andet system i omverdenen vælger for systemet med det formål at kontrollere og styre systemet i en bestemt retning. I sagens natur vil det eksterne system, der udvikler disse indikatorer oftest have en langt mere begrænset indsigt i de interne "årsagssammenhænge", end systemet selv (jvf eksemplet med håndvaske).

Det offentlige har naturligvis en legitim både ret og pligt til at sikre at ressourcerne anvendes bedst muligt. Men der ligger dog en række faldgruber i en sådan ekstern styring vha. indikatorer, som tidligere beskrevet. Her er det især en behavioristisk forestilling om årsagssammenhæng og ikke en fortolkende systemisk sammenhæng, der er ligger til grund. Der sker også, at praktisk grunde er afgørende for, hvilke indikatorer der udvælges, f.eks. hvis der er mulighed for en række lettilgængelige kvantitative data.

Pointen er, at det system der styres via disse indikatorer helt logisk kan forsøge at opnå den største belønning ved at fokusere på indikatorerne i stedet for at fokusere på de mål, som indikatorerne skal understøtte.

Den samme indikator kan ikke tjene alle tre formål og perspektiver på samme tid, f.eks. kan indikatorer, der vælges for et system ikke styre en systemintern læringsproces, samtidig med at de bliver et grundlag for sygehusvalg og tjener som ressource allokeringens grundlag. Dette er både urealistisk og ikke særlig hensigtsmæssigt, fordi systemet vil reagere forskelligt i de tre tilfælde. I forhold til indikatorer der anvendes i relationen mellem f.eks. sygehus og omverden i form af en resultatkontrakt vil det være urealistisk at forvente den nødvendige interne åbenhed, der er forudsætning for at disse indikatorer kan bruges til en intern læringsproces.

Indikatorer er ikke uskyldige iagttagelser

Uanset hvilken type indikatorer, der er tale om og hvilket perspektiv, man iagttaget ud fra, er indikatorer aldrig uskyldige iagttagelser. De indikatorer, vi vælger at fokusere vore iagttagelser på, vil påvirke handlingerne. Derfor vil et særligt fokus på en ting kunne have negativ effekt i forhold til de ting, der ikke længere fokuseres på. F. eks. på en sådan negativ konsekvens indenfor dele af forskningsverdenen er antallet af reviewede artikler som indikation for forskerens dygtighed og effektivitet. Umiddelbart kan det synes meget fornuftig, men det har dog en række negative konsekvenser. Den første er, at vi oversvømmes med artikler, som sandsynligvis ikke alle har en hverken videnskabelig og eller samfundsmæssig betydning. For det andet kan fokus flyttes væk fra nybrud og nye og små forskningsfelter. Det indebærer en risiko for, at understøtte konservering af den videnskabelige verden.

Endelig kan fokus flyttes væk fra andre vigtige aspekter af, at være en god forsker. F.eks. at formidle sine resultater bredt, at engagerer sig i andre typer relevante opgaver, at undervise og videreformidle sin viden etc.

I sundhedsvæsenet sker det, at der fokuseres på at nedbringe ventetid på udredning og behandling af en type cancer udredning, men der et andet sted i systemet opstå øget ventetid på andre sygdomme.

Indikatorer kræver opmærksom

Forandringer og forbedringer flyder ikke ud af indikatorerne af sig selv, der skal registrering, analyse, drøftelse og ledelsesmæssig aktion til.

Der er potentielt uendelig mange indikatorer, man kan foreslå som led i at udvikle kvalitet. Antallet af kliniske databaser og elektroniske patientjournaler giver et hav af muligheder for at indsamle og bearbejde data. Men indføring af hver eneste ny indikator forøger kompleksiteten, f.eks. skal den enkelte sygeplejerske bruge tid på at registrere. Administrationen skal bruge tid på at gøre data op. De forskellige ledelseslag skal bruge opmærksom på indikatorerne og tolkningen af dem for at kunne inddrage dem i beslutningstagningen. En hver ny information kæmper om en begrænset opmærksomhed, ansætter man flere medarbejdere i ledelsesfunktionen for at kompensere herfor, øges den interne kompleksitet i og med der måske nu er tale om to ledelsesfunktioner, der skal samarbejde osv.

Det er her vigtig at afveje nøje, dels den faglige læringsmæssige værdi, hvem kan handle ud fra iagttagelsen. Hvad koster det af opmærksomhed i forhold til andre opgaver? Det er her vigtig at huske på, at al information konkurrerer om opmærksomhed, og det vigtige for en god proces er at kunne selekttere intelligent i den mængde information, man stiller

sig selv til rådighed for sin beslutnings-tagning (12).

Indikatorer afløser ikke systemindsigt

Inden for kvalitetsudviklingen er indikatorer defineret ved at være kvantificerbare størrelser, dvs. at de faktorer som ikke kan kvantificeres helt konsekvent lades ude af syne. Lige så vigtige indikatorer, i form af systematiske kvantitative iagttagelser er, for at understøtte læring og udvikling, lige så utilstrækkeligt kan de være. Det er derfor vigtigt både i udviklingen af indikatorer og i anvendelsen i praksis, at det sker i et samarbejde mellem de sygeplejersker, der har den teoretiske indsigt og de sygeplejersker der har den praktiske indsigt i de daglige opgaver. Indikatorer er forenklinger og afløser ikke en detaljeret systemindsigt.

En ofte anvendt citat i kvalitetsudvikling er af Einstein "Ikke alt der tælles tæller, og ikke alt, der tæller, kan tælles".

Sammenfatning

I forhold til udvikling af gode indikatorer skal man være opmærksom/bevidst om følgende:

En indikator er målepunkt, som bruges til at vurdere kvaliteten af sundhedsvæsenets kerneydelser.

En indikator er et indirekte udtryk for en bestemt tilstand eller „kvalitet“ af et system.

Der er forskellige typer indikatorer og ofte anvendes struktur, proces og resultat indikatorer.

Indikatorer knytter sig altid til en iagttagelse af et bestemt kompleks system ud fra et bestemt perspektiv. Fra et systemteoretisk grundlag kan man skelne mellem tre perspektiver

1) systemintern, 2) dialog og dokumentation 3) systemekstern.

Indføring af hver eneste ny indikator forøger kompleksiteten,

Iagttagelsesperspektivet skal være defineret, og dermed skal det være klart, hvem der skal handle på resultaterne?

Indikatorerne skal bygge på solid indsigt i sammenhængen mellem indikator og ønsket effekt.

Både teoretiker og praktikere skal inddrages i udvikling og implementering.

Vær opmærksom på det, der ikke får opmærksomhed navnlig hvilke negative konsekvenser man skal forsøge at undgå.

Referencer

1. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet (DSKS) Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og - definitioner 2003 www.dsk.dk
2. Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) Dokumentalistrapport for Apopleksi og Skizofreni www.nip.dk/sygdomsområder
3. Sundhedsvæsenets Nøgletal www.sundhedskvalitet.dk/Noegletal.aspx
4. Bundgaard Bente. God bedre bedst I: Ugeskr Læger 2006;168:4132
5. Steensen EF, Hagh O. Stærk topstyring, specifikke, kvantitative mål og hastigt voksende dokumentationskrav er midlerne til at vende den offentlige sektor, til at privatisere tankegangen og til at sikre højere effektivitet og velfærd for borgerne. www.lederweb.dk/wm141133
6. Knudsen JL, Andersen Y; Jørgensen T. Problemidentifikation, kvalitetsmål og indikatorer I: Kjærgaard J, Mainz J Jørgensen T, Willaing I (red). Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet Munksgaard København 2001

7. Sundhedsstyrelsen Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister. Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko. www.sst.dk
8. Vogelsang AB, Bentzen T. Klinisk retningslinje for forebyggelse af trykskader hos patienter med hoftebrud 2009 Center for Kliniske Retningslinjer www.kliniskeretningslinjer.dk
9. Alrøe HF. Science as Systems Learning: Some reflections on the cognitive and communicational aspects of science. *Cybernetics & Human Knowing*, 2000;7 (4) pp. 57-78
10. Alrøe H, Noe E. 2009, Et perspektivisk blik på videnskabelig uenighed og ekspertise I: Emmeche, C & Faye, J (red.), *Hvad er forskning? Normer, videnskab og samfund*, Nyt fra Samfundsvidenskaberne, Frederiksberg, s. 69-92.
11. Noe E, Halberg N, Reddersen J. 2005, "Indicators of biodiversity and conservational wildlife quality on Danish organic farms for use in farm management: A multidisciplinary approach to indicator development and testing", *Journal of Agricultural and Environmental Ethics*, vol. 18, s. 383-414.
12. Jørgensen, LN, Noe, E, Nielsen, GC, Jensen, JE, Ørum, JE & Pinnschmidt, HO 2008, 'Problems with disseminating information on disease control in wheat and barley to farmers', *European Journal of Plant Pathology*, vol. 121, nr. 3, s. 303-312.

Begrebet livsstilssygdomme – bør det afskaffes?¹

Af Signild Vallgård, professor, cand. mag., dr.med. Københavns Universitet. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet. Institut for Folkesundhedsvidenskab. Afdeling for Sundhedstjenesteforskning. Mail: siva@sund.ku.dk

Begrebet livsstilssygdomme spiller en central rolle i dansk sundhedsdebat. Det siges, at de såkaldte livsstilssygdomme er de største sundhedsproblemer i Danmark og at de skal bekæmpes, hvis danskerne skal få bedre helbred og regeringen skal nå sine ambitiøse mål om at danskernes middellevetid skal være en af de ti bedste i verden om ti år (Regeringen 2010). Et spørgsmål er, om det giver det mening at kalde nogle sygdomme for livsstilssygdomme, et andet er hvad konsekvenserne er af at bruge begrebet. I det følgende vil jeg argumentere for, at der er historiske, epidemiologiske og etisk-politiske begrundelser for, at begrebet er uhensigtsmæssigt.

Der er en række antagelser, der ofte er knyttet til begrebet:

- Sygdommene er blevet mere almindelige
- Det giver mening at betragte de nævnte sygdomme som en ensartet type med fælles årsager, nemlig menneskers adfærd
- Og ofte, at borgerne både kan og bør vælge en adfærd, som reducerer risikoen for at få disse sygdomme.

Hvilke sygdomme handler det om?

Der er ikke enighed om, hvilke sygdomme, som omfattes af begrebet, men ofte nævnes hjertekarsygdomme, diabetes 2, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), fedme og flere kræftformer.

Historie – livsstilssygdomme kommer med alderen

Livsstilssygdomme kaldes også nogle gange velfærdssygdomme, hvilket er udtryk for en forestilling om, at den øgede forekomst af sygdommene er en følge af, at velstanden og velfærden er øget, og af at mennesker lever på en anden måde i dag en tidligere. F.eks. står det på Netdoktors hjemmeside om livsstilssygdomme: "Oftest vil brugen af ordet være begrænset til de særligt hyppige lidelser, som optræder i vores kultur som følge af livsstilen i den rige verden." Det er rigtigt, at sygdommene er mere almindelige som dødsårsager i dag, og det skyldes i høj grad øget velfærd og ændrede vaner, men ikke rigtigt på den måde, man oftest taler om det på. Grunden til, at langt flere dør af disse sygdomme i dag end for 100 år siden er, at den forbedrede levestandard, dvs. den øgede velfærd, har medført, at dødeligheden i infektionssygdomme, ikke mindst tuberkulose, er faldet drastisk. Det var især de unge og unge voksne, som døde af infektionssygdomme. Med bedre boliger, ernæring, fødevarer, rent vand og kloaker og med almindelig forbedret hygiejne blev disse sjældne, og langt flere bliver i dag så gamle, at de kan nå at få de sygdomme, der udvikler sig over lang tid, de kroniske sygdomme. De, der blev gamle nok - også f.eks. i 1920'erne - døde ligesom gamle mennesker i dag oftest af hjertekarsygdomme og kræft. Det kan man se af tabel 1 på næste side. Grunden til at denne tabel er fra 1920'erne og de to følgende figurere starter i 1920 er, at fra da af begyndte læger at udfylde dødsattester ikke kun i byerne men i hele landet, så man fra da af har viden om dødsårsager.

Aldersfordelingen af døde i forskellige sygdomme 1921-30

*Alle under 15 år, **alle under 45 år

Alder	Tuber- kulos e	Kig- hoste	Kolo- rine	Lung ebet æn	Influ- enza	Ulyk- ker	Sukk ersyg e	Hjern eblød ning	Alle kræft- former	Hjerte- sygd.
Under 1 år	3%	71%	81%	42%	13%	6%				
1-14 år	14%	29%	9%	9%	6%	21%	6%		1%*	2%*
15-44 år	59%	0	2%	3%	17%	31%	14%	2%**	9%	8%
45-64 år	17%	0	2%	7%	17%	15%	35%	23%	36%	28%
65+ år	8%	0	6%	38%	47%	25%	44%	74%	55%	62%
Samlet antal	28.955	3.270	7.067	34.773	8.128	9.688	4.674	19.413	47.835	40.394

Kilde: Sundhedsstyrelsen. *Oversigt over Dødsårsagerne i Kongeriget Danmark, Tiaarsoversigt, 1921-30, København 1937.*

Som det fremgår af tabellen var 75 % af dem, som døde af tuberkulose under 45 år, mens de, som døde af de såkaldte livsstilssygdomme, stort set alle var over 45 år og de fleste var mere end 65 år. Blev man gammel nok, nåede man at udvikle disse sygdomme også den gang, infektionssygdommene høstede mange unge menneskers liv. Mønstret er, som det fremgår, ikke helt entydigt, også gamle mennesker døde den gang af infektionssygdomme som lungebetændelse og influenza. (I dag vil en patient, som har en alvorlig kræftsygdom, og som dør i forbindelse med en lungebetændelse, bliver registreret som død af kræft- Det var ikke nødvendigvis tilfældet i 1920'erne.) Det skal for en god ordens skyld fremhæves, at dødsårsagsstatistik er en ikke helt pålidelig kilde. Ikke desto mindre kan de give et fingerpeg om forekomsten af dødsårsager i forskellige aldersgrupper.

Den afgørende forklaring, på at dødeligheden i de såkaldte livsstilssygdomme er vokset, er således, at dødeligheden i

infektionssygdomme blandt de unge er reduceret drastisk og en større andel af befolkningen derfor bliver gammel nok til at få en såkaldt livsstilssygdom. Det betyder ikke, at menneskers adfærd ingen betydning har, rygere og alkoholkere, inaktive og de, der spiser uhenigtsmæssigt, dør i en yngre alder, men alle skal dø af noget, og de allerfleste kommer før eller senere til at dø af en såkaldt livsstilssygdom.

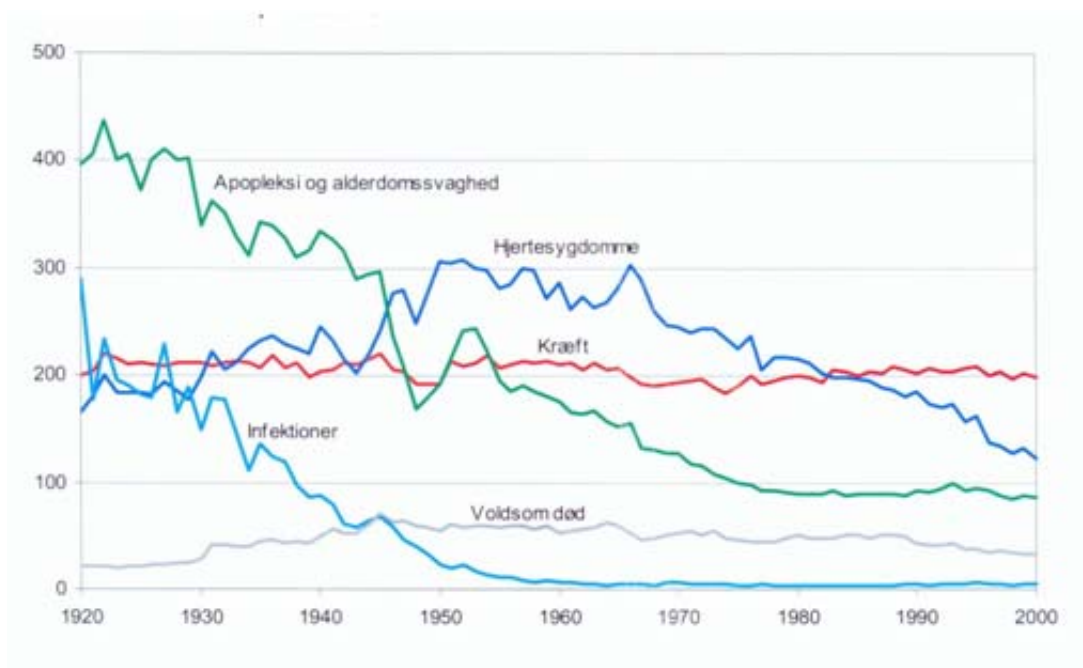
Ser man på udviklingen i løbet af det 20. århundrede (Juel 2004) og laver en aldersstandardisering, dvs. lader som om befolkningens alderssammensætning er den samme gennem århundredet, får man indtryk af, hvordan dødsårsagerne har ændret sig. Infektionsdødeligheden er som det fremgår af de to nedenstående figurer faldet meget. Det er dødeligheden i apopleksi (hjerneblødning) og alderdomssvaghed også. Det skyldes sikkert især, at alderdomssvaghed blev brugt, når man ikke kunne finde andre forklaringer. I dag er man for det første bedre til at diagnosticeres

og for det andet må den dødsårsag ikke bruges mere.

Som det fremgår, er kvindernes kræftdødelighed konstant, dvs. at risikoen for at dø i kræft er den samme i dag som for 90 år siden. Det dækker dog over ændringer, som at lungekræftdødeligheden er steget en del og brystkræft noget, mens mavekræft er blevet mere sjælden. Frem til 1980'erne voksede mændenes dødelighed i lungekræft, siden er den faldet, og også mændene har haft en nedgang i dødelighed i mave-

kræft. Hjertekarsygdomme viser et mere varierende mønster, for kvinderne med en stigning frem til 1950 og siden et fald. For mænds vedkommende begyndte dette fald først i 1960'erne, og der er sket mere end en halvering af dødeligheden per 1.000 indbyggere i hjertekarsygdomme i de sidste 50 år. Nedgangen i dødeligheden i hjerte-karsygdomme har således fundet sted, samtidig med en stigning i velfærd og stillestående arbejde, og samtidig med at andelen af fede og andelen diabetikere er vokset, men andelen rygere er faldet.

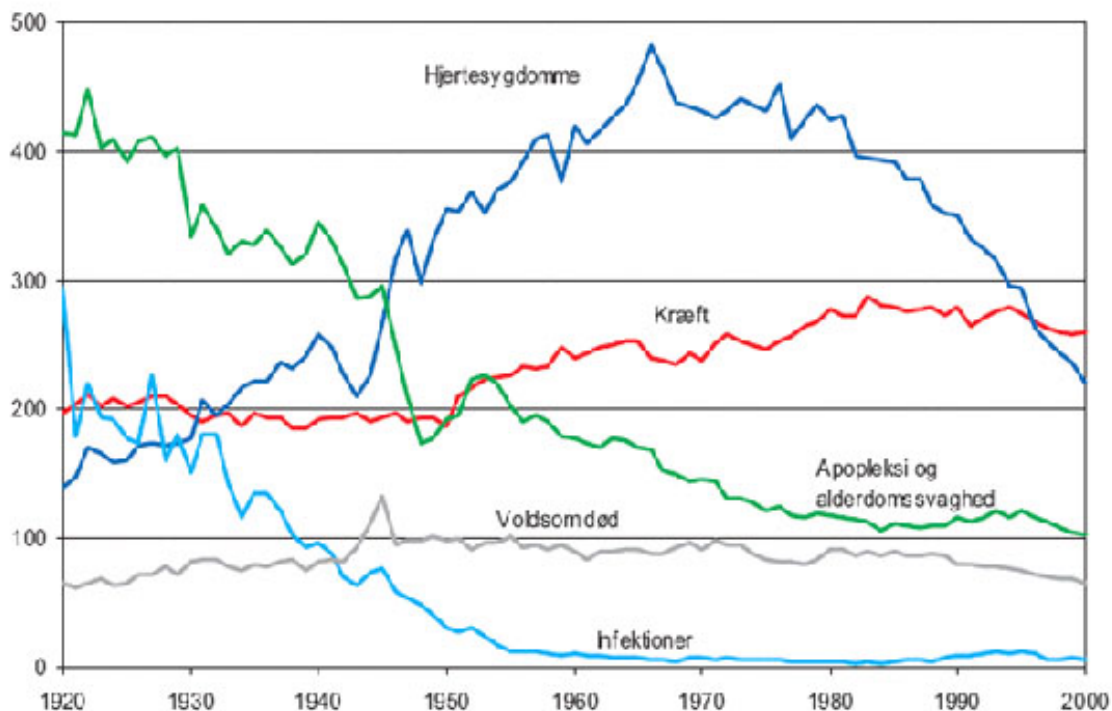
Figur 1. Dødeligheden i store dødsårsagsgrupper i Danmark 1920-2000. Kvinder aldersstandardiserede rater pr. 100.000.



Kilde: Juel, Knud. *Dødeligheden i Danmark gennem 100 år, danskerne lever længere, men hvorfor 3-4 år kortere end svenske mænd og franske kvinder?* København: SIF: 2004.

Figur 2. Dødeligheden i store dødsårsagsgrupper i Danmark 1920-2000. Mænd aldersstandardiserede rater pr. 100.000.

Figur 3.2.1. Dødeligheden i store dødsårsagsgrupper i Danmark 1920-2000. Mænd, aldersstandardiserede rater pr. 100.000



Kilde: Juel, Knud. *Dødeligheden i Danmark gennem 100 år, danskerne lever længere, men hvorfor 3-4 år kortere end svenske mænd og franske kvinder?* København: SIF: 2004.

Set i et historisk perspektiv er det således misvisende at sige, at livsstilssygdomme er blevet mere almindelige, hvis man dermed mener, at risikoen for at få dem er vokset af andre grunde, end at mennesker bliver gamle nok til at få dem.

Epidemiologi - sygdommene har mange årsager

Begrebet livsstilssygdomme kan give indtryk af, at det er menneskers adfærd, som er årsagen til, at nogle får disse sygdomme tidligere end andre. Men adfærd er kun én af årsagerne. Rygere dør gennemsnitligt tidligere end ikke-rygere. Overvægtige og fysisk inaktive ligeså. Men ikke alle rygere dør tidligere end gennemsnittet, nogle endda langt senere. Næsten kun rygere får lungekræft, men de fleste rygere får det ikke.

Det skyldes, at lungekræft, som alle andre sygdomme har mere end én årsag. For det første er mennesker forskelligt genetisk disponerede til at få sygdomme. For det andet har de vilkår, de havde i deres tidlige barndom, ja selv i fostertilstanden, disponeret dem til at få eller undgå bl.a. hjerte-karsygdomme. For det tredje er der mange andre faktorer i voksenlivet, som øger eller mindsker risikoen for at få forskellige sygdomme: socialt netværk, psykisk og fysisk arbejdsmiljø, herunder stress, luftforurening mv. Så selv om uheldigt mæssig kost, rygning, stort alkoholforbrug og fysisk inaktivitet øger risikoen for at få mange sygdomme, er de aldrig de eneste årsager. Derfor er livsstilssygdomme en misvisende betegnelse, fordi den udnævner adfærd til den eneste årsag.

Frie valg?

De, der bruger begrebet livsstilssygdomme, har også ofte en forestilling om, at livsstilen eller adfærden afspejler et frit valg. (Dog ikke alle. Bente Klarlund Pedersen (2010) taler om de "livsstilsramte".) I den nationale handlingsplan for forebyggelse fra 2009 står der: "Det personlige ansvar - vi skal tage ansvar for vores egen og vores nærmestes sundhed. Med ansvaret følger friheden til at træffe vores egne valg - under hensyn til andre. Det offentlige skal sikre god information om de sunde og usunde valg. En vigtig forudsætning for, at den enkelte kan løfte ansvaret for egen sundhed og foretage oplyste valg, er viden om sunde og usunde livsstilsvalg."

Det er en klassisk liberal tankegang, at den enkelte bedst kan afgøre, hvad der er godt for ham eller hende og at staten derfor ikke skal blande sig i borgernes valg, undtage for at forhindre, at de skader andre. Det sidste er en begrundelse for, at stort set alle politikere går ind for at begrænse passiv rygning. For at borgerne skal kunne træffe de valg, som sikrer, at de opnår det de vil, skal de være oplyste. Oplysning er derfor helt central i en liberal tankegang og oplysningen er også central i mange regeringers folkesundhedspolitik, ikke mindst den danskes.

Regeringen lader dog ikke borgerne vælge helt frit. Der er en lang række foranstaltninger, som skal få dem til at vælge en adfærd, som forhindrer at de udsætter dem selv for sundhedsrisici. Dette sker ud fra en paternalistisk omsorg for borgerne, fordi politikerne ikke ønsker at lade dem skade deres helbred. Eksempler på det er afgifter på usunde varer, pligt til at beskytte sig med motorcykelhjelme og sikkerhedsseler, og forbud mod en lang række skadelige stoffer som narkotika og tilsætningsstoffer i fødevarer. Regeringen stoler ikke på, at borgerne altid vælger rigtigt. Udgangspunktet er således ikke, at det er i or-

den, at de vælger som de vil, bare de har viden nok, selv om regeringen siger, at borgerne selv skal bestemme. De skal vælge at handle, som sundhedsoplysningerne finder rigtigt. Det man ser her en kombination af liberale frihedsideal og konservative ønsker om at lægge livet tilrette for borgerne.

Et mere principielt spørgsmål er, hvor frit mennesker vælger deres adfærd. For det første er der nogle meget klare sociale mønstre i menneskers adfærd, dvs. de opfører sig som andre i det sociale lag, de tilhører. Lavtuddannede ryger mere, og højtuddannede dyrker mere motion. Disse to eksempler kan føre til forestillinger, som mange deler, om at mere viden kan ændre adfærden, siden de højtuddannede og dermed, skulle man tro, mere vidende, lever sundere. Det er også en udbredt forestilling, at den sundhedsgavnige adfærd lige så stille vil sive ned til de lavtuddannede og fattige. Der er dog meget, der tyder på, at det ikke er så enkelt. Højtuddannede drikker lige så meget alkohol som lavtuddannede. Her spiller viden åbenbart ikke en rolle for adfærden. Fedmen kravler lige så stille op ad den social rangstige, dvs. den stik modsatte vej end forventet. Selvom det er muligt, at mennesker har en fri vilje, er den ikke ubegrænset, og den synes at være ret begrænset, hvad den sundhedspåvirkende adfærd angår. Regeringen skriver i den nationale handlingsplan, at vores viden om alkoholgrænserne bliver bedre og bedre, samtidig stiger antallet af alkoholstorforbrugere ifølge handlingsplanen.

At sige, at borgerne har et personligt ansvar for deres sundhed og sygelighed, som dels beror på en adfærd, som tydeligvis også er formet af deres sociale tilhørsforhold, og som desuden forårsages af en lang række andre faktorer end adfærden, indebærer jo også at placere skyldes for sygdommene på den enkelte. Det fritager politikerne for meget an-

svar og man kan spørge om det kan forsvares politisk og etisk.

Hvis man skal forstå, hvorfor mennesker ikke vælger at handle sådan, som sundhedsoplyserne fortæller dem og ændre adfærd f.eks. når det gælder de såkaldte KRAM-faktorer, kost, rygning, alkohol og motion, vil det måske være en idé, at tænke livsstil på en anden måde.

Et andet livsstilsbegreb

Begrebet livsstil bruges almindeligvis som betegnelse på forskellige, adskilte adfærdsformer, som når man taler om rygning eller motionsvaner som en livsstil. En anden definition betegner livsstil som et relativt sammenhængende hele, det er en betegnelse for den måde, man lever sit liv på (Coreil & Levin, 1984-85). Man kunne også tale om livsform. Det var sådan, tidlige sociologer som Max Weber brugte begrebet. Livsstilen omfatter i denne betydning mange sider af menneskers måde at leve på: boligindretning, arbejde, omgangsformer, sociale relationer, sprog, spise-, drikke- og sovevaner, tøjstil, ferieformer mv., hvor enkeltdele ikke uden videre kan fjernes. Udgangspunktet for denne tænkning er, at mennesket er et socialt væsen som gerne vil høre til en eller flere grupper, og som bl.a. opnår accept og status i deres medmenneskers øjne ved den måde, de lever på. Derfor tilpasser mennesker sig normer og adfærd i de grupper, de tilhører eller ønsker at tilhøre. I denne betydning er livsstilen derfor i høj grad et kollektivt fænomen. Mennesker deler livsstil med andre, hvilket jo bl.a. viser sig i ret tydelige sociale mønstre i den måde de lever på, også med hensyn til adfærd, som påvirker sundheden. I visse sociale lag, de højere, er det almindeligvis forbundet med lav status at ryge, mens det nærmest er stigmatiserende ikke at drikke alkohol, i hvert fald er det en afvigende adfærd, som skal forklares.

Bruger man begrebet livsstil, som en betegnelse for den måde mennesker samlet set lever deres liv på, er den ikke alene eller engang hovedsagelig resultat af individuelle valg, som kan foretages på et oplyst grundlag. Selvom det meste af det, som her er omtalt som livsstil, er noget man formelt kan vælge, inden for de økonomiske rammer man har, viser det sig jo, at de fleste vælger som dem der ligner dem selv. Ser man livsstil som dette bredere sammenhængende fænomen og som et kollektivt fænomen får man et andet syn på de dele, som indgår i den. Så kan man måske bedre forstå, hvorfor mange højtuddannede bliver ved med at drikke over genstandsgrænserne på trods af utallige kampagner. Alkoholforbruget er en integreret del af den måde mange mennesker lever på, ikke mindst i samvær med andre til andre mennesker, ligesom mad- og tøjvaner er det.

Når man derimod, som det oftest sker i dansk forebyggelsesdebat, bruger begrebet livsstil om specifikke, adskilte adfærdsformer som kost-, motions-, alkohol- eller rygevaner, ses livsstilen eller adfærden ofte som isoleret fra øvrige dele af menneskers liv og ofte som et individuelt træk og dermed et individuelt ansvar. En sådan definition bidrager ikke meget med forklaringer på, hvorfor de ryger og drikker, bortset fra at de er uoplyste eller uansvarlige. Der er dog ofte flere gode grunde til, at mennesker handler som de gør. Disse rationaler kunne en analyse med udgangspunkt i den anden, mere omfattende definition af livsstil, som et socialt fænomen, bidrage til en belysning af. Ved at se adfærdsformer i en sammenhæng, kunne man måske nå længere, end at konstatere, at Jeppe drikker, man kunne få viden om hvorfor. Og den kunne give andre ideer til, hvordan man kan ændre de adfærdsformer, man måtte ønske at komme til livs.

En anden pointe er, at hvis adfærd ikke ses som hovedsagelig individuelt bestemt, men som socialt eller kollektivt, bliver de adfærdsændringer man efterstræber også et fælles, politisk ansvar, ikke kun et individuelt.

Ændret sprogbrug

På baggrund af ovenstående vil jeg for det første foreslå, at vi holder op med at tale om livsstilssygdomme, fordi sygdommene har mange andre årsager end adfærden, og for det andet vil jeg mene, at vi skal overveje, om det er særlig frugtbart at bruge en fælles betegnelse for sygdomme, som er så forskellige som KOL og diabetes 2. For det tredje er det også tvivlsomt, som jeg har forsøgt vise, om mennesker vælger deres adfærd frit. Endelig, hvis vi vil tale om adfærd eller livsstil, som én af årsagerne til mange sygdomme, vil det måske give mere forståelse for, hvorfor folk handler som de gør, hvis vi betragtede livsstil ikke som enkeltstående adfærdsformer, men som et integreret hele. Det vil næppe give hele forklaringen på menneskers adfærdsformer, men kunne udgøre et bidrag.

Referencer

Coreil, Jeannine, Levin, Jeffery S. 1984-85. "A critique of the life style concept in public health education", *International Quarterly of Community Health Education*, 5(2):103-14.

Juel, Knud & Rasmussen, Niels Kristian. 2002. "Danmark i internationalt perspektiv," in *Medicinsk sociologi. Samfund, sundhed og sygdom*, L. Iversen et al., eds., Munksgaard, København, pp. 45-63.

Juel Knud, 2004. *Dødeligheden i Danmark gennem 100 år*. Statens Institut for Folkesundhed, København.

Pedersen, Bente Klarlund, 2010. „Sundhed skal ind i overenskomstforhandlingerne *Ugeskrift for læger* 172/7:570

Regeringen, 2009. "National handlingsplan for forebyggelse" I *Sundhedspakke 2009. Godt på vej mod et sundere Danmark – 8 store skridt der gør et godt sundhedsvæsen endnu bedre*. København: Regeringen.

Regeringen, 2010. *Danmark 2020 - viden, vækst, velstand, velfærd*. København: Regeringen, 2010.

(Endnotes)

- ¹ En del af pointerne i denne artikel er tidligere publiceret i en artikel i *Kritisk Debat* September 2009: "Hvad indebærer brugen af begrebet livsstilssygdomme?" og i en klumme i *Ugeskrift for læger* 2010;172 (10):819: "En anden måde at forstå livsstil - kan det gavne forebyggelsen?"

"Bon appétit"!

*Af Winnie Seidelin, Klinisk oversygeplejerske, Cand.mag. i voksenpædagogik. Herlev Hospital.
e-mail: wise@dadlnet.dk*

"Ska' han ikk' ha' lidt mad? Kan han leve og blive rask af det væske, han får ind i armen"? De spørgsmål blev jeg stillet tilbage i 1988. Jeg var nyuddannet sygeplejerske og varetog plejen af en patient, der havde gennemgået en tarmoperation. Patienten lå med ventrikelsonde til sug, fik dagligt 1000 ml tyndt-flydende per. os. samt 3 liter isotonisk væske intravenøst. Planen var, at denne behandling skulle fortsætte, indtil patienten havde haft flatus. På baggrund af denne plan kunne jeg svare, at manden ikke skulle have andet, fordi der i så fald var risiko for, at sammensyningerne i tarmen ikke holdt.

Der er sikkert mange læsere, som kan nikke genkendende til denne episode, mens andre forhåbentligt tænker: „Kan det være rigtigt? Det er kun 20 år siden“. Spørgsmålene var i høj grad med til at vække min interesse for ernæring som en særlig sygeplejefaglig problemstilling. Det måtte kunne gøres bedre!

Denne artikel fortæller om, hvorfor jeg interesserer mig for ernæring. Den beskriver, hvad jeg har arbejdet med, oplevet, og hvilke resultater jeg været med til at opnå. Jeg vil fokusere på tre områder; forskning, kompetenceudvikling og kvalitetsudvikling. Min vedvarende interesse for området skyldes for det første, at ernæring på en og samme tid er *banalt* og *komplekst*. Banalt, fordi det er indlysende: Mennesket har behov for mad for at kunne leve. Komplekst, fordi det kræver viden om komplicerede fysiologiske processer og kundskab om, hvordan sygeplejersken bedst møder og nøder patienten, som ingen appetit har.

For det andet er ernæringsområdet et felt med mange aktører - økonomaer, kokke, ernæringsassistenter, kliniske diætister, ergoterapeuter, læger, sygeplejersker og ikke mindst borgere og politikere.

Forskning

På Herlev Hospital arbejdes videnskabeligt med kost og ernæring. Det unikke ved denne forskning er, at resultaterne af undersøgelserne får betydning for praksis efterfølgende. Formålet er at producere viden, som virker!

Tilbage i 2002 var der fokus på at prøve at omlægge hovedmåltidsserveringen fra portionsanretninger til buffet. Hypotesen var, at patienterne ville spise mere, hvis de fik lov til at vælge, hvad de ville spise og bestemme, hvor stor portionen skulle være. Gennem et observationsstudie af aftenmåltidet, sammenlignede man patienternes madindtag før og efter implementeringen af buffet. Der blev foretaget registrering af det samlede energi- og proteinindtag hos hver enkel patient samt eventuelt spild. Studiet viste, at reorganisering af serveringssystemet fra traditionelle portionsanretninger til buffet, kunne øge patienternes indtag af energi og protein. Samtidig minimerede man madspildet.¹ På baggrund af disse resultater indførte man buffet servering ved samtlige hovedmåltider på hospitalet.

Nu viste vi, at vi kunne øge patienternes indtagelse af energi og protein. Men fik de nok? Det satte vi os for at undersøge i projektet "Kost Indtag På Herlev" (KIP)².

KIP var et observationsstudie, som blev gennemført på tre forskellige afdelinger. Patienter, som forventeligt var indlagt på hospitalet mere end 5 dage, blev

spurgt, om de ville deltage i studiet. Hver patient blev screenet ud fra NRS-2002 systemet³. Følgende data blev registreret; ernærings-risikofaktoren, alder, køn, kostordination samt patientens energi – og proteinindtag over 3 dage. Studiet inkluderede i alt 119 patienter: 38 mænd og 81 kvinder. 31 % af patienterne var i ernæringsrisiko, hvilket er sammenligneligt med andre undersøgelser. Deres median alder var 71 år og median BMI værdi 24. Studiet viste, at ca. 50 % af patienterne, uanset om de var i ernæringsrisiko eller ej, fik dækket ca. 75 % af deres energibehov og 60 % af deres proteinbehov. Kun 47 % af patienterne i ernæringsrisiko fik ordineret den rigtige kostform. Vi fandt endvidere, at de samme patienter kun fik dækket 6 % af energiindtaget fra mellemmåltiderne. Dette skal ses i forhold til de rekommanderede 40 %⁴.

Vi konkluderede, at buffeten generelt imødekom patienternes behov for energi og protein. Endvidere at læger skal fokusere på at ordinere den korrekte kostform, og sygeplejersker skal have fokus på mellemmåltider specielt til patienter i ernæringsrisiko.

Jeg præsenterede KIP projektet sidste sommer på henholdsvis ICN kongressen i Durban, Sydafrika og ESPEN⁵ kongressen i Wien, Østrig. Min deltagelse i disse kongresser blev mulig, fordi jeg modtog Herlev Hospitals Sygeplejepris i april 2009. Bedømmelseskomiteens begrundelse for at tildele mig prisen var, „mit engagement og arbejde for at gøre ernæring til en integreret del af patientbehandlingen, etablere uddannelse i ernæring for plejepersonale samt sætte Herlev Hospital på ernæringskortet“.

På baggrund af resultaterne fra KIP projektet, startede vi⁶ i oktober 2008 endnu et projekt, "Småt gør dig godt". Formålet var, at undersøge om små lækre retter, "Herlevs Herligheder", kunne øge energi – og proteinindtaget

hos patienter i ernæringsrisiko. Det var et interventionsstudie, som bl.a. involverede borgere, der tidligere havde været indlagt på hospitalet, gourmet kokke og „rigtige patienter“. Metodemæssigt benyttede vi både fokusgruppeinterview, spørgeskemaundersøgelse samt objektive registreringer. Det helt særlige ved dette studie er, at protokollen er godkendt af Videnskabsetisk Komité. Det var en stor sejr, fordi vi dermed fik bedømt et ernæringsprojekt på lige fod med medicinske projekter.

Projektet blev afsluttet i maj 2009, og i skrivende stund er vi ved at lægge sidste hånd på rapporten. Derfor kan jeg desværre ikke offentliggøre resultaterne fra studiet. Vi arbejder på en artikel, som vi håber at få optaget i et anerkendt tidskrift. Endvidere forventer vi at præsentere resultaterne på dette års ESPEN kongres og ved en konference i Adelaide, Australien.

Kompetenceudvikling

I 2004 var jeg med i styregruppen for et kompetenceudviklingsprojekt på hospitalet. Midlerne til projektet var søgt via en kompetencepulje under Københavns Amt. Formålet med projektet var, at implementere hospitalets daværende "Kost - og ernæringspolitik". Et af indsatsområderne var etablering af en ernæringsorganisation. Alle kliniske afdelinger skulle nedsætte en ledelsesforankret tværfaglig ernæringsgruppe. Et andet indsatsområde var udarbejdelse af et fælles ernæringssskema for Herlev Hospital. Dokumentet tilhørte patientjournalen. Ernæringssskemaet fulgte Sundhedsstyrelsens vejledning⁷, og var i øvrigt inspireret af et lignende skema fra Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S). Et tredje indsatsområde var gennemførelse af et 6 dages kursus for ernæringsnøglepersoner. Nøglepersonerne var typisk medlemmer af afdelingernes ernæringsgrupper. Indholdet for kurset var bl.a. ernæringsfysiologi, kost

tilbud, mad bestilling, sondeernæring, sygepleje til patienter med fødesonde (nasogastrisk sonde/ gastrostomisonde) og parenteral ernæring. Der var endvidere fokus på ernæringscreening. Hvad er BMI for en størrelse? Har patienten haft et vægttab? Hvad skønnes patientens stressmetabolisme til at være? Kostregistrering og dokumentation samt en målrettet ernæringsterapi. I forbindelse med projektet gennemførte 60 personer kurset.

Kompetenceprojektet har haft stor betydning for arbejdet med ernæring på hospitalet. Kurset, som blev etableret, er efterfølgende blevet afholdt fire gange. Indholdet er siden blevet justeret i forhold til ny viden indenfor ernæring fx behovet for at personalet fokuserer på ordinerer af kostformer samt mellemmåltider. Undervisningen sikrer, at der til stadighed er personale, som besidder viden om ernæring. De fleste kliniske afdelinger har stadig ernæringsgrupper, og alle afdelinger har minimum en primær kontaktperson for ernæring. Det gør det muligt for hospitalets ernæringskomite at være i dialog med det kliniske personale. Det letter kommunikationen, fx når der ca. hvert andet år kommer ny leverandør af ernæringsprodukter, eller når der bliver afholdt fælles temaeftermiddage på hospitalet.

Kvalitetsudvikling

Da Københavns Amt udarbejdede sine kvalitetsstandarder i perioden 2004 - 2006, deltog jeg i en arbejdsgruppe, som havde til opgave at formulere standarden for ernæring, „F17“. I forlængelse af dette arbejde blev det besluttet, at det ovenfor nævnte Ernæringskema fra Herlev Hospital skulle være gældende for de tre amtshospitaler. Der blev udarbejdet en klinisk vejledning til skemaet. Denne vejledning blev tilgængelig for det kliniske personale via hospitalernes intranet.

Region Hovedstaden har valgt at nedsætte en regional ernæringskomite for at sikre fokus og fremdrift indenfor ernæringsområdet. Jeg har repræsenteret Herlev Hospital og sygeplejen i dette forum gennem næsten to et halvt år. I den periode har den regionale ernæringskomite udarbejdet en "Kost - og ernæringspolitik"⁸, som blev politisk besluttet i februar 2008. Jeg synes, det er meget tilfredsstillende, at have haft mulighed for at sætte et lille aftryk i Kost - og ernæringspolitikken. Et dokument som vil være retningsgivende for området de næste år.

I Region Hovedstaden har man politisk valgt, at hospitalerne både skal akkrediteres efter standarder fra Joint Commission International og Den Danske Kvalitets Model. I forberedelsen hen mod akkrediteringen, foråret 2011, har den regionale ernæringskomite udarbejdet følgende kliniske vejledninger; "Ernæringscreening - vurdering og dokumentation hos voksne", "Ernæringsterapi" og "Sondeernæring – anlæggelse og kontrol (Voksne)". De tre kliniske vejledninger har været i høring på hospitalerne, og man er, i skrivende stund, ved at lægge sidste hånd på dem inden de bliver udgivet. Kliniske vejledninger med fokus på "Behandling af adipositas patienter", "Parenteral ernæring" samt vejledninger gældende for ernæringsterapi til børn er under udarbejdelse. Arbejdet med kliniske vejledninger er givende, og jeg kan varmt anbefale andre at deltage i et sådant arbejde. Man kombinerer "hård" evidens med klinisk erfaring. Samtidig forholder man sig til hvert enkelt element i patientforløbet set i lyset af forskellige faggruppers ansvar for opgaven.

Audit er en væsentlig del af arbejdet med kvalitetsudvikling. Herigennem får man et billede af kvaliteten i pleje og behandling af patienterne ud fra standarderne. En journalaudit i maj 2009, foretaget på 2619 journaler på hospitalerne

i Hovedstads Regionen, viste, at ernæringscreening var dokumenteret i 54 % af journalerne⁹. Der var udarbejdet en kostplan for patienter i ernæringsrisiko i 48 % af journalerne, og kostformen var dokumenteret i 63 % af journalerne. Auditresultaterne er ikke overbevisende, og de antyder, at der fortsat er behov for at arbejde målrettet med ernæring. Heldigvis oplever jeg dagligt, at ernæringsterapien er blevet væsentlig bedre, end da jeg startede i faget for mere end 20 år siden. Men ting tager tid, selv når det handler om noget så banalt som mad!

Jeg håber, at jeg med denne artikel har formået at inspirere andre sygeplejersker til at engagere sig i arbejdet med ernæring til gavn for patienterne.

(Footnotes)

- ¹ Freil M. et al. Reorganization of a hospital catering system increases food intake in patients with inadequate intake. *Scandinavian Journal of Food & Nutrition* 2006;50:83-88
- ² Hansen M. F., Nielsen M.A., Bitz C., Seidelin W., Almdal T. Catering in a large hospital - Does serving from buffet system meets the patients' needs? *Clin.Nutr* 2008;27: 666-69
- ³ Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, et al. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on analysis of controlled clinical trials. *Clin. Nutr* 2003;3:321-36
- ⁴ Pedersen A., Ovesen L. Recommendations for food in public institutions in Denmark. Copenhagen: Danish Ministry of Food and Agriculture
- ⁵ ESPEN = the European Society for Clinical Nutrition and Metabolism
- ⁶ "Vi" henviser her til styregruppen for projektet; Ledende diætist Tina Munk, afd. læge Anni Linnet Nielsen, Klinisk diætist Eva Rosenbom, Køkkenchef Michael Allerup Nielsen, Ass.køkkenchef Camilla Bitz, Klinisk oversygeplejerske Winnie Seidelin.
- ⁷ http://www.sst.dk/publ/Publ2008/CFE/ernaering/BMTS_Vejl_dan_05ma08.pdf
- ⁸ http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/6A3F86DA-84FA-4A40-8A1E-6EB602522837_0Kost_og_ernaeringspolitik_230608_final.pdf
- ⁹ Procenttallene er gennemsnitstal og dækker over variation fra regionens hospitaler

Referat fra generalforsamling i FASID 22.marts 2010 på Sygeplejerskeuddannelsen Metropol

1. Valg af dirigent og referent

Lis Suhr blev valg som dirigent, Helle Mathar som referent.

2. Formandens beretning

Ved Elisabeth Wederkinck

Bestyrelsen og mødeaktivitet

Siden generalforsamlingen 4. marts 2009 har bestyrelsen afholdt 3 bestyrelsesmøder, alle tre gange i København. Yderligere samarbejde er blevet udført pr. mail og telefon. Bestyrelsen har bestået af 5 medlemmer.

Året har været præget af travlhed og sygdom. To bestyrelsesmedlemmer har valgt ikke at genopstille, Anne Charlotte Hjorth og Mette Spliid Ludvigsen.

Bestyrelsen har arbejdet og fået Professor Kari Martinsen til at holde oplæg før generalforsamlingen, og for at tage tråden op fra sidste år, vil Kari Martinsen holde forelæsning over temaet *Kritikken av evidens-begrebet - om veien mot et mangfoldigt evidensbegrep*.

Bestyrelsen har fået tilsagn fra flere, der ønsker at indtræde i bestyrelsen, hvilket vil give mulighed for at fortsætte og udvide aktiviteterne, så FASID også i fremtiden kan være en aktiv forening for Akademiske Sygeplejersker i Danmark

Medlemsstatus:

158 medlemmer mod sidste år 152 altså en stigning på 6

Tidsskrift for akademiske sygeplejersker udgivet af FASID

Tidsskriftet er udkommet 1 gang siden sidste generalforsamling, i foråret 2009. Det næste tidsskrift er på trapperne. Bestyrelsen har generelt haft for lidt tid og vi har været for få til redaktionsarbejdet, hvilket har gjort, at arbejdet med tidsskriftet ikke har været tilfredsstillende - ikke mindst den opsøgende del af redaktionsarbejdet - opfordringerne til forfattere om at skrive, opfølgning, sparring mv. Vi håber at vi i det kommende år bliver flere arbejdende bestyrelsesmedlemmer, og at vi kan udkomme med to tidsskrifter inden næste generalforsamling.

Hjemmesiden

Der har været problemer med at blive lokket på hjemmesiden, men de blev løst hen ad vejen.

Regnskab

Regnskabet er sendt og godkendt af foreningens revisor Ulrich Thostrup

3. Regnskab

Der var endvidere forslag om kontingentfritagelse i 2010, fordi der næsten ingen aktiviteter har været i 2009. Der har ikke været tidsskrift, artikelskrivningsgruppe mv. Desuden har foreningen et forholdsvist stort overskud. Det blev besluttet, at kontingentet dette år skulle være 100 kr.

4. Valg til bestyrelsen

Elisabeth Wederkinck, Helle Mathar,
Charlotte Kragh fortsætter alle.

Nye medlemmer i bestyrelsen er:

Carsten Juul Jensen cand. cur., Professi-
onshøjskolen UCC

Og Kristian Georg Madsen cand. pæd.,
Sygeplejerskeuddannelsen Metropol

Bestyrelsen konstituerer sig ved først-
kommende bestyrelsesmøde.

5. Valg af revisor og suppleant for denne

Ulrich Tholstrup blev genvalgt som re-
visor, Ingeborg Illkjær som suppleant.
Begge valgt med applaus.

6. Evt.

Der var ingen punkter.

Folkesundhed - i et kritisk perspektiv.

Af Stinne Glasdam (red). Dansk Sygeplejeråd og Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2009

Anmeldt af Ida Lærke Sygeplejerske, MPH og lektor. Sygeplejerskeuddannelsen København, Professionshøjskolen Metropol.

I foråret 2009 udkom en spændende bog om folkesundhed. Spændende, fordi bogen er tænkt som en lærebog, der kommer bag om den herskende forestilling om folkesundhed ved at diskutere væsentlige områder indenfor det folkesundhedsfaglige arbejde. Det er i sig selv et tiltrængt initiativ, da en lang række sundhedsuddannelser, herunder også sygeplejerskeuddannelsen, har folkesundhed i forskellige sammenhænge på skemaet, som en væsentlig del af uddannelsen, og fordi der er stærkt brug for lærebøger, som påtager sig de vigtige (akademiske) diskussioner af og kritisk stillingtagen til forskellige sundhedspolitiske strategier, som er grundlaget for også en stor del af sundhedsprofessionernes arbejde.

Bogen er overordnet inddelt i fire dele.

1. del indkredser væsentlige begreber indenfor folkesundhed - fx sundhed som mål og middel, og diskuterer kritisk udviklingen indenfor den offentlige sundhedspleje og forebyggelse og sundhedsfremme som begreber.

2. del diskuterer bl.a. udviklingen af begrebet evidens i den moderne sundhedspolitik, og giver en indsigtfuld diskussion af folkesundhedsprogrammerne i de skandinaviske lande og begrundelse for retorikken heri, herunder forestillingen om det gode liv.

I del 3 bliver KRAM-faktorerne og deres funktion i sundhedsstrategierne hudflettet og modsætningerne mellem formål og indsats i diverse kampagner og strategier udstilles, idet det påvises hvordan visse indsatser gøres uden behørigt udgangspunkt i eller blot hensyn tagen til de grundlæggende årsags-sammenhænge.

Sidste del gennemgår 6 forskellige sundhedsfaglige aktiviteter, fx livsstilssamtaler og rehabilitering, og deres bidrag til folkesundheden analyseres.

Bogens hensigt er at danne grundlag for en udvidet forståelse af begreberne sundhed og sygdom samt give anledning til refleksion over den tilgang til folkesundhed, som er fremherskende i det moderne samfund. Dette lykkes i høj grad. De forskellige kapitler er alle relevante og påpeger mange problematikker. Tilsammen kan al denne kritik og diskussion ind i mellem føles lidt påtrængende og ensidig, men som læser må jeg jo så konstatere, at min egen kritiske refleksion er aktiveret, både overfor folkesundhedsfaglige og sundhedspolitiske aktiviteter som de udspiller sig OG samtidig overfor den tænkning og de argumenter, som bogens kapitler er baseret på.

Det er efter min mening en stor værdi at bogens forfattere har formået at videregive deres diskussioner af eksisterende forestillinger om folkesundhed og om væsentlige problemstillinger indenfor udøvet folkesundhed, og at bogens redaktør har formået at samle bogen til et hele, der kan fungere både som udgangspunkt for refleksion i henholdsvis forskning og udviklingsarbejde indenfor folkesundhed, undervisere i fol-

kesundhed, såvel som lærebog for studerende i de sundhedsprofessionelle uddannelser.

Jeg har personligt oplevet bogens værdi for mig som underviser i folkesundhed i sygeplejerskeuddannelsen og som vejleder til bacheloropgaver har jeg oplevet studerendes anvendelse af bogen, og her gør bogen god fyldest. Dog er visse kapitler, specielt i tredje del, skrevet i et lovligt akademisk sprog med argumentationsrækker, som kan virke noget højt-flyvende og måske ikke burde være med i bogen. Men i det samlede billede er dette blot en skønhedsplet og skal ikke lægges de øvrige kapitler eller forfattere til last.

En ny sociologi for et nyt samfund.

Af Bruno Latour. Akademisk forlag 2008

Anmeldt af Lone Skriver, cand. cur., Underviser Campus Roskilde Sygeplejerskeuddannelsen.

Mail to: lsk@ucsj.dk tlf.: 72 48 15 30

Fagligt indhold

En bog der udfordrer den aktuelle sociologiske forståelse og er skrevet af Bruno Latour. Latour har en baggrund i den franske universitetsverden, professor ved Centre de Sociologie de l'Innovation, École Nationale Supérieure, og forskningschef ved den statsvidenskabelige eliteskole Institut d'Études Politiques de Paris.

Med "En ny sociologi" - bogens titel - har Latour rettet kritik mod forståelsen af det sociale. Latour mener, at den aktuelle forståelse bør revideres og forsøger at bringe diskussion frem om, hvordan samfundet og det sociale skabes og italesættes. Latour mener, at der er behov for at den sociologiske tænkning er for normativ og for at forstå det nye samfund, er der brug for at udfordre de eksisterende forståelser. Latour diskuterer begreber som samfund, det sociale, sociale forklaringer, social orden, social praksis, etc., og han mener, at det er begreber, der ikke kan fastlåses i én betydning men er afsat til at bringe nye og andre forståelse frem. Han inddrager teoretikere fra tiden omkring Durkheim - sociologiens fødsel i slutningen af det 19. århundrede.

Latour viser baggrunden for den sociologiske tænkning og bringer tidligere sociologisk forståelser, eksempelvis

Durkheim, i spil. Han diskuterer betydningen af samfundets påvirkning af individet, som for Durkheim betød, at individet handlen var samfundsbestemt. Latour forholder sig mere kritisk og mener, at det er for unuanceret tænkning.

Sværhedsgrad

Med Latours kritik af forståelsen af "det sociale univers" og samfundsvidenskaben, er det på den ene side en fordel for læseren at gøre opmærksom på teori der forsøger at indfange samfundet. På den anden side kommer han til at referere til en mængde sociologiske teoretikere, som kan virke forvirrende, og det kan være udfordrende at følge med Latour. Det kan være en fordel at kende til de forskellige teoretiske rammer og bidrag for at forstå hans kritik af sociologien, og bogen revolutionerer ikke den sociologiske forståelse.

I bogen anvender Latour mange praksis-eksempler til at forklare sit ærinde, hvilket er inspirerende og provokende læsning, men også en stor hjælp til at læseren kan forholde et kritisk blik, fordi teorien eksemplificeres gennem praksis-eksempler. Det er en fordel at læse bogen hele bogen, som er uegnet som opslagsværk.

Anvendelse

Bogen anvender faglige og svære udtryk dels indenfor sociologi dels inden for videnskab, og derfor er bogen velegnet til undervisere i sociologi. Andre discipliner - andre videnskaber - kan have glæde af dens bidrag til at fremhæve og bevare det kritiske blik.

Indvandring og Integration.

Af Flemming Mikkelsen, dr. scient. pol. & cand. mag. Akademiet for Migrationsstudier i Danmark (AMID)

Anmeldt af Solveig Fjordside, lektor, cand. mag., Sygeplejerskeuddannelsen København, Professionshøjskolen Metropol. Mail: sfh@sud.regionh.dk

Flemming Mikkelsens inspiration til at skrive bogen **Indvandring og Integration** udspringer af den heftige offentlige debat og faglige diskussion, som er fulgt med indvandringen men bunder i særlig grad i hans tilknytning til Akademiet for Migrationsstudier i Danmark, hvor Mikkelsen har været ansat siden 2001. Akademiet fungerer som et livligt mødested for forskere fra mange forskellige discipliner og tilknytningen hertil har gjort det klart, at indvandring og integration kan og bør ansues ud fra mange forskellige intellektuelle traditioner. Formålet med bogen er, som konsekvens heraf, at præsentere de temaer, begreber, metoder og resultater der har optaget indvandrer- og integrationsforskningen gennem de seneste tyve år med henblik på at give læseren en indsigt i væsentlige sider af indvandrer- og integrationsforskningen i Danmark. Bogen er forsynet med fyldige litteraturreferencer og der henvises til relevante statistiske publikationer og databaser, som indeholder vigtige informationer om indvandrerens leveforhold, værdier og holdninger.

Bogen fremstår som et brugbart redskab for dem som ønsker at holde sig orienteret og vide mere om de mest prekære og spændende emner i nyere dansk samfundsforskning. Da bogens fokus ikke er dansk udlændinge- og indvandrerpolitik men i stedet indvandrerens leveforhold i Danmark er bogen særdeles relevant for sygeplejefprofessionen, som

et redskab til at opnår større viden om og forståelse for de særlige sociale og kulturelle forhold der præger etniske patienter.

Om bogens struktur.

Bogens kapitler tager afsæt i mødet mellem indvandrerne og danskerne og efter et introducerende kapitel redegøres der i *kapitel 2* for indvandringen til Danmark og det bagvedliggende vandringsmønster. I *kapitel 3* bevæger Mikkelsen sig ind på det gennem årene mest diskuterede emne, nemlig indvandrerens integration på arbejdsmarkedet. Her ses på udviklingen i beskæftigelsen og på hvor indvandrerne befinder sig på arbejdsmarkedet. Gennemgangen af indvandrerens arbejdsmarkedstilknytning, selverhverv, modtagelse af indkomsterstøttende ydelser og forhold til myndighederne tegner et tydeligt billede af en underklasse i Danmark og giver et solidt grundlag for at rejse spørgsmålet om, indvandrerne skal forstås som en social klasse i traditionel forstand. En social klasse, som tydeligt skiller sig ud med forringede livs muligheder sammenlignet med majoritetsbefolkningen. Uddannelse betragtes af de fleste som vejen til integration på arbejdsmarkedet og derfor handler *kapitel 4* om indvandrerens medbragte uddannelse, uddannelse opnået i Danmark samt de barrierer, som unge indvandrere og efterkommere støder på i uddannelsessystemet. *Kapitlerne 5 & 6* tager fat om et andet intrikat problem, indvandrerens bosætning og boligforhold, husstandsstrukturer og familieformer. Nogle af de spørgsmål, som søges besvaret drejer sig om den svære balancegang mellem arbejdsliv, husarbejde, familieliv og valg af ægtefælle.

Hvis indvandrerne skal klare sig i konkurrencen med majoritetsbefolkningen

er det ikke altid tilstrækkeligt alene at satse på individuelle strategier ofte er det nødvendigt at gå sammen og danne forskellige organisationer. *Kapitel 7* er en redegørelse for de organisationer og foreninger indvandrerne har oprettet i Danmark mens *kapitel 8* koncentrerer sig om de mange religiøse organisationer og moskéer som er fulgt i kølvandet på indvandringen fra de arabiske lande. Indvandrerne i det politiske system er temaet i *kapitel 9*. Indvandrernes synlighed i det offentlige rum spiller en stor rolle for integration og *kapitel 10* undersøger på den baggrund udviklingen i debatten om indvandrere og hvorvidt medierne er med til at skabe et billede af indvandrere overfor danskere - af "dem" og "os". Medierne og mediedebatten sættes ofte i forbindelse med danskernes holdning til etniske minoriteter og i *kapitlerne 11,12 & 13* analyseres denne forbindelse og der fremsættes forskellige bud på hvilke forhold der kan påvirke og forme danskernes holdninger til etniske minoriteter. Bogens afsluttende *kapitel 14* fokuserer på integration af indvandrere i europæiske lande med det sigte at fremhæve nogle centrale begreber, der gør det muligt for os at placere og forstå den danske integrationsproces i en international historisk og komparativ sammenhæng.



Rehabilitering – mellom livsverden og funksjon

Skandinavisk Rehabiliteringskonferanse
11 - 12 . november 2010 ved Høgskolen i Oslo

NFRS

Nasjonalt nettverk for forskning
om rehabilitering og sykepleie

Høgskolen i Oslo og Nasjonalt nettverk for forskning om rehabilitering og sykepleie ønsker velkommen til konferanse om rehabilitering i Oslo

Konferansen retter seg inn mot rehabiliteringsfeltets aktive forskere, pedagoger og praktikere. Den er lagt opp med plenumsforedrag, paperpresentasjoner og symposier.

Plenumsinnledere:

Uffe Juul Jensen, Århus Universitet

Helle Ploug Hansen, Syddansk Universitet

Katharina Stibrandt Sunnerhangen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Arne Johan Vetlesen, Universitetet i Oslo

Rafael Lindquist, Göteborgs Universitet

Per Koren Solvang, Høgskolen i Oslo

Marit Kirkevold, Universitetet i Oslo

Konferanseprogram

Planleggingskomité:

Professor Per Koren Solvang, Avdeling for Helsefag, Høgskolen i Oslo; Fagsjef PhD Grace I. Romsland, Sunnaas Sykehus; Professor Åshild Slettebø, Universitetet i Agder/Høgskolen i Oslo

Spørsmål rettes til Aleksandra Bartoszko:

Mail: aleksandra.bartoszko@hf.hio.no

Abstract:

Frist for innsending av abstract (paperpresentasjon eller poster): 1. juni

Svar om godkjenning til innsenderne
15. august

Retningslinjer for abstract
Påmelding og konferanseavgift:

Frist for påmelding

1. oktober, og betalingside for påmelding legges ut ca 25. april.

Konferanseavgift

Vil være kr. 2000.

Overnatting

Det finnes flere hoteller i nærheten av campus-området for Høgskolen i Oslo. Høgskolen i Oslo har avtaler med Rica, Choice og Thon hoteller. Vi har holdt av 30 rom på Rica Holberg Hotel til 15. oktober. Høgskolen i Oslo har avtale med hotellet, så vis til referansenummer 6404429 så får du HiO-prisen.

Oppdatert: 19. april 2010

Redigert av: Aleksandra Pytko

Denne siden har adresse:

<http://www.hio.no/layout/set/print/Enheter/Avdeling-for-helsefag-HF/Forskning-og-utvikling/Konferanser-og-moeter/Rehabilitering-mellom-livsverden-og-funksjon>

Copyright © Høgskolen i Oslo



Patient 2.0

- Empowerment og
sundhedsteknologi
på tværs af hjem,
sundhedsvæsen
og stat

Sundhedsvæsenet og dets organisering - herunder behandling og pleje - undergår gennemgribende forandringer i disse år. Sygdomsbilledet har forandret sig de seneste årtier således at kroniske lidelser i dag udgør den absolut største udfordring for sundhedsvæsenet, ressourcemæssigt såvel som organisatorisk. Det medfører et øget fokus på etableringen af en ny patientrolle: den aktive patient.

Informations- og kommunikationsteknologi (IKT) spiller en central rolle i dannelsen af den aktive patient, fordi IKT i udbredt grad anses som en oplagt ressource til at understøtte den aktive, informerede og informationssøgende patient; en relation der på det seneste har fået betegnelsen "Patient 2.0". Der sker i dag i mange vestlige lande en rivende udvikling af sundheds-it til at understøtte patienten, men det er også givet at disse nye teknologier og roller ikke er uden komplikationer og problemstillinger.

Symposiet sigter imod at undersøge Patient 2.0 fra flere forskellige vinkler og tematikker. Herunder konkrete IKT-baserede behandlingspraksisser, patientrollens udvikling og historie, konkrete teknologiudviklingstendenser samt statens og samfundets rolle i etableringen af Patient 2.0.

Oplægsholdere: Cheflæge *Steen Friberg* - Region Midtjylland; Sygeplejerske og Phd-studerende *Anne Sorknæs* - Enheden for Sygeplejeforskning, Klinisk Institut SDU; Lektor *Finn Olesen* - Institut for Informations- & Medievidenskab AU; Phd-studerende *Jane Ege Møller* - Institut for Filosofi og Idéhistorie AU; Forsknings- og Innovationschef *Margit Kristensen* - Alexandra Institut AU; Lektor *Lotte Huniche* - Institut for Sundheds-tjenesteforskning SDU.

20. maj 2010, kl. 10-17
Store Auditorium - INCUBA
Science Park - Katrinebjerg
Åbogade 15, 8200 Århus N

Tilmelding senest den 14. maj på <http://sts.imv.au.dk/patient2.0>
Tilmeldingsgebyr inkl. frokost og kaffe: kr. 200,-

Arrangør: Center for STS v/ Lektor *Finn Olesen* og Adjunkt *Peter Danholt*, Institut for Informations- og Medievidenskab, Aarhus Universitet

Medlem af FASID - tilmelding og adresseændring

Hvis du ønsker at blive medlem af Akademiske Sygeplejersker i Danmark, skal du være sygeplejerske og have en uddannelse på kandidat-, master- eller ph.d. niveau. Du kan også blive medlem, hvis du er tilmeldt an af de førnævnte uddannelser. Det koster 250 kr. om året at være medlem. Inkluderet i dette medlemskab er abonnement på forummets elektroniske tidsskrift.

Send en mail til:
hellemathar@hotmail.com
med oplysning om:

- fuldt navn
- adresse
- e-mail
- akademisk uddannelse

eller tilmeld dig elektronisk på:

www.fasid.info/kontakt_medlem.htm