

De nye kommuner slider sygeplejersker op • 5

I audiens hos lægen • 20

Min succes er de små ting • 24

Spejlmøde – en metode til kvalitetsløft • 38

# SYGEPLEJERSKEN 19

## Kan en sygeplejerske bære denne uniform?

For første gang i Danmark er en sygeplejerske blevet trukket i dagpenge, fordi hun vil arbejde i muslimsk kjole. Tema 9-18



Ingen parfume. Ingen farve. **Ingen smag.** Ingen konserveringsmidler.  
Ingen tørre læber.





**Chefredaktør**

Ansvarlig efter medieansvarsløven  
Sigurd Nissen-Petersen  
snp@dskr.dk  
Tlf.: 4695 4193



**Redaktionssekretær**

Henrik Boesen (DJ)  
hba@dskr.dk  
Tlf.: 4695 4189



**Redaktør**

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



**Sygeplejefaglig medarbejder**

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



**Sygeplejefaglig medarbejder**

Evy Ravn  
er@dskr.dk  
Tlf.: 4695 4256



**Journalist**

Brian Borg Andersen (DJ)  
bba@dskr.dk  
Tlf.: 4695 4182



**Journalist**

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



**Journalist**

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



**Journalist**

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



**Journalist**

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



**Journalist**

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



**Journalist**

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



Telefax til redaktionen: 3315 1841

**religion og uniformer**

**tema**

- 9 Religion versus hygiejne
- 10 I karantæne for at bære muslimsk kjole
- 12 Muslimske sygeplejersker forskelsbehandles
- 14 Korte ærmer sikrer hygiejnen
- 15 Den hvide engel
- 16 Kom religiøse krav i møde

**fagprofil**

- 19 Sygeplejerske ved en korsvej
- 20 I audiens hos lægen
- 22 Ingen skal frygte morgenkonferencen
- 23 Et generationsproblem

**ulighed i sundhed**

- 24 Sygepleje på kanten – min succes er de små ting
- 28 Hjemløse orker ikke en løftet pegefinger



**fag**

**patientkommunikation**

- 38 Spejlmøde – en metode til kvalitetsløft
- En metode, hvor plejepersonalet får mulighed til at lytte til patienterne skal forbedre kvaliteten af behandlingen.



**funktionsevne**

- 42 Barthel indeks – forslag til dansk konsensus om anvendelse
- Der anvendes idag flere versioner af Barthel indeks. Der er brug for afgrænsning.

**forskningsmetode**

- 48 Sådan finder du tal
- Sygeplejersker skal være kritiske talbrugere. Tal er ikke bare tal.



9

20

38

**i hvert nummer**

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| 4 Aktuelt                   | 47 Dilemma                  |
| 30 Dansk Sygeplejeråd mener | 51 Anmeldelser              |
| 30 Debat                    | 54 Fem faglige minutter     |
| 32 Synspunkt                | 55 Stillingsannoncer        |
| 34 Synspunkt                | 68 Kurser/Møder/Meddelelser |
| 36 Faglig information       |                             |

Forsiden: Modelfoto taget af Thomas Tolstrup

## Pressenævnet Kritik af avisomtale tilbagevist

Af Lotte Havemann, journalist

**Korrekt.** Nordjyske Stiftstidende handlede ikke mod god presseskik, da det gengav kritik af en undersøgelse om hvid hjemmehjælp.

Der var ikke noget at komme efter, da Nordjyske Stiftstidende i februar bragte en række stærkt kritiske artikler om en undersøgelse af hvid hjemmehjælp. Ifølge en kendelse fra Pressenævnet var avisen nemlig i sin fulde ret til at bringe de kritiske artikler.

Avisen havde bl.a. interviewet Ole Nepper-Christensen, medlem af Flygtningenævnet. Han beskrev undersøgelsen fra Mangfoldighedsnetværket som "fordrejet og manipuleret." Han vurderede også, at der ikke var belæg i undersøgelsen for at konstatere, at man kunne bestille hvid hjemmehjælp i syv ud af otte kommuner. Det havde formand for Mangfoldighedsnetværket, sygeplejerske Özlem Cekic, ellers udtalt i pressen lige før julen 2005.

Efterfølgende konkluderede Klagekomitéen for Etnisk Ligebehandling, at kun én af de otte kommuner kunne anklages for at have overtrådt lov om forskelsbehandling på arbejdsmarkedet.

I forbindelse med Ole Nepper-Christensens skepsis over for undersøgelsen kontaktede Nordjyske Stiftstidende Özlem Cekic for en kommentar. Hun henviste imidlertid til Dokumentations- og Rådgivningscenteret om Race-diskrimination (DRC). Avisen skrev så, at Özlem Cekic ikke ønskede at udtale sig, og bragte i stedet et interview med lederen af DRC.

Efterfølgende klagede DRC på vegne af Özlem Cekic over artiklerne til Pressenævnet. Men fik altså ikke medhold.

### Ikke ret til genmæle

Pressenævnet skriver i sin kendelse, at Nordjyske Stiftstidende handlede i overensstemmelse med god presseskik. Avisen havde efterprøvet kritikken af undersøgelsen ved at forelægge den for både klager (Özlem Cekic) og DRC. Nævnet konkluderer også, at oplysningen om, at Özlem Cekic ikke ønskede at udtale sig, lå inden for redaktørens redigeringsret. På ingen punkter udtalte Pressenævnet kritik af avisen.

DRC havde tillige anmodet om genmæle i Nordjyske Stiftstidende, men det afviste Pressenævnet, at Özlem Cekic var berettiget til.

"Pressenævnets afgørelse viser, at ytringsfriheden giver avisen lov til at komme med deres beskyldninger og anfægte Mangfoldighedsnetværkets troværdighed," siger Özlem Cekic.

Ifølge kendelsen fra Klagekomitéen for Etnisk Ligebehandling var det dog ikke Mangfoldighedsnetværkets undersøgelse, der påviste, at Aalborg Kommune, som den eneste af de otte kommuner, overtrådte loven, men Klagekomitéens egen undersøgelse.

Af kendelsen fremgår det, at "indholdet af den pågældende samtale mellem Mangfoldighedsnetværket og Aalborg Kommune ikke danner tilstrækkeligt grundlag for at antage, at kommunen generelt har været villig til forudgående at stille hjemmehjælpere med en bestemt etnisk oprindelse til rådighed for kommunens borgere."

Pressenævnets kendelse i sin fulde ordlyd kan læses på Retsinformations afgørelsesdatabase – [www.retsinfo.dk](http://www.retsinfo.dk) – sag nr. 2006-6-312.

Sagen har været omtalt i Sygeplejersken nr. 4, 6 og 13-14/2006.



ARKIVFOTO: HENRIK SØRENSEN/SCANPIX

Patienter og pårørende giver bundkarakter til det generelle serviceniveau og den personlige omsorg.

## Danskerne dumper

**Utilfredse brugere.** For megen spildtid, upersonlig behandling og manglende inddragelse i behandlingsforløbet. Patienter og pårørende er langtfra tilfredse med det danske sundhedsvæsen og giver bundkarakter til det generelle serviceniveau og den personlige omsorg. Det viser en undersøgelse, som analyseinstituttet Zapera har udført for Mandag Morgen.

Undersøgelsen er et led i projektet "Det brugerdrevne sundhedsvæsen," og den involverer brugernes oplevelser på både hospital, skadestue/hospitalsambulatorium, egen læge/vagt-

læge/speciallæge og fysioterapeut/kiropraktor/psykolog.

Den viser bl.a., at der er størst tilfredshed med den faglige behandling, mens mellem hver anden og hver femte er utilfreds med behandlingsforløbet. Især sygehusene må stå for skud, hvor en fjerdedel af brugerne føler, at der i betydelig grad mangler forståelse og omsorg i behandlingsforløbet. Og resultaterne kommer bag på sundhedssektorens nøglepersoner, deriblandt direktøren for Sundhedsstyrelsen, Jens Kristian Gøtrik. Han erkender dog, at undersøgelsen rammer nogle af sundhedsvæsenets ømme tæer:

## Rådgivere mangler redskaber

**Sundhedspædagogik.** DSI Institut for Sundhedsvæsen har gennemført den første systematiserede undersøgelse af sundhedspersonalets rådgivningsindsats over for patienternes sundhedsadfærd. Undersøgelsen peger på, at to tredjedele af sundhedspersonalet efterspørger en styrkelse af deres sundhedspædagogiske kompetencer.

På baggrund af svar fra 2.756 læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, jordemødre samt social- og sundhedsassistenter i det danske sundhedsvæsen konkluderer DSI Institut for Sundhedsvæsen, at der findes et enormt uudnyttet forebyggelsespotentiale, der blot mangler bedre uddannelse og strukturering for at blive realiseret. (bba)

Læs hele rapporten "Sundhedspersonalets rådgivning om sundhedsadfærd" på: [www.dsi.dk/frz\\_omdsi.htm](http://www.dsi.dk/frz_omdsi.htm) > rapporten ligger under "nyheder."

## Vidste du at ...

... de førstegangsfødendes gennemsnitsalder for første gang i 30 år ikke er steget? Gennemsnitsalderen var 28,9 år i både 1. halvår 2006 og det foregående halvår. For alle fødende var gennemsnitsalderen også stabil i forhold til året før, nemlig 30,7 år.

Kilde: Sundhedsstyrelsens tal for første halvår 2006.

## sundhedsvæsenet

"Undersøgelsen peger jo især på kommunikationen og sammenhængen i behandlingsforløbet som svagheder i systemet. Og det er en evig udfordring, som man må være opmærksom på. Men det er altså en svær opgave. Ikke mindst i en stor, kompleks organisation som et sygehus, hvor mange mennesker skal være i stand til at give ét fælles budskab til patienten," siger Jens Kristian Gøtrik bl.a. til Mandag Morgen.

Formand for Danske Regioner, Bent Hansen (S), er også overrasket over kritikken, men

erkender, at den øgede effektivisering har medført mindre tid til at koncentrere sig om mennesket bag patienten.

Jens Kristian Gøtrik efterlyser supplerende undersøgelser af de svageste led i sundhedssektoren, mens Bent Hansen efterlyser mindre system og mere service, med benchmarking mellem de forskellige sygehuse og afdelinger. Begge ønsker dog et andet system end den "stjerneordning," sundhedsministeren har bebudet klar i oktober.

(cso)

## Færre bivirkninger efter tidlige operationer

**Anæstesi.** Gennem en analyse af flere end 90.000 operationer blotlægger et forskerhold fra Duke University Medical Center i USA et tydeligt mønster:

Patienterne oplever færre bivirkninger ved bedøvelsen, hvis operationen foregår tidligt på dagen.

Resultaterne viser, at efter operationer, der er påbegyndt omkring kl. 16.00, oplever patienterne forskellige typer ubehag i 4,2 pct. af tilfældene, mens de, der bliver opereret omkring kl. 09.00, kun oplever gener i 1,0 pct. af tilfældene.

Analysen giver nu anledning til mere forskning i de konkrete årsager, der kan ligge til grund for resultaterne.

Resumé af undersøgelsen: <http://qhc.bmjournals.com> (bba)

Opfyld drømmen om egen praksis - Aktiv Helse søger

## SYGEPLEJERSKER

- der vil være selvstændige laserterapeuter

**Aktiv Helse** er en professionelt drevet klinik for laserterapi, men også et koncept og et Brand, der samarbejder med verdens førende producenter af laserudstyr til smertebehandling, sårheling, sportsskader m.m.

Vi uddanner velkvalificerede laserterapeuter, leverer teknikken og assisterer ved opstart af nye laserterapeutcentre med markedsføring, netværk, kompetenceudvikling og rådgivning baseret på værdier som gensidig respekt, tryghed, fleksibilitet, tillid og samarbejde.

**Klinikkerne bliver drevet efter samarbejdsaftale for konceptet Aktiv Helse Laserterapeutcenter.**

Kapitalbehov: kr. 275.000,-

Mere information fås hos

 **Aktiv Helse**  
Laserterapeutcenter

Tlf. 75256535 eller [www.aktiv-helse.com](http://www.aktiv-helse.com)

Viden, kompetencer og omsorg er nøgleord for **Aktiv Helse**. Vores klinikker konkurrerer ikke på pris, men på et højt kvalitetsniveau, et tryghedsskabende serviceniveau og det bedste produkt på markedet.

## Nat med Kvæsthuset

**Kulturnat.** Dansk Sygeplejeråd og Jordemoderforeningen slår Kvæsthusets døre op til den københavnske kulturnat fredag den 13. oktober med en række spændende tilbud i tidsrummet kl. 18-23. Der er tilbud til besøgende i alle aldre.

Interesserede kan få noget at vide om sygeplejerske- og jordemoderuddannelsen både fra studerende og uddannede sygeplejersker og jordemødre. Der er tilbud til børn om kærlig pleje til bamsen eller dukken. Børnene kan prøve, hvordan det er at få lagt gips på armen af en sygeplejerske, de kan se film om, hvordan det er at komme på hospitalet, og de kan deltage i en tegnekonkurrence om flotte præmier.

Der er film, foredrag og debat om jordemoderliv og fødekultur før og nu (kl. 18.30). Den mediekendte sundhedsplejerske *Sigrid Riise* fortæller om hverdagen med småbørn (kl. 20), og der er foredrag om Kvæsthusets spændende og indimellem hårrejsende historie ved Københavns Havn (kl. 19.00 og 21.00). Og så er der rundvisninger i huset kl. 19.45 og 21.45. (sp)

### Vidste du at ...

... en undersøgelse viser, at 30 pct. af sundhedspersonalet har kendskab til utilsigtede hændelser, der ikke bliver indrapporteret. 15-18 pct. af sundhedspersonerne angiver, at det er frygt for sanktioner, der afholder dem generelt fra at indrapportere.

Kilde: Evaluering af lov om patientsikkerhed, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, august 2006.

**“Ikke kun sygeplejerskerne er presset – lægerne har også alt for travlt ... Man må påregne, at der vil komme en del af de såkaldte utilsigtede hændelser, der kan skade patienterne.”**

Lars Hutter, læge, fællestillidsmand for lægerne i H:S, til Jyllands-Posten.



FOTO: NIELS ÅGE SKOVBO/FOKUS

**Protest.** Holdningen til kommunens besparelser på 410 mio. kr. var ganske klar, da flere end 10.000 mennesker mødte op på Rådhuspladsen i Århus tirsdag den 12. september. Sundhedskartellet markerede sig tydeligt i den enorme folkemængde med mottoet: “Sundhed betaler sig – nej til forringelser.”

## De nye kommuner slider sygeplejersker op

**Vakuum.** Møde på møde. Usikkerhed om fremtiden. Manglende genbesættelser af ledige stillinger. Hjemmesygeplejerskerne i Hundested Kommune er kørt trætte i kommunesammenlægningen. Syv ud af ni er enten rejst eller sygemeldt med stress.

Siden juni har Hundested Kommune manglet syv ud af ni hjemmesygeplejersker. Forklaringen lyder på opsigelser og langtidssygemeldinger. Årsag: Kommunesammenlægning.

“Sygeplejerskerne har i en lang periode været kaldt til møder i forbindelse med Hundested Kommunes sammenlægning med Frederiksværk Kommune. Den øverste ledelse har manglet forståelse for, at det er umuligt at være ude hos borgerne og passe sit arbejde, samtidig med at man er til møde,” siger tillidsrepræsentant for sygeplejerskerne i Hundested Kommune, *Angelica Pedersen*, der selv er ansat på et plejecenter.

Hun mener, at Hundested Kommune har grebet kommunesammenlægningen forkert an. Kommunen har afvist at genbesætte ledige stillinger med den begrundelse, at budgettet

for den ny sammenlægningskommune ikke er vedtaget. I den noget større Frederiksværk Kommune med over dobbelt så mange hjemmesygeplejersker har man valgt at genbesætte ledige stillinger. Personalemanglen har ramt Hundested Kommune hårdt. I øjeblikket er der ifølge *Angelica Pedersen* kun to faste sygeplejersker og en fast vikar, mens resten er løse vikarer.

“Der har været stor uro og usikkerhed om, hvad den nye struktur og en ny arbejdspladskultur vil betyde. Lige nu er vi i et vakuum, hvor vi ikke ved, hvad der kommer i stedet,” siger *Angelica Pedersen*, som får hjælp af Dansk Sygeplejeråds lokale amtskreds til at gå i dialog med ledelsen i Hundested Kommune.

Næstformand i Frederiksborg amtskreds *Lisbeth Torp Kastrup* kalder det utopi at tro, at der bliver færre opgaver for basissygeplejerskerne i hjemmeplejen, blot fordi man lægger to kommuner sammen. Derfor ser hun ingen grund til, at stillingerne ikke bliver slået op hurtigst muligt. Budgettet skal vedtages i midten af oktober.

(sbk)

# Sygeplejersker i succes-projekt om hjerte-kar-sygdomme

**Praktisk forebyggelse.** Når sygeplejersker står i spidsen for et tværfagligt forebyggelsesarbejde mellem hospitaler og praktiserende læger, opnås der gode resultater. Det konkluderer et nyt europæisk studie, Euroaction. Studiet involverer i alt 10.000 patienter, der har haft en blodprop eller har høj risiko for hjerte-kar-sygdomme. Studiet er gennemført på 24 hospitaler og lægecentre i otte europæiske lande, deriblandt to lægecentre i Horsens og Skanderborg. Derudover har læge, ph.d., *Troels Thomsen* fra Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed på Glostrup Amtssygehus været med i styregruppen bag Euroaction.

"Resultaterne kan få enormt stor betydning for forebyggelsen af hjerte-kar-sygdomme i Danmark. Behandlingsmålene for vores patienter inden for kolesterol og blodtryk er velkendte. Problemet har været at nå disse mål og herefter at kunne fastholde dem. Studiet viser nu, at vi kan øge andelen af patienter, der når deres mål, ved at ansætte en sygeplejerske, som står for den praktiske del af forebyggelsesarbejdet. Studiets resultater viser betydelige og varige livsstilsforbedringer efter blot fire måneders forløb hos sygeplejersken," siger Troels Thomsen.

Studiet er finansieret ved hjælp af et betingelsesfrit sponsorat fra AstraZeneca til European Society of Cardiology. Læs mere om Euroaction på [www.escardio.org/euroaction](http://www.escardio.org/euroaction)

(cso)

## Vidste du at ...

... 63 pct. af sundhedspersonalet har i meget høj eller høj grad tillid til, at indrapporteringer om utilsigtede hændelser bliver behandlet med fortrolighed.

Kilde: Evaluering af lov om patientsikkerhed, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, august 2006.

# Danskerne har sygdomme for milliarder under neglene

**Håndhygiejne.** Danskernes dårlige vaner ved håndvasken koster årligt enorme beløb. I en rapport fra Videnskabsministeriet anslås det, at alene hygiejnen på landets sygehuse er skyld i omkostninger for samfundet på over 1 mia. kr. om året. Prisen for den dårlige hygiejne betales i form af sygedage og tabt arbejdsfortjeneste, og skal tabet gøres op for alle led i samfundet, vurderer professor i sundhedsøkonomi *Kjeld Møller Pedersen*, at det samlet drejer sig om 3 mia. kr. årligt. Kilde: 24timer. (bba)

**Danmarks**  
*The Danish* **Pædagogiske Universitet**  
*University of Education*

## MASTERUDDANNELSER

Læse- og skriveidaktik  
Voksenuddannelse  
Sundhedspædagogik  
Fleksibelt forløb og enkeltmoduler



[www.dpu.dk/master](http://www.dpu.dk/master)

*Informationsmøder:*  
Århus 3. oktober  
København 5. oktober  
*Ansøgningsfrist: 1. november*  
*Studiestart: februar 2007*



*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](mailto:info@silentia.se) • [www.silentia.dk](http://www.silentia.dk)



# Fritidsforhandlere

Til tøj og /eller accessories søges

Feminin, rå og trendy efterårskollektion er klar til initiativrige fritidsforhandlere.

## Vi kan tilbyde:

- Markedets bedste provision
- At du blir en del af en succes
- Godt landsdækkende netværk
- Grundig hjælp ved opstart

Kontakt Lise B. Andreasen og hør nærmere

## INK BY INK

Efterår/Vinter 2006

www.inkbyink.dk - tlf.75858443 - info@inkbyink.dk

## Det sker på Sygeplejemuseet

Særdstillingen  
**DOKTOR RO, DOKTOR MUNTERHED,  
DOKTOR DIET OG KÆRLIG SYGEPLEJE**  
er forlænget til 22/12.



**DOKTOR R. O. OG  
DEN BARMHJERTIGE SØSTER**  
Alle dage i museets åbningstid.  
Et spil for børn og børnlige sjæle.  
Hjælp Hans, Agnes og Tyge.  
Barnene er syge, men kan du  
helbrede dem?  
Oplev renessansen i et aktivt spil  
som læge eller barmhjertig nonne!

**ALKYMIENS VÆRKSTED**  
Søndag 24/9 kl. 11 til 15.  
Finn Reindahl laver rag og brag  
i Alkymiens Værksted.

**Temasøndag i anledning af  
Renessansen 2006.**  
Søndag 8/10 kl. 13-16.15  
**NONNER OG SYGEPLEJE  
I RENESSANSEN**  
v. Susanne Møllehave, lektor, Ph.d.,  
Århus Universitet  
**HUMOR, HELBRED OG  
DET GODE LIV**  
v. Torsten Sørensen, overlæge  
Kolding Sygehus.  
Pris: 75 kr. inkl. kaffe og kage.  
Tilmelding.

Alle arrangementer  
foregår på  
**DANSK  
SYGEPLEJEHISTORISK  
MUSEUM**  
Fjordvej 152 6000 Kolding  
Tilmelding og yderligere info  
tlf.: 7632 7679 eller [www.sygeplejemuseum.dk](http://www.sygeplejemuseum.dk)



**HUG I HOVEDET**  
i efterårsferien  
17. - 18. og 19/10.  
Alle dage kl. 13, 14 og 15.  
Renessansen var en barsk tid,  
hvor ulykker og kamp sætte sine  
spor på datidens mennesker.  
Se og 'fæl' hestens hov og  
sværdets skarpe klinge på  
skeletter fra 1500-tallet.

**Foredrag og ølsmagning  
i samarbejde med  
Danske Ølentusiaster Kolding.**

Torsdag 19/10 kl. 19.  
**HUMLE, HELSE OG HISTORIE**  
Hvem var renessansens  
brygmestre og hvordan brugte man  
tidligere øl i sundhedens tjeneste.  
Der vil efterfølgende være  
ølsmagning med bla. den nye  
Gråbrødre Kølsterbryg fra  
Troldhedens Mikrobryggeri i Kolding.  
Pris: 150 kr. for ølsmagning,  
foredrag og entre til museet.  
Tilmelding.

**BAMSES FELTHOSPITAL**  
Et tilbud til børnehaver  
30. og 31/10 og 1/11  
Tidspunkt efter aftale.  
Er din Bamses syg?  
Indlæg Bamses på felthospitalet  
og hjælp sygeplejerskerne med  
at gøre ham rask. Selvfølgelig får  
du sygejournalen med hjem.  
Kip en sygeplejerskekappe og  
et Bamses Felthospital-armsind  
og bliv en rigtig feltsygeplejerske.



## Lønvejledning vedlagt

Løn- og ansættelsesvejledning gældende fra den 1. oktober 2006 på det (amts)-kommunale område er vedlagt dette nummer af Sygeplejersken.



Vejledningen gælder for sygeplejersker og radiografer og indeholder kontaktoplysninger, aktuelle lønoplysninger og svar på en række hyppigt stillede spørgsmål til tildsrepræsentanter, amtskredse og Dansk Sygeplejeråd centralt. I vejledningen finder du de aktuelle lønninger og reguleringer i perioden frem til den 1. oktober 2007. Vejledningen indeholder endvidere en række artikler.

Der er følgende hovedændringer frem til den 1. oktober 2007, hvor lønningerne reguleres, og der udkommer en ny vejledning.

Pr. 1. oktober 2006 udmønter reguleringsordningen 1 pct. Der udmøntes ikke generelle lønstigninger. Yderligere sker der ændringer i den pensionsgivende løn for visse grupper, idet områdetillægget bliver gjort gradvis pensionsgivende.

Pr. 1. januar 2007 træder kommunalreformen i kraft.

- Hovedstadens Sygehusfællesskab og Amtsrådsforeningens områder erstattes af regionerne.
- Kommunerne overtager visse opgaver fra amterne.
- Sygeplejerskoler og social- og sundhedsskoler overgår til statens område. De pågældende undervisere og ledere vil automatisk få tilsendt løn- og ansættelsesvejledningen på statens område, ligesom en særlig vejledning vil blive udsendt.

Der er afsat midler til lokal løndannelse på 1,25 pct. gældende for året 2007 for alle ansatte i regioner og kommuner.

For ansatte på arbejdssteder, der ligger i kommuner, som bliver slået sammen med kommuner med et højere områdetillæg og dermed i en højere gruppe, vil særlige lønninger være gældende.

Pr. 1. april 2007 er der aftalt generelle lønstigninger på 0,8 pct. for alle.


Det er vigtigt, du gemmer løn- og ansættelsesvejledningen. Den gælder frem til den 1. oktober 2007.

## Rettelse

I Sygeplejersken nr. 18/2006 side 19 bragte vi en grafik over antallet af ledige lægepraksisser i Danmark netop nu. Mens tabellen på side 18 korrekt viste antallet af ledige praksisser fordelt på landets 14 amter, sneg der sig i grafikken på side 19 et procenttegn ind. Det var en fejl. Landkortsgrafikken skulle have vist antallet af ledige lægepraksisser i reelle tal og ikke i procent. Tallene og grafikken er altså i princippet korrekte, hvis blot procenttegnet fjernes.

Redaktionen.





# Religion versus hygiejne

De fleste danske sygehuse kræver i dag uniform med korte ærmer af hensyn til hygiejnen. Enkelte muslimske sygeplejersker ønsker at bære gulvlang kjortel med lange ærmer på grund af deres religion. I sundhedsvæsenet håndteres konflikten vidt forskelligt.

Tema side 10-18.

# I karantæne for

**Hensyn mod hensyn.** For første gang i Danmark er en sygeplejerske blevet idømt karantæne af a-kassen, fordi hun af religiøse grunde insisterer på at bære en gulvlang kjole på sit arbejde.

Det kan koste tre ugers dagpenge, når en sygeplejerske eller en bioanalytiker afviser at følge arbejdspladsens uniformsregler, men insisterer på at lade deres religion bestemme klædedragten på jobbet. Det viser to aktuelle sager fra Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse (DSA).

For første gang i Danmark er en sygeplejerske blevet idømt tre ugers karantæne af a-kassen, fordi hun ikke vil gå i den uniform, som hjemmeplejen stiller til rådighed. I en anden sag er en bioanalytiker også blevet idømt karantæne. Den pågældende kvinde ville ikke tage imod et arbejde på et sygehus, fordi hygiejnereglerne foreskriver, at personalet skal have korte ærmer.

Sygeplejersken er 39 år og er konverteret til islam. Af religiøse hensyn har hun valgt at arbejde i en såkaldt jibab, der er

Af Katrine Birkedal Christensen, journalist, Britta Søndergaard, journalist, og Søren Palsbo, redaktør • Modelfoto: Thomas Tolstrup

# at bære muslimsk kjole

en lang kjole i ét stykke. Da hun blev tilbudt ansættelse i Høje-Taastrup Kommune, sagde kvinden imidlertid nej til jobbet, fordi hun skulle bære den todelte tjenestedragt, som kommunen tilbød hende.

”Vi har indført nogle uniformsregler i hjemmeplejen for at sikre en ensartethed og tilgodese hygiejnen. Og muslimske ansatte har mulighed for at få særligt tøj stillet til rådighed. De krav mente vi ikke, at vi kunne fravige,” siger *Anette Katholm*, der er områdeleder i hjemmeplejen i Høje-Taastrup Kommune. Hun understreger, at hjemmeplejen har en del ansatte med muslimsk baggrund, og at der ikke tidligere har været tilsvarende konflikter om uniformen.

## Afslår arbejde

Sygeplejerskens nej til den pågældende kommunes uniform er, som DSA formulerer det, ”sidestillet med et afslag på formidlet arbejde.” DSA har konstateret, at Høje-Taastrup Kommune har taget højde for de muslimske krav til påklædning, og denne uniformering er godkendt af andre muslimske ansatte i kommunen.

Sagen har også været oppe at vende i Arbejdsdirektoratet, som støtter DSAs tolkning af arbejdsløshedsforsikringsloven. Direktoratet vurderer, at der ligger saglige overvejelser bag arbejdsgiverens uniformsreglement, som gælder for alle sygeplejersker ansat i kommunen.

DSA har også kontaktet Klagekomiteen for Etnisk Ligebehandling under Institut for Menneskerettigheder for at få sagen vurderet. Komiteen konkluderer, at afgørelsen hverken strider mod lov om forbud mod forskelsbehandling på arbejdsmarkedet eller lov om etnisk ligebehandling. Komiteen fremhæver, at påklædningskravene tager hensyn til sikkerhed, hygiejne og fremtoning og dermed ”forfølger et sagligt formål, og midlerne til at opfylde dette mål er hensigtsmæssige og nødvendige.”

## Vil ikke anke

DSA har opfordret sygeplejersken til at anke afgørelsen til Arbejdsmarkedets Ankenævn (AMA), men det har hun ikke ønsket. Den 39-årige sygeplejerske har i øvrigt tidligere været formidlet arbejde i en anden kommunal hjemmepleje, som accepterede, at hun bar den muslimske dragt.

”For DSA har det været vigtigt – ud over at træffe de rette afgørelser – hele tiden at være i dialog med medlemmerne,” siger *Dorte Enoksen*, der er juridisk konsulent i DSA.

”Derfor har vi kontaktet Klagekomiteen for Etnisk Ligebehandling for at få deres kommentarer til sagen, og vi har hele tiden støttet medlemmerne i at bringe sagen videre. Det er jo sager, der også kan få be-

tydning for andre medlemmer og deres mulighed for at komme i job,” siger hun.

## Arbejdsgiverne står stærkt

I dag findes der ingen centrale regler for, hvor langt sygehuse og kommuner skal gå for at imødekomme ansattes ønske om at bære en religiøst bestemt klædedragt. Og chefkonsulent *Jørn Wæver* fra Arbejdsdirektoratet oplyser, at direktoratet i øjeblikket ikke har planer om at udstikke generelle retningslinjer på området. Han tilføjer, at arbejdsgiverne står rimelig stærkt med krav, der f.eks. forbyder lange ærmer eller en lang kjole, når disse krav er begrundet i hensyn til sikkerhed, hygiejne eller fremtoning.

Heller ikke Kommunernes Landsforening (KL) har fælles retningslinjer på dette område. Det oplyser leder af KLS Beskæftigelses- og Integrationskontor, *Birgit Hedegaard*: ”Vores indtryk er, at kommunerne er rigtig gode til at finde på lokale løsninger i de konkrete situationer. Det er svært at udforme generelle regler, fordi problemstillingerne afhænger af den konkrete situation. De enkelte personers tærskel er også forskellig.”

*sp@dsr.dk, bso@dsr.dk, kbc@dsr.dk*

*Redaktionen har forsøgt at komme i kontakt med den 39-årige sygeplejerske, men hun har ikke ønsket at udtale sig.*

## ►► ARBEJDSLØSHEDSFORSIKRINGSLOVEN § 63. UDDRAG.

Dagpenge må ikke udbetales, jf. stk. 4, til et medlem, hvis ledighed skyldes,

1. at medlemmet uden fyldestgørende grund afslår et rimeligt arbejde, der er formidlet af arbejdsformidlingen, arbejdsløsheds-kassen eller andre efter kapitel 3 i lov om en aktiv beskæftigelsesindsats,
2. at medlemmet uden fyldestgørende grund ophører med sit arbejde,
3. at medlemmet afskediges af en grund, der væsentligst kan tilregnes medlemmet, eller at medlemmet uden fyldestgørende grund afslår at medvirke til udarbejdelse eller revision af en jobplan, afslår eller afbryder et tilbud i henhold til en jobplan efter lov om en aktiv beskæftigelsesindsats eller afslår eller afbryder en uddannelse, som arbejdsformidlingen vurderer vil øge mulighederne for beskæftigelse.

Stk. 3. Et medlem, der nægter at medvirke til udvikling og produktion

af krigsmateriel, jf. lov om krigsmateriel m.v., anses for at have fyldestgørende grund til at undlade at overtage arbejde eller ophøre med arbejdet, jf. stk. 1.

Stk. 4. Ved selvfor skylt ledighed efter stk. 1 pålægges medlemmet en karantæne på 3 uger. Ved selvfor skylt ledighed to gange inden for 12 måneder bortfalder retten til dagpenge, indtil

1. et fuldtidsforsikret medlem har haft mere end 300 timers arbejde inden for 10 uger,
2. et deltidsforsikret medlem har haft mindst 150 timers arbejde inden for 10 uger eller
3. et medlem i mindst 26 uger uafbrudt har drevet selvstændig virksomhed i væsentligt omfang.

Stk. 5. Direktøren for Arbejdsdirektoratet fastsætter efter forhandling med Beskæftigelsesrådet nærmere regler for anvendelsen af bestemmelserne i stk. 1-4.



**Uniforms-reformation.** Skal sygehuse og hjemmepleje imødekomme muslimske sygeplejersker, der ønsker at bære en gulvlang kjortel med lange ærmer? Rigshospitalet og Høje-Taastrup Kommune afviser blankt, mens Hvidovre Hospital og Gladsaxe Kommune i konkrete tilfælde har accepteret ønsket.

# Muslimske sygeplejersker forskelsbehandles

Kan en sygeplejerske arbejde i en uniform, der dækker kroppen fra top til tå? I Irak, Bahrain og Gladsaxe Kommunes Hjemmepleje er denne beklædning intet problem. Det er den derimod i Høje-Taastrup Kommune, hvor et medlem af Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse (DSA) oplevede at blive nægtet at arbejde i en såkaldt jibab, der er en gulvlang kjortel med lange ærmer og tilhørende hovedtørklæde.

At de muslimske sygeplejersker, der ønsker at bære en jibab på arbejdet i sund-

hedsvæsenet, møder forskellige retningslinjer, alt efter hvor de henvender sig, er for dårligt, mener *Özlem Cekic*, der repræsenterer Mangfoldighedsnetværket for etniske sygeplejersker.

”Vi efterlyser ens retningslinjer. Det kan ikke nytte, at det er den enkelte leders ansvar at vurdere, om en sygeplejerske må gå med lang dragt eller ej. Vi har en konkret sag, hvor en sygeplejestuderende fik afslag på at bære lang jibab på Rigshospitalet, men godt måtte på Hvidovre Hospital.

Den forskelsbehandling er helt uacceptabel,” siger hun.

Centerleder for det uafhængige og selv-ejende Dokumentations- og rådgivningscenter om racediskrimination (DRC), *Niels Erik Hansen*, bakker op om en ensartet håndtering.

”Det er vigtigt, at arbejdspladsen tilpasser sig, så langt hen ad vejen, som det er muligt. Hvis det ene hospital har været villigt til at ansætte kvinden og ladet hende arbejde i en jibab, uden at det har konfliktet med hensyn til hygiejnen, så har

## MILEPÆLE

1998

**1998, Tyskland:** En tysk nyuddannet lærerinde søgte arbejde i Baden-Württembergs skolevæsen. Myndighederne afviste ansøgningen med henvisning til hendes ønske om at bære tørklæde. Forbundsforfatningsdomstolen fastslog i september 2003, at myndighederne havde trådt på lærerindens religionsfrihed ved at nægte hende job.

Kilde: *Weekendavisen*, 8. august 2006.

1999

**1999, Danmark:** Første danske tørklædesag opstod, da en erhvervspraktikant i Magasin blev sendt hjem, fordi hun ikke ville følge Magasins krav om, at hun tog sit tørklæde af, når hun befandt sig i salgsområdet. Pigen fik senere rettens ord for, at hun var blevet diskrimineret.

Kilde: *Jyllands-Posten*, 1. august 2005.

**1999, Tyrkiet:** En 32-årig tyrkisk kvinde afbryder sit medicinske studium ved Istanbuls Universitet, fordi hun insisterer på at bære hovedtørklæde, og bliver bortvist fra en skriftlig eksamen. I 2002 realitetsbehandlede Menneskerettighedsdomstolen i Strasbourg sagen, men fandt ikke, at studentens ret til religionsfrihed (artikel 9) var krænket.

Kilde: *www.menneskeret.dk*

2000

**1999, Sverige:** I maj blev der i Sverige vedtaget en ny arbejdsmarkedslov. Tidligere måtte jobansøgeren bevise, at han eller hun var blevet udsat for diskrimination, f.eks. på grund af vedkommendes etniske tilhørsforhold, mens det nu er arbejdsgiveren, der skal bevise, at der ikke er foregået diskrimination ved ansættelsen.

Kilde: *Politiken*, 15. august 1999.

**1999, Danmark:** På Amtssygehuset i Roskilde reviderede man uniformspolitikken, så sygehuset kunne tilbyde et uniformstørklæde. Ved at stille uniformstørklædet til rådighed kunne hospitalet dels sikre sig, at det blev vasket dagligt sammen med resten af uniformen, og dels signalere over for muslimske ansatte, at det var i orden at bære hovedtørklæde.

Kilde: *Sygeplejersken* nr. 47/1999.

2001



Af Katrine Birkedal Christensen, journalist og Britta Søndergaard, journalist

Modelfoto: Thomas Tolstrup

►► **FAKTA.** Ifølge Mangfoldighedsnetværket for sundhedspersonale med anden etnisk baggrund end dansk findes der i dag ca. 2.000 sygeplejersker med anden etnisk baggrund.

Blandt bioanalytikerne har 56 pct. af de studerende anden etnisk baggrund end dansk.

Der findes ikke nogle tal på, hvor mange sygeplejersker, som ønsker at bære en jibab på jobbet. Men Århus Sygehus har oplevet, at flere folkeskoleelever har fravalgt praktik på sygehuset, fordi de skal bære uniform med korte ærmer.

det hospital, som har afvist hende, en rigtig dårlig sag. Hvis afvisningen ikke er velbegrunderet og legitim, så er forskelsbehandlingen jo udtryk for ulovlig diskrimination,” siger Niels Erik Hansen.

Flertallet af de sygehuse, som *Sygeplejersken* har talt med i forbindelse med denne artikel, afviser at ansætte en sygeplejerske i jibab med henvisning til håndhygiejnen.

Eksempelvis siger *Ruth Lassen*, viceformand i HR Afdelingen på Århus Sygehus: ”Vi har nogle hygiejneregulativer, der foreskriver, hvordan man skal gå klædt på sygehuset. Hvis man har direkte patientkontakt, som sygeplejersker og læger jo har, skal man af hensyn til en god håndhygiejne have korte ærmer, og grænsen går over albuerne.”

Men ligesom Gladsaxe Kommune har Hvidovre Hospital vist sig noget mere imødekommende over for de muslimske sygeplejerskers ønsker til uniformen. Eksempelvis accepterede hospitalet, at en

7.-semester-sygeplejestuderende i sin praktik bar en hjemmesyet uniform. Den var syet som en hvid jibab og blev vasket sammen med hospitalets øvrige uniformer.

#### Plads til alle

På Hvidovre Hospital fortæller sygeplejedirektør *Henriette Gedde*, at hospitalets uniformsreglement påbyder korte ærmer af hensyn til hygiejnen.

”Men samtidig har vi en personalepolitik, som siger, at der skal være plads til os alle sammen. Derfor må vi nogle gange være kreative. I den konkrete sag vurderede vi, at der kunne findes en løsning, som ikke satte kravene til hygiejne på den pågældende afdeling over styr,” siger *Henriette Gedde*.

Hun vil ikke afvise, at det kan lade sig gøre at få syet en lang kjole ud i et stykke.

”Så længe uniformen tager hensyn til vores hygiejniske krav. Det må ikke være en kjole, som slæber hen ad gulvet, og

hvirvler støv op, og så skal underarmene være frie,” siger *Henriette Gedde*.

Hun understreger, at Hvidovre Hospital som princip strækker sig langt i forsøget på at imødekomme særlige ønsker, der er begrundet i de ansattes kultur eller religion.

Rigshospitalet reviderede sidste år sin uniformsetikette. Her er det et krav med korte ærmer, og kjoler ud i ét stykke accepteres ikke.

”Ønsker en ansat at være tildækket, er det muligt at få tørklæde, kittel og bukser. Men vi tilbyder ikke kjoler ud i ét stykke, ligesom sygeplejersker her heller ikke kan gå i lårkort. Vi er sat i verden for at sikre patienterne den bedst mulige behandling og kan ikke opfylde alle mulige særkrav,” siger Rigshospitalets personalechef *Anne Endahl*.

*Redaktionen har i forbindelse med dette tema talt med Hvidovre Hospital, Rigshospitalet, Sygehus Fyn, Århus Sygehus og Aalborg Sygehus.*

*kbc@dssr.dk, bso@dssr.dk*

2002

**2001, Danmark:** Føtex-sagen begyndte, da den 23-årige kvinde mødte op på arbejdet i Føtex' bagerafdeling med et muslimsk tørklæde på hovedet. Trods krav fra sin chef nægtede hun at tage tørklædet af og blev derefter fyret. Føtex fik i 2005 rettens ord for, at fyringen ikke var diskrimination, fordi firmaet havde en dress-code, som tydeligt slog fast, at hovedbeklædning ikke var tilladt i Føtex.

*Kilde: Jyllands-Posten, 1. august 2005.*

2003

**2002, Frankrig:** En hospitalssygeplejerske insisterede på at bære hovedtørklæde og fik ikke forlænget sin kontrakt med arbejdspladsen. I Frankrig er det forbudt at bære hovedtørklæde og synlige religiøse symboler som offentligt ansat.

*Kilde: Det Franske Institut, København.*

2004

**2005, Holland:** I december vedtog parlamentet et forbud mod at bære tørklæder, der også skjuler ansigtet, i det offentlige rum. Loven afventer grønt lys fra EU, men Utrecht er gået foran og har stoppet udbetaling af arbejdsløshedsunderstøttelse til muslimske kvinder, der forsøger at finde job iklædt burka – en muslimsk kjole, der også dækker ansigtet. Burka-forbuddet, som det kaldes, begrundes med et sikkerhedskrav om, at alle skal kunne identificeres.

*Kilde: Jyllands-Posten, 14. marts 2006.*

2005



# Korte ærmer sikrer hygiejnen

**Patientsikkerhed.** Hospitaler og hjemmepleje strammer op på hygiejnen for at styrke patientsikkerheden.

I dag rammes hver tiende patient på hospitalet af en infektion. Det er især den multiresistente bakterie MRSA, som har fået sundhedsmyndigheder over hele verden til at råbe vagt i gevær.

MRSA kan bl.a. spredes via personalet. "Derfor er der kommet meget større fokus på hygiejne end tidligere – også på personalets. Vi er i dag meget opmærksomme på at forebygge, at der sker en indirekte smitte fra patient til patient gennem personalets hænder, tøj, udstyr og smykker. Derfor er det bl.a. et krav

med korte ærmer. Det sikrer bedre håndhygiejne og forhindrer, at mikroorganismer kan spredes via ærmerne," forklarer *Doris Laugesen*, der er hygiejnesygeplejerske for Sydvestjysk Sygehus i Ribe Amt.

Doris Laugesen hører til dem, der mener, at problemet ikke kan løses ved at indføre sterile engangsskåneærmer for muslimske sygeplejersker. "Det vil i praksis være en meget dyr og besværlig løsning. Det vil kræve, at sygeplejersken skal skifte ærmer, hver eneste gang hun har

**”Ifølge islam må jeg godt fravige at være dækket helt til, hvis jeg hjælper et sygt menneske.”**

Af Katrine Birkedal Christensen, journalist og Britta Søndergaard, journalist

Modelfoto: Thomas Tolstrup

19/2006

Sygeplejersken

15

**Hjemmegjort.** Når patienterne mødte sygeplejestuderende Nalen Yasin på Hvidovre Hospital, kaldte de hende for “den hvide engel.” I praktiktiden var hun iført en hjemmesyet uniform, der dækkede hende fra top til tå.

# Den hvide engel

”Jeg får meget ros for min uniform,” siger Nalen Yasin, der er 7.-semester sygeplejestuderende. Som muslim mener Nalen, at Koranen foreskriver, at hun dækker sin krop i én del fra fod til hals og sit hår med et tørklæde. Et ønske, som Rigshospitalet afviste, men som Hvidovre Hospital godtog.

”Jeg føler mig respekteret, når jeg bærer dragten. For mig er det vigtigt, at den ikke er todelt, fordi det fremhæver formerne. Når dragten er i ét stykke, er det pænere og mere uskyldigt,” forklarer Nalen Yasin, der er født og opvokset i Danmark, men har tyrkiske rødder.

Dragten består af ét stykke hvidt bomuldsstof, der ligner en kjortel og på arabisk kaldes en jibab, samt et tilhørende hvidt tørklæde, der dækker Nalens hår.

Hun har ofte mødt argumentet om, at de lange ærmer er uhygiejniske, men det mener hun, at hun har løsningen på. Nalen Yasin har nemlig syet en elastik ind for enden af ærmegabet, der gør det nemt at skubbe ærmerne højt op på armene, når hun vasker eller behandler patienterne.

## To regelsæt

”Ifølge islam må jeg godt fravige at være dækket helt til, hvis jeg hjælper et sygt menneske. Men når jeg så går på gangene eller sidder med papirer på kontoret, kan jeg skubbe ærmerne ned igen, så jeg er tildækket.”

Da Nalen Yasin søgte om sin første praktik, ønskede hun at komme på Rigs-

hospitalet, der ligger tæt på hendes hjem, hvilket gør det nemmere at kombinere arbejdet med rollen som mor for to små børn. Men Rigshospitalet ville ikke imødekomme Nalens ønske om at bære jibab på arbejdet. Hun blev derimod henvist af sin praktikvejleder til Hvidovre Hospital, der ikke havde noget imod, at Nalen bar den heldækkende dragt, så længe hun selv sørgede for at sy den. Hospitalet stod dog for vasken af uniformen.

”Jeg følte mig heldig, fordi Hvidovre ville lade mig gå på arbejde med den hjemmesyede dragt. Men en tyrkisk sygeplejerske sagde til mig, at det var diskrimination, at jeg tidligere var blevet afvist på Rigshospitalet,” fortæller Nalen Yasin, der ikke ønskede at tage en kamp med Rigshospitalet om forskelsbehandlingen mellem de to hospitaler.

Også vikarbureauet ActiveCare har accepteret Nalen Yasins ønske om at bære uniform, der er udformet som en jibab.

Nalen Yasin mener, at den manglende imødekommenhed over for visse muslimers ønske om at bære jibab på sygehuse afholder flere fra at gå ind i sygeplejefaget.

”Det er jo en skam, for der er brug for os. Når en ældre tyrker bliver indlagt, bliver de andre i afdelingen så glade for, at jeg er der. Jeg er jo en ressource, og jeg brænder for sygepleje. Det må da være muligt at kombinere,” siger hun.

kbc@dsr.dk

Der er kommet meget større fokus på hygiejne end tidligere, og de fleste steder i sundhedsvæsenet er det derfor et krav med korte ærmer. Undersøgelser viser, at korte ærmer sikrer bedre håndhygiejne.

haft med en patient at gøre,” siger Doris Laugesen.

Hun er selv stødt på flere tilfælde, hvor muslimske sygeplejestuderende er blevet overraskede over, at de skal udføre deres arbejde med blottede underarme. ”Derfor mener jeg, det er helt afgørende, at sygeplejerskolerne er opmærksomme på at informere kommende elever om, at sygeplejerskearbejdet af hensyn til hygiejnen udføres med korte ærmer,” siger Doris Laugesen.

bsa@dsr.dk

►► **DET SIGER KORANEN.** Her ses et af de vers i Koranen, der omhandler, hvordan kvinder skal klæde sig:

”O du profet, sig til dine hustruer og dine døtre og til de troendes kvinder, at de skal trække deres ydre kåber tæt sammen om og over sig. Dette er det bedste, så de kan kendes, og så de ikke forulempes. Og Allah er Tilgivende, Barmhjertig.”

Koranen, sura 33, vers 59.

Kilde: Kristeligt Dagblad, 6. november 2003.

Sundhedsvæsenet vil i fremtiden få flere sager med ansatte, der af religiøse grunde stiller særlige krav til uniformen, vurderer foreningen Muslimer i Dialog.

# Kom religiøse krav i møde

**Håndsrækning.** Der er brug for sygeplejersker med anden etnisk baggrund. Derfor er det vigtigt, at hospitaler og kommuner strækker sig langt for at imødekomme religiøse krav til uniformen, mener flere eksperter og Dansk Sygeplejeråd.

Når fuldmægtig *Zubair Butt Hussain* tager på arbejde, er han iført bukser og skjorte. Men hjemme trækker han ofte i løstsiddende, mellemøstligt tøj. Han forsøger at efterleve islams budskab om at gå tækkeligt klædt, uanset hvor han er.

**”Al erfaring viser, at i det øjeblik, en arbejdsgiver imødekommer den slags krav, så demonterer man langt hen ad vejen konflikterne.”**

Den 31-årige cand.polit., der har rødder i den pakistanske del af Kashmir og er talsmand for foreningen Muslimer i Dialog, tager på den måde hensyn til både sin arbejdsplads og sin tro. Men Zubair Butt Hussain understreger, at tøjregler bliver fortolket forskelligt blandt muslimer. Nogle muslimske kvinder tolker reglerne sådan, at de skal bære et stykke klæde, som dækker fra top til tå, også i arbejdstiden.

Han forudser, at sundhedsvæsenet vil få flere sager med ansatte, som af religiøse grunde stiller særlige krav til uniformen, i takt med at der bliver flere medarbejdere med anden etnisk baggrund end dansk.

Som udgangspunkt mener Zubair Butt Hussain, at hospitaler og kommuner bør forsøge at imødekomme religiøse krav til uniformen ved at finde en konkret løsning på problemet.

”Hvis det er muligt at få syet en såkaldt

jibab, så synes jeg da, at man skal overveje det. Men selvfølgelig skal der tages hensyn til hygiejnen,” siger Zubair Butt Hussain. Han pointerer, at kravet om dialog går begge veje. Den muslimske sygeplejerske må også grundigt overveje, om det ikke er muligt at bruge den klædedragt, hospitalet stiller til rådighed.

”Men hvis vedkommende virkelig mener, at hun overtræder religiøse forskrifter, så må parterne tale sammen for at finde en løsning,” siger Zubair Butt Hussain.

## Afblæs konflikterne

*Torben Møller-Hansen*, der som direktør for foreningen Nydansker arbejder for indvandreres integration på arbejdsmarkedet, opfordrer også arbejdsgiveren til at udvise stor åbenhed over for religiøse krav.

**”Hvis det er muligt at få syet en helkjole, så synes jeg da, at man skal overveje det.”**

”Der er brug for flere hænder i sundhedsvæsenet, og samtidig bliver der flere patienter med anden etnisk baggrund end dansk. Derfor er det afgørende, at sundhedsvæsenet styrker mangfoldigheden blandt de ansatte – også i de ganske få tilfælde, hvor en ansat ønsker at bære helragt. Al erfaring viser, at i det øjeblik, en arbejdsgiver imødekommer den slags krav, så demonterer man langt hen ad ve-



jen konflikterne,” siger Torben Møller-Hansen.

Han understreger samtidig, at det er den øverste ledelse, der skal træffe beslutning om, hvor langt den pågældende arbejdsplads vil gå. Det må aldrig være op til afdelingslederen at tage stilling til enkeltsager.

Også formanden for Dansk Sygeplejeråd, *Connie Kruckow*, mener, at sundhedsvæsenet bør strække sig langt for at tage



►► **KLIMAAFHÆNGIGE I KOREA.** I Korea findes der to forskellige sygeplejeuniformer: kjole eller bukser kombineret med en lang eller kort skjorte til.

Korean Nurses Association forklarer, at det er vejret, der afgør, hvilken uniform sygeplejerskerne trækker i – og tilføjer, at der ikke findes muslimske sygeplejersker i Korea.



FOTO: KOREAN NURSES ASSOCIATION

►► **HOLLANDSK HYGIEJNE.** På hollandske hospitaler bærer sygeplejersker enten bukser og skjorte med korte ærmer, eller de bærer knælang kjole med korte ærmer. I hjemmeplejen bærer de fleste deres eget tøj, men reglerne om korte ærmer gælder også her. Tørklæder er tilladt, og flere hospitaler har fået produceret tørklæder, der matcher uniformerne.

De fleste sygehusuniformer er lyseblå, lysegrønne eller hvide, og på børneafdelingerne mere farverige. "Vi har ikke så strikse regler for uniformernes udformning, men vi sætter hygiejne og patientens sikkerhed før alle andre krav," siger *Aalbert Mellema*, International Officer i NU'91 (den hollandske sygeplejerskeorganisation).



►► **BRITISK "BEST PRACTICE."** I England har Royal College of Nursing lanceret en kampagne, "Wipe it out," der handler om gode råd til uniformsreglementet og hygiejne. Kampagnen lægger bl.a. vægt på, at smykker bør undgås, og uniformen skal vaskes dagligt.

Desuden anbefaler Royal College of Nursing, at der udarbejdes retningslinjer for, hvorvidt eksempelvis kapper, cardiganer og jakker er tilladt, ligesom der bør udarbejdes retningslinjer for samspillet mellem religiøs overbevisning og god praksis for infektionskontrol.

Se mere på [www.rcn.org.uk](http://www.rcn.org.uk) Kampagnen "Wipe it out" findes under feltet "MRSA."

►► **ET UTAL AF UNIFORMER VERDEN OVER.** International Council for Nurses (ICN) oplyser, at der findes et utal af forskellige sygeplejeuniformer. Dog er et fællestræk, at sygeplejeuniformerne de seneste år verden over er blevet mere praktiske, så de understøtter bevægelsesfriheden for sygeplejersken. Derfor ser man flere og flere bukser og tunikaer i stedet for kjoler, forklarer *Lindsey Williamson*, kommunikationschef i ICN. Fotoet viser en sygeplejerske fra Costa Rica.



FOTO: WHO/CARLOS GAGGERO

hensyn til sygeplejerskers religion og kultur.

"Men i forhold til saglige krav som hygiejne kan vi ikke gå på kompromis. Det må ikke komme patienterne til skade, at sygeplejersker vælger en bestemt beklædning. Arbejdsgiveren har også pligt til at minimere risikoen for arbejdsskader ved at sikre fuld bevægelighed. Desuden bliver vi nødt til at finde nogle løsninger, så det ikke kommer til at koste en

bondegård. Men ellers er der frit slag med hensyn til uniform," siger Connie Kruckow.

*Naveed Baig*, der er imam på Rigshospitalet og leder af et omsorgsprojekt under Islamisk-Kristent Studieceter, er enig med Dansk Sygeplejeråd.

"Hvis lange ærmer skader hygiejnen, så må hospitalet melde klart ud, at kun kortærmede uniformer accepteres. Det er selvfølgelig ærgerligt, hvis det betyder, at

enkelte sygeplejersker ikke kan tage arbejde. Men det er vilkårene," lyder det fra Rigshospitalets imam.

*bso@dsr.dk, kbc@dsr.dk, sp@dsr.dk*

Har du spørgsmål om sundhedsvæsenet og islam, kan du kontakte Islamisk-Kristent Studieceter på adressen <http://www.ikstudieceter.dk/>





ARKIVFOTO: SONJA ISKOV/SCANPIX

For medicinske sygeplejersker giver det mest mening at være hos patienterne, men det er ikke her, de tilbringer det meste af arbejdstiden.

Af Susanne Bloch Kjeldsen, journalist

**Patientkontakt.** Politikerne har fokus på opgaveglidning mellem social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker, men en ny rapport argumenterer for, at sygeplejersker fortsat skal være ude hos patienterne.

# Sygeplejerske ved en korsvej

I et sundhedsvæsen under forandring skal sygeplejersker tage stilling til, hvad der skal være deres bærende fagidentitet i fremtiden. Det mener cand.scient.adm. og ph.d.-studerende *Christina Holm-Petersen*, som står bag en ny rapport fra DSI Institut for Sundhedsvæsen med titlen: "Sygeplejerskers fagidentitet og arbejdsopgaver på medicinske afdelinger."

Skal sygeplejersker være den faggruppe, der er ude hos patienterne? Eller skal de snarere være tovholdere og koordinatører? Fra politisk side har der i flere år været fokus på opgaveglidning imellem faggrupperne, så social- og sundhedsassistenter overtager sygeplejeopgaver, mens sygeplejersker overtager lægeopgaver. DSI-undersøgelsen bygger på tids- og opgaveregistrering på tre medicinske afdelinger og giver svar på, hvad der hhv. motiverer og slider på sygeplejersker. Konklusionen er, at det er patientkontakten, der motiverer, mens f.eks. papirarbejdet og lægeopgaverne slider (se boks).

"En mulig fremtidig løsning kan være den model, som de bruger på Endokrinologisk afdeling på Amtssygehuset i Herlev, og

som i øvrigt er trenden andre steder, at man opgraderer social- og sundhedsassistenter. Assistenterne har de letteste patienter og sygeplejerskerne de mest komplicerede," siger *Christina Holm-Petersen*.

Ifølge 2.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd *Aase Langvad* er det stadig patientkontakten og omsorgen, der skal være kernen i sygeplejefaget, men sygeplejersker især skal koncentrere sig om patienter med komplekse behov.

"Den teknologiske udvikling betyder, at der bliver flere komplekse og specialiserede funktioner, som sygeplejersker skal løse. I lyset af sygeplejerskemanglen er det vigtigt, at sygeplejersker bruger deres kompetencer på de dårligste patienter. Det kræver overblik, når vi også skal prioritere sundhedsfremme og forebyggelse. Derudover har vi også funktioner inden for ledelse, planlægning og koordinering, formidling og udvikling, så vi bl.a. sikrer kvalitet og sammenhæng i patientforløbet.

Problemet for sygeplejersker er det store tidspres ude på afdelingerne. De har for lidt tid til kerneydelsen," siger *Aase Langvad*.

## Tal med patienten

*Rapporten viser, at sygeplejersker kun bruger 1 pct. af deres tid på psykoemotionelle samtaler med patienten. Hvordan får sygeplejersker mere tid til at tale med patienterne?*

"Det er nødvendigt at få den del opprioriteret, for forskningen viser, at hvis ikke patienterne har god kontakt med og tillid til den person, de taler med, så forlænger det sygdomsforløbet. Den pædagogiske tilgang er meget vigtig.

Det er lederens ansvar at sikre de rammer og vilkår for høj kvalitet i sygeplejen, man ønsker. Det er ikke let, men man er nødt til igen og igen at argumentere over for det politiske system," siger *Aase Langvad*.

*Tror du, vi vil se flere løsninger med opgaveglidning mellem social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker, som de f.eks. arbejder med på Endokrinologisk afdeling på Københavns Amtssygehus i Herlev?*

"Det er altid patientens behov, der afgør, hvem der skal stå for sygeplejen. Som udgangspunkt skal sygeplejersker ikke løse funktioner, som andre faggrupper kan lave lige så godt. Men f.eks. skal der altid være sygeplejersker til at lede, koordinere arbejdet og vejlede og til patienter med komplekse behov," siger *Aase Langvad*.

*DSI-rapporten offentliggøres den 29. september og kan findes på hjemmesiden [www.dsi.dk](http://www.dsi.dk) Dansk Sygeplejeråd har bidraget til at finansiere undersøgelsen.*

*sbk@dsr.dk*

### ►► SÅDAN HOLDER MAN FAST I SYGEPLEJERSKER

Hvis man skal tiltrække og fastholde sygeplejersker i fremtidens sundhedsvæsen, er det vigtigt at sætte ind over for de forhold, der slider på sygeplejersker:

- Når samarbejdet med lægerne er dårligt. Læs artiklen "I audiens hos lægen" på side 20.
- Når sygeplejersker mangler uddannelse, supervision og vejledning til at håndtere de svære patienter og pårørende, som kan være vrede og udadreagerende.
- Når der mangler en kultur, hvor sygeplejersker kan reflektere over belastende oplevelser.
- Når papirarbejdet kommer til at tage mere tid end selve arbejdet ude hos patienterne.
- Når der ikke er tid til at tale med en patient, som har brug for psykoemotional støtte.

Læs mere om DSI-rapporten på side 20-23 ►

# I audiens hos lægen



Hierarkiet mellem læger og sygeplejersker kommer f.eks. til udtryk på morgenkonferencen på en hjerteafdeling, hvor sygeplejerskerne føler, at de kommer i audiens hos lægerne, når de skal fremlægge deres patienter.

## Energi-dræn. Sygeplejersker bruger energi på at være frustrerede over samarbejdet med lægerne, fordi det ikke altid føles ligeværdigt. Det viser et observationsstudium af sygeplejerskers arbejde på tre medicinske afdelinger foretaget af DSI Institut for Sundhedsvæsen. Hierarkiet kommer særligt til udtryk på morgenkonferencen og ved stuegang.

Sygeplejersker vil gerne opfattes som lige-stillede samarbejdspartnere til lægerne, men i praksis er det ikke altid sådan, sygeplejersker oplever samarbejdet. Det er lægen, der har beslutningskompetencen i forhold til behandlingen, og sygeplejersker føler sig i nogle situationer underlegne og ydmygede. DSI Institut for Sundhedsvæsen (DSI), har i et observationsstudie undersøgt sygeplejerskers arbejde på tre medicinske afsnit: Hjertemedicinsk afdeling B2 på Skejby Sygehus, Endokrinologisk afdeling J106 på Københavns Amtssygehus i Herlev og Gastroenterologisk og Hepatologisk afdeling 123 på Bispebjerg Hospital. Studiet er foregået ved, at observatører har fulgt sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i ottetimers vagter og skrevet ned, hvad der er foregået, og hvad der er blevet sagt. I alt har observatørerne fulgt 24 dagvagter, tre aftenvagter og tre nattevagter. Både sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og læger er blevet interviewet.

”Når vi har rendt rundt i hælene på sygeplejerskerne, har vi observeret, at sygeplejersker bruger små bemærkninger til at distancere sig verbalt. Der er himmelvendte øjne og dybe suk. Udsagn som ”de er bare for dumme,”” siger projektleder ved

DSI, cand.scient.adm. og ph.d.-studerende *Christina Holm-Petersen*, der har stået for rapporten ”Sygeplejerskers fagidentitet og arbejdsopgaver på medicinske afdelinger.” Formålet med undersøgelsen er at skaffe mere viden om sygeplejerskers fagidentitet for at kunne rekruttere og fastholde sygeplejersker i fremtidens sundhedsvæsen. Et sundhedsvæsen i forandring med stadigt kortere hospitalsindlæggelser og højere produktivitet. Der er derfor politisk interesse for at se på, hvilke faggrupper der i fremtiden skal løse opgaverne for at få mest mulig sundhed for pengene.

”Fra politisk hold og fra Sundhedsministeriet har der været tanker og planer fremme om en opstigningsstrategi, hvor sygeplejersker overtager nogle af lægernes opgaver – en slags minilæger – og hvor social- og sundhedsassistenter overtager nogle af sygeplejerskernes opgaver. Med denne undersøgelse har vi ønsket at belyse, hvad der henholdsvis motiverer og slider på sygeplejersker,” siger Christina Holm-Petersen.

Rapporten viser tydeligt, at sygeplejerskers fagidentitet ligger i plejen ude ved patienterne. På ingen af de tre afdelinger ønsker sygeplejerskerne at være lægens assistent, det er ikke det arbejde, der motiverer dem. De ønsker heller ikke at være ”minilæger.”

Generelt siger sygeplejerskerne på de

tre afdelinger, at de har et godt samarbejde med lægerne. De fleste læger er åbne og villige til at lytte til dem og deres observationer. Når samarbejdet fungerer, har hierarkiet ikke den store betydning. Men når sygeplejersker ikke føler sig respekteret, opfattes hierarkiet som ydmygende. Ifølge Christina Holm-Petersen er det noget af det, der tærer på sygeplejerskers energi.

### Frygt for konference

Morgenkonferencen på hjerteafdelingen og stuegangen på alle tre afdelinger er nogle af de daglige situationer, hvor hierarkiet mellem læger og sygeplejersker kommer til udtryk. På lægekonsferencen på hjerteafdelingen venter sygeplejerskerne på, at det bliver deres tur til at informere, når deres patienter bliver gennemgået. Morgenkonferencen kaldes i daglig tale også for at være i ”audiens hos lægerne.” Nogle sygeplejersker giver udtryk for, at det er et pres, at man skal vise, hvad man kan. En slags eksamen.

”Sygeplejerskerne føler, at de skal forhandle med lægerne om patientens medicinske behandling. Sygeplejerskerne har deres observationer, men det er lægen, der skal tage beslutningen,” siger Christina Holm-Petersen.

Hendes bud på, hvorfor sygeplejersker synes, morgenkonferencerne er svære, er, at selve formen er med til at synliggøre og ►

#### ►► SYGEPLEJERSKERNE OM LÆGERNE:

”Man skal have været her i et godt stykke tid, før man ikke hader det mere. I lang tid så er det simpelthen bare, åh, noget, man hader som pesten og skal ind til de dér morgenkonferencer.”

”Det er jo fint nok, at lægen tager sig tid til at sætte sig ned og snakke med den demente dame og høre om alle de her ting, hun fortæller, hun har lavet, og som jeg godt ved ikke passer. Jeg står ikke og siger: Det er løgn, lad os gå videre. Det skal der være tid til, og det er helt fint. Men der er bare ikke nogen grund til, at jeg står og hører det. Jeg kender hende. Jeg har passet hende de sidste tre dage, og jeg har hørt de historier 15 gange.”

”Man bruger utrolig meget tid, synes jeg, på at huske lægerne på nogle ting, som man måske allerede har sagt én gang: Jamen husk nu også, at der var den samtale, husk nu også det der medicin, der skulle ændres, husk nu også det dér tilsyn ... og det er en utrolig tåbelig ting at bruge tid på.”

*Citaterne er hentet fra DSI-rapporten ”Sygeplejerskers fagidentitet og arbejdsopgaver på medicinske afdelinger,” der offentliggøres den 29 september på [www.dsi.dk](http://www.dsi.dk)*

► fastholde billedet af sygeplejersken som en, hvis observationer blot indgår som en underordnet del i lægernes beslutninger. Rent fysisk står hun i rummet på sidelinjen i forhold til denne beslutningsproces og venter på at blive tilsagt.

Sygeplejerskerne på hjerteafdelingen laver selv grin med, at de pisker en stemning op over denne audiens hos lægerne. Flere har deres egne hemmelige våben eller lille trumf i ærmet, som man passende kan runde audiensen af med. Det kan f.eks. være at vende spørgsmålene mod de yngre læger, så det er dem, der skal informere.

### En engels tålmodighed

Et andet sted, hvor hierarkiet mellem læger og sygeplejersker kommer til udtryk på alle tre afdelinger, er stuegangen. I samarbejdet med nogle læger oplever sy-

geplejersker, at de skal kæmpe for at få deres vurdering hørt.

"Sygeplejerskerne skal bruge energi på ikke at komme til at virke bedrevidende. De er meget bevidste om, hvordan de kan sige tingene, uden at lægen kommer til at tabe ansigt. F.eks. vælger de at spore eller lede lægen i den retning, de ønsker. En sygeplejerske siger f.eks., at hun er blevet god til at stille ledende spørgsmål," siger Christina Holm-Petersen.

Sygeplejersker på alle tre afdelinger føler af og til, at de spilder deres tid, når de går stuegang med lægerne. Eller som en sygeplejerske er citeret for i rapporten: "De (sygeplejerskerne) har en engels tålmodighed. Nogle gange er stuegangene meget lange, når de har sendt de der unge (læger), som er på spirestadiet."

Stuegang med erfarne læger kan også

være forbundet med ventetid, enten fordi lægen "står og flapper rundt i journalen," som en sygeplejerske er citeret for at sige i rapporten. Eller fordi sygeplejerskerne føler, at de blot er til stede for at give lægen oplysninger, som lægen kunne have læst sig til i rapporten.

Når samarbejdet fungerer, og sygeplejersker føler sig respekteret, opleves stuegangen derimod som en givende relation for sygeplejersker.

### Læger om sygeplejersker

De læger, der er blevet interviewet i undersøgelsen, vurderer samarbejdet med sygeplejerskerne som godt og gensidigt. De har brug for sygeplejerskers viden og observationer for at kunne træffe de rette beslutninger om patienternes behandling. Lægerne kan dog godt mærke, at sygeple-

# Ingen skal frygte morgenkonferencen

**Opbakning.** På hjerteafdelingen på Skejby Sygehus hjælper de erfarne sygeplejersker deres yngre kolleger, når de skal fremlægge på morgenkonferencerne.

Sygeplejerskers frygt for morgenkonferencen er ingen nyhed for afdelingssygeplejerske *Anny Fløe Nielsen* fra Hjertemedicinsk afdeling B2 på Skejby Sygehus.

"Det er noget, vi har snakket meget om igennem årene, og jeg har været her i nogle og tyve år. Det er især de yngre sygeplejersker, der har det sådan, og der er givetvis nogle, som har afholdt sig fra at gå ind til konference pga. nervøsitet. Så har de måttet fremlægge deres observationer på stuegang i stedet for, men det medfører så, at stuegangslægen skal have fat i overlægen, hvis det er et spørgsmål, han skal blandes ind i," siger Anny Fløe Nielsen.

Som tiden går, og man bliver en mere

erfaren sygeplejerske, mener hun til gengæld, at mange får stort udbytte af at høre de faglige diskussioner blandt lægerne, når de er med inde på morgenkonferencen.

De sygeplejersker, der har noget at fremlægge, venter ved sekretærens skranke på at blive kaldt ind efter tur.

"Det kan godt føles træls at stå der og vente, hvis man har travlt," siger hun.

Siden DSI-undersøgelsen blev foretaget i 2004, er der sket forbedringer, så morgenkonferencerne ikke længere er nær så frygtede blandt yngre sygeplejersker. Sygeplejerskerne deltager kun i konferencer og stuegang efter behov.

"Vores koordinator, som er en erfarne sygeplejerske, deltager i konferencerne, og hun spørger på forhånd de andre sy-

geplejersker, om de har noget specielt til en patient, som de ønsker bliver taget op. Hvis det er sygeplejersker uden så megen erfaring, sørger vi for at bakke op og hjælpe dem. Vi er også blevet bedre til at flytte ansvaret for at fortælle om patienterne over til lægerne," siger Anny Fløe Nielsen.

Overlæge på hjerteafdelingen på Skejby Sygehus, *Henrik Kjørulff Jensen*, vil ikke udtale sig om DSI-rapportens observationer og konklusioner, før han har haft lejlighed til at ser rapporten, som bliver offentliggjort i slutningen af september. Han vil dog gerne slå fast, at der ikke er nogen, der skal frygte for at fremlægge noget på en morgenkonference.

*sbk@dsr.dk*

gerskerne bliver irriterede, hvis lægerne ikke lytter til deres input. Fagstriden mellem læger og sygeplejersker handler ifølge rapporten bl.a. om, at lægerne oplever, at sygeplejersker gerne vil udvide deres område til at inkludere nogle af de opgaver, som læger anser for deres. Omvendt erkender lægerne, at de forsøger at overføre nogle af deres kedelige opgaver, som f.eks. at lægge venflon, til sygeplejerskerne.

”Sygeplejerskerne er ikke interesserede i at overtage lægernes rutineopgaver, de har så rigeligt at lave i forvejen. Undersøgelsen viser, at sygeplejersker bliver motiveret af at være ude hos patienterne og ikke ved at lave papirarbejde eller rende rundt og gøre 100 ting på én gang, som f.eks. at tjekke op på, om lægen nu har fået bestilt de prøver, der blev aftalt på stuegangen,” siger Christina Holm-Petersen.

Hun er selv overbevist om, at sygeplejersker gør bedst gavn ved fortsat at være den faggruppe, der er ude hos patienterne.

**”Sygeplejersker bliver motiveret af at være ude hos patienterne og ikke ved at lave papirarbejde eller rende rundt og gøre 100 ting på én gang, som f.eks. at tjekke op på, om lægen nu har fået bestilt de prøver, der blev aftalt på stuegangen.”**

”Sygeplejersker er den mest kvalificerede faggruppe, vi overhovedet har i sundhedsvæsenet, der observerer patienter og vurderer, hvilke behandlingsbehov og sygeplejebehov de har. Hvis vi skal have høj kvalitet i sundhedsvæsenet, skal sygeple-

jersker være ude ved patienterne,” siger Christina Holm-Petersen.

Rapporten peger på, at sygeplejerskers motivation kan øges ved at opdyrke gode samarbejdsrelationer med lægerne. Ifølge Christina Holm-Petersen er det ikke noget, man lærer på sygeplejerskolerne, men en viden, der kommer med erfaringen.

Hvis sygeplejersker skal undgå at føle sig fagligt ydmyget og dermed blive drænet for energi, skal de blive bedre til at sætte grænser for, hvad de vil finde sig i.

”Det gør man ved at tro på, at det, man kan og står for, er vigtigt, og vise det til andre. Hvis en læge siger noget nedsættende om ens faglighed, skal man markere, at det synes man ikke er i orden. Men det er et spil, der går begge veje,” siger Christina Holm-Petersen.

*sbk@dsr.dk*

## Et generationsproblem

Læger og sygeplejersker skal arbejde sammen som et team, og det er ledelsens ansvar, at samarbejdet fungerer. Det mener 2.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd *Aase Langvad* og formand for Yngre Læger *Mette Worsøe*.

”Heldigvis viser DSI-rapporten, at samarbejdet fungerer godt mange steder. Det er uacceptabelt, hvis sygeplejersker oplever, at deres faglighed og kompetencer ikke bliver respekteret af lægerne. For mig at se kunne det godt være et generationsproblem,” siger Aase Langvad.

Mette Worsøe mener, at lægers manglende respekt for sygeplejerskers faglighed er mere en myte end virkelighed.

”På langt de fleste arbejdspladser arbejder læger og sygeplejersker sammen som et team, og når samarbejdet i nogle tilfælde ikke fungerer, handler det om indgroede vaner og uvaner, som det kan tage år at ændre på. Men det ændrer sig i retning af, at vi arbejder som team i takt med, at vi fokuserer på patientforløb frem for at se os selv som isolerede faggrupper,” siger hun.



ARKIVFOTO: SØREN SVENDSEN

Det er uacceptabelt, hvis sygeplejersker oplever, at deres faglighed og kompetencer ikke bliver respekteret af lægerne, mener 2.-næstformand i DSR, Aase Langvad.

Det er først og fremmest ledelsen på den enkelte arbejdsplads, der skal tage fat om problemer med dårligt samarbejde.

”Det er vigtigt, at sygeplejersker får mulighed for at tale oplevelser med dår-



ARKIVFOTO: YNGRE LÆGER

Når samarbejdet i nogle tilfælde ikke fungerer, handler det om indgroede vaner og uvaner, som det kan tage år at ændre på, mener formand for Yngre Læger, Mette Worsøe.

ligt samarbejde igennem, og at der er tilbud om faglig supervision gående på relationen mellem faggrupperne,” siger Aase Langvad.

*sbk@dsr.dk*

Stadig flere hjemløse er unge mennesker. Her ses sygeplejerske Gitte Wandschneider sammen med en bruger i det socialpsykologiske fristed Gaderummet i København.







**Brobygger.** De hjemløse ryger ud af behandlingen, fordi de glemmer aftaler eller taler grimt til personalet. Det oplever sygeplejerske Gitte Wandschneider fra Kirkens Korshær. En af hendes opgaver er at hjælpe hjemløse med overhovedet at komme til læge.

# Min succes er de små ting

Den unge mand i begyndelsen af tyverne er lige vågnet. Han sidder ved et af de blanke caféborde og bladrer i en gratisavis, mens han ryger en smøg. Han har tømmermænd. Bag en skærm i det nyrenoverede kælderlokale med lyst klinkegulv

**”Der er ikke lige adgang til sundhed. De hjemløse oplever, at de skal kvalificere sig til hospitalernes tilbud. De fleste sygeplejersker og læger er uddannet til et system, hvor patienterne markeret, gør hvad der bliver sagt, og sidder pænt i venteværelset. Det kan de hjemløse ikke leve op til.”**

ligger hans kæreste og sover på en madras med skoene på, mens parrets rottweiler står lænket til en radiator.

Ved et andet bord er en mand i jogging-sæt i færd med at børste tænder. Senere går han hen til køkkenlugen for at bestille

et stykke franskbrød og en kop kaffe. Der høres næsten konstant en hosten og harken i lokalet. De hjemløse brugere af Kirkens Korshærs Natcafé på Nørrebro i København gør sig klar til endnu en dag.

Et par trappetrin op – lige bag ved caféen – ligger sygeplejeklinikken i et lille rum bag en gennemsigtig glasvæg. På døren hænger et grønt skilt med teksten: sygeplejerske, nurse, kalkaaliyeCaafimad. Det sidste betyder sygeplejerske på somalisk og henvender sig til den tredjedel af caféens brugere, som kommer fra Somalia.

Klokken er syv om morgenen, og sygeplejerske *Gitte Wandschneider* er netop mødt på arbejde. Det gælder om at starte tidligt, inden brugerne bliver indisponible pga. stoffer og alkohol.

Klinikken er indrettet som en lille oase – med et nydeligt rødt sofahjørne og nyt medicinsk udstyr.

For at gøre konsultationen indbydende er der linet op med kaffe, te og lakrids på et sort rullebord. Sådan betingede Gitte Wandschneider sig, at indretningen skulle

være, da hun for to år siden blev ansat som sygeplejerske ved Kirkens Korshærs Natcafé.

## De udsatte

Gitte Wandschneider har arbejdet som sygeplejerske for udsatte grupper i 18 år. Hun begyndte som psykiatrisk sygeplejerske og har i en årrække arbejdet i Vestre Fængsel. Siden år 2000 har hun været sygeplejerske for hjemløse i København, og hun elsker sit job.

”Det er en udfordring at møde de hjemløse. Min funktion er at åbne døren og invitere brugerne indenfor. Mit mål er at yde sygepleje og behandle brugerne med høj grad af værdighed, sådan som man kunne ønske, det foregik alle steder i sundhedsvæsenet,” siger Gitte Wandschneider.

Gitte Wandschneider oplever, at en stigende del af de hjemløse er unge under 25 år. Mange har været katebald mellem forskellige anbringelser hele deres barndom og føler sig totalt svigtet af samfundet.

”Der er ikke lige adgang til sundhed. De ►

Mange af de hjemløse har problemer med fødderne. Hos sygeplejersken bliver de tilbudt et fodbad.

Sovesalen i Kirkens Korshærs herberg tilbyder overnatning til hjemløse.



Sygeplejerskens skilt er på både dansk, somalisk og engelsk. En tredjedel af de hjemløse i cafeen stammer fra Somalia.



► hjemløse oplever, at de skal kvalificere sig til hospitalernes tilbud. De fleste sygeplejersker og læger er uddannet til et system, hvor patienterne makker ret, gør, hvad der bliver sagt, og sidder pænt i venteværelset. Det kan de hjemløse ikke leve op til. De glemmer aftaler, dukker op med deres hunde eller taler grimt til personalet. Derfor ryger de alt for ofte helt ud af behandlingen,” fortæller Gitte Wandschneider.

Gitte Wandschneider beskriver sit job som relationsarbejde. Hun har kendt de fleste af brugerne i flere år. De stoler på hende, og det er derfor, de tager mod hendes hjælp.

”De fleste har oplevet så mange svigt fra autoriteternes side, at de afviser sagsbehandlere og hospitalspersonale. De kommer her, fordi de kender mig, og fordi jeg

som sygeplejerske kan et håndværk og kan yde en meget konkret hjælp. Et fodbad er f.eks. vejen til at få snakket om mange andre ting,” fortæller Gitte Wandschneider. Hun understreger, at det i hendes niche af sygeplejen er lige så naturligt at følge en hjemløs på skadestuen eller socialkontoret som at give et fodbad.

#### De nederste i hierarkiet

Klokken er hen imod halv otte, da en mand på omkring 25 år stiller sig op i døråbningen. Hans stemme er rusten:

”Vi skal ud på hiv-ambulatoriet på Hvidovre i dag. Hvordan kommer vi derud?” spørger *John* med henvisning til, at han og kæresten *Maja* skal til kontrol, fordi de er smittede med hiv.

Gitte finder et buskort frem.

Næppe er *John* forsvundet, før *Allan*

dukker op. Han har viltært rastahår og er iført grå strikswear. Allans ene hånd er opsvulmet på grund af et bistik. Gitte ser på hånden, tilbyder noget salve og benytter samtidig lejligheden til at tage temperaturen på Allans sociale situation.

”Har du fået en ny kæreste? Og hvad med noget at bo i?” Allan er fämælt. Han får dog fortalt, at han har en kæreste, og at de mangler et sted at bo.

Gitte anbefaler parret at gå op til lugen på 1. sal og blive skrevet op til en herbergsplads hos Kirkens Korshær.

Mens samtalen står på, bliver der flere gange banket utålmodigt på glasruden. Der er flere, som har brug for at snakke med Gitte, og det skal være nu.

En overvægtig midaldrende mand iført blå arbejdsbukser kommer ind og sætter sig i stolen ved siden af hendes skrivebord.



Gitte Wandschneider vækker en af beboerne i Kirkens Kors-hærs herberg i København.



Det socialpsykologiske fristed Gaderummet minder om en mellemting mellem en computercafé og et slumstormersted fra 70'erne.

Gitte Wandschneider beskriver sit job som relationsarbejde. Hun har kendt de fleste af brugerne i flere år.

”Har du styr på dine ting?” spørger Gitte med det samme.

Manden styrter lidt skræmt ud i caféen og henter den grønne lærredsrygsæk, som indeholder hans samlede jordiske gods. For nylig fik han stjålet alle sine ejendele. Der er en del tyverier i caféen, og det går især ud over de hjemløse, som er nederst i miljøets hierarki.

### Savner børnene

En kort pause i arbejdsdagen afbrydes, da Johns kæreste, Maja, styrter ind i konsultationen og flår kældervinduet op for at få luft.

”Buskortet var udløbet,” forklarer hun forpustet og foreslår, at hun og kæresten udsætter deres kontrol på hiv-ambulatoriet. Gitte tænker sig om og forsøger at ringe til hospitalet, alt imens Maja og John

tripper nervøst rundt i klinikken. De kan ikke rigtig bestemme sig til, om de orker at tage af sted i dag.

Midt i det hele kommer en ung kvinde i starten af tyverne ind i klinikken. Marie er iført stramme cowboybukser og en krøllet, hvid T-shirt. Håret er uglet. Hun er alkoholiker, og begge hendes børn er på børnehjem.

Marie har ikke set dem i næsten et år, og hun savner dem forfærdeligt. Gitte har lovet at hjælpe med at ringe til sagsbehandleren, så Marie kan få tilladelse til at ringe til den ældste.

Men sagsbehandleren har telefonsvarer på, og Gitte aftaler, at de skal forsøge at ringe senere på formiddagen.

”Det er nu. Vi må tage en beslutning. Skal I af sted? Eller skal vi udskyde kontrollen på hiv-ambulatoriet til en anden

dag?” spørger Gitte og kommer så med et forslag til kæresteparret Maja og John:

”Hvad hvis nu jeg kørte jer til Hvidovre?” John er ikke sen til at gribe bolden:

”Jamen, så skal du også køre os hjem,

**”Mit mål er at yde sygepleje og behandle brugerne med høj grad af værdighed, sådan som man kunne ønske, det foregik alle steder i sundhedsvæsenet.”**

for vi kan ikke gå de to kilometer til stationen.”

Efter lidt snak indvilliger Gitte i at køre parret til Hvidovre Hospital og tilbage.

Da Gitte er tilbage i caféen et par timer senere, er det med en god fornemmelse i ▶

Fem spørgsmål til Gitte Wandschneider

# Hjemløse orker ikke en løftet pegefinger

*Hvad er det bedste ved dit job?*

”At mit job kræver kreativitet og åbenhed. Der er ikke noget, som er fastlagt på forhånd.”

*Hvad er det værste ved dit job?*

”Det værste er, når hjemløse bliver mødt med nedladenhed i det sundheds- og socialvæsen, som er ansat til at yde en service for dem.

F.eks. når jeg ringer, fordi en af brugerne har glemt en aftale på et ambulatorium og får at vide, at han ikke kan få en ny tid, fordi sagen er lagt i kælderen og afsluttet. Det er især på de somatiske afdelinger, at den slags sker.

I det hele taget gør det mig vred, når sagsbehandlere eller sundhedspersonale kun ser tingene fra deres egen position.

Det hænger sammen med kulturen på afdelingerne, og at mange af mine kolle-

ger er trængt arbejdsmæssigt. De fleste hjemløse har oplevet et langt liv med svigt. De har stødt panden mod autoriteter og bureaukrati. De orker ikke at blive mødt med en løftet pegefinger i sundhedsvæsenet.”

*Hvad kræver dit job?*

”Det kræver en stor menneskelig indsigt, pli, konduite, sygeplejemæssig erfaring og en vis alder. Man skal være psykisk stærk og kunne være alene om at træffe beslutninger. Og så skal man være i godt humør.”

*Hvad gør du for at holde gejsten?*

”Efteruddannelse er afgørende. Jeg er i gang med en diplomuddannelse i sundhedsfremme og forebyggelse. Det er også meget vigtigt at kunne arbejde tværfagligt og have opbakning fra sin ledelse.

Jeg har gode vilkår i forhold til mange

sygeplejersker på sygehusene, som er pressede i hverdagen.

Desuden får jeg som de øvrige medarbejdere på herberget fire timers faglig supervision af en psykolog hver måned.”

*Hvordan kan de hjemløse få en bedre behandling på sygehusene?*

”Det er nødvendigt, at det bliver en selvfølgelig del af kulturen på afdelingerne, at personalet sætter sig ind i de svageste patienters vilkår.

Ligesom man uddanner superbrugere på edb-området, så mener jeg, man kunne uddanne sygeplejersker, der kender noget til de hjemløses vilkår, og give dem en virkelig god behandling. Jeg er ikke tilhænger af at lave særlige afdelinger for hjemløse. Men hvis man prøvede at uddanne nogle nøglepersoner, så kunne det danne en kultur på de almindelige afdelinger.”

maven. Det var på høje tid, at parret kom til kontrol. Majas hiv-tal er meget dårlige.

Næppe har Gitte lagt jakken, før Marie dukker op igen.

Hun har ventet utålmodigt hele formiddagen.

Nok en gang ringer de til sagsbehandlere, men det viser sig, at hun er sygemeldt.

Marie brister i gråd:

”Jeg er rigtig træt af mit liv – jeg savner

**”Jeg har ingen forestillinger om, at brugerne skal leve et standardliv – eller at jeg skal frelse dem.”**

hele tiden mine børn. Jeg har ondt i maven og i hovedet, og jeg har ikke haft menstruation et stykke tid. Jeg kan ikke mere.”

Gitte holder om Marie og opfordrer hende til at kontakte en dygtig socialarbejder, hun kender.

## Syv begravelser

Størstedelen af de hjemløse i caféen har et misbrug. Deres livshistorier er næsten altid præget af elendige opvækstvilkår, vold, alkohol, institutioner og fængsler. Sundhedstilstanden er katastrofal. Der er mange tilfælde af leverbetændelse og hiv. Banale sår og skrammer udvikler sig ofte til alvorlige infektioner.

En af mændene i caféen fortæller, at der inden for det seneste halve år har været syv begravelser i miljøet omkring natcaféen.

”De fleste har intet netværk. Familien har de mistet kontakten til, og venner har de ofte kun på skift,” fortæller Gitte Wandschneider, mens vi befinder os i en

bil på vej ned til det socialpsykologiske fristed Gaderummet, hvor Gitte har konsultation denne eftermiddag. Den nedlagte fabriksbygning på Nørrebro ligner en mellemting mellem en computercafé og et slumstormerhus fra 70'erne. Mange af brugerne er helt unge hjemløse.

Gitte sætter sig ved et stort mødebord sammen med en ung maskinklippet mand, der er iført joggingsæt og badesandaler.

”Hvordan går det?” spørger Gitte.

”Elendig. Det er stress – det er mavesår – det er bræk – det er blod. Jeg ved ikke, hvad jeg skal gøre uden alkohol. Måske skulle jeg prøve stesolid i en periode. Jeg har brug for noget beroligende, men jeg kan ikke tåle at drikke mere,” lyder det fra Brian. Han rækker sin ene hånd frem. Der er gået betændelse i et sår. Gitte renser det, og de aftaler, at Brian skal komme

### ►► BLÅ BOG.

Sygeplejerske *Gitte Wandschneider* er 45 år og har arbejdet som sygeplejerske siden 1988. Er uddannet som psykiatrisk sygeplejerske og har arbejdet i psykiatriens lukkede afdelinger for mænd. Var derefter sygeplejerske i Vestre Fængsel. Har de seneste seks år arbejdet med hjemløse i København. Siden 2001 har Gitte Wandschneider været ansat i Kirkens Korshær i Hillerødgade i København. Er nyvalgt amtsbestyrelsesmedlem i DSR Hovedstaden.



Gitte Wandschneider kan kontaktes på [sjoeqvist@gmail.com](mailto:sjoeqvist@gmail.com)

Herbergets værelser er bittesmå. Her får de hjemløse en seng, et bord og en stol og hjælp til at finde et sted at bo, hvis de ønsker det.



ud på klinikken, så de kan snakke om mulighederne for afvænning.

Som så mange andre af brugerne har Brian dårlige erfaringer med praktiserende læger.

”Der kommer aldrig noget godt ud af det mellem mig og lægerne. Vi kommer op at skændes. Lægerne har en tendens til at være arrogante, men Gitte, hun har virkelig hjulpet mig,” forklarer Brian, der trods sine kun 24 år mener, at han er ”for fucked up i hovedet til nogensinde at kunne arbejde.”

### De små mirakler

Gitte Wandschneiders arbejdsdag slutter som den begyndte. Hjemme i klinikken.

Hen over et af bordene i caféen ligger Marie og hendes kæreste og sover en dyb søvn.

”Nogle mener, at sådan noget som det

her er håbløst, men det gør jeg ikke. Succesen i mit arbejde er de små ting. At jeg kan skifte en forbindelse. At jeg kan hjælpe Marie med at få kontakt med sit barn. Eller at Brian kommer og snakker om alkoholafvænning i morgen. Jeg har ingen forestillinger om, at brugerne skal leve et standardliv – eller at jeg skal frelse dem,” siger Gitte Wandschneider.

Det er ikke så ofte, at de hjemløse i caféen rehabiliteres til et normalt liv med job og lejlighed. Men det sker.

Gitte Wandschneider kan fortælle om en af den slags succeshistorier: For et par år siden kom en ung krigstraumatiseret og alkoholiseret somalisk flygtning i klinikken. Hans liv vendte mirakuløst, da han fik et job. I dag er han holdt op med at drikke, har arbejde og egen lejlighed.

Klokken nærmer sig tre om eftermidda-

gen. Det har været en dag med ”fuldt run på,” som Gitte Wandschneider udtrykker det. Da hun bevæger sig ud til parkeringspladsen med bilnøglerne i hånden, er hun træt. Men hun er meget bevidst om ikke at tage arbejdet med hjem.

”Når jeg kommer hjem, tænker jeg ikke på mit arbejde. Jeg føler, at jeg har gjort, hvad jeg kunne. Mere kan jeg ikke gøre. Sådan er jeg nødt til at tænke – ellers kan jeg ikke overleve i det her job.”

*Navnene på de hjemløse i artiklen er opdigtede, så de ikke kan genkendes.*

*bs@dsr.dk*

Første artiklen i serien *Sygepleje på kanten* blev bragt i *Sygeplejersken* nr. 17.

Næste artikel bringes i nr. 21.

## Produktivitet frem for alt?

**Travlhed.** Sygeplejersker bruger ca. en tredjedel af arbejdstiden i direkte kontakt med patienterne. Det viser en ny undersøgelse fra en hjertemedicinsk, en endokrinologisk og en gastroenterologisk/hepatologisk afdeling.

Er det meget eller lidt?

Umiddelbart lyder det ikke af så meget, at en tredjedel af arbejdstiden går med direkte kontakt med patienterne. Og selv om sygeplejersker også har en række andre vigtige funktioner – bl.a. koordination af patientforløbene, pædagogisk arbejde i forhold til studerende m.fl. og udvikling af sygeplejen – skal der nok være nogle, som vil råbe højt om, at det er da for dårligt, og hvad i alverden bruger sygeplejerskerne så deres arbejdstid på.

Jeg er enig i hovedpointen: Sygeplejersker skal have mere tid til patienterne. Forskningen dokumenterer, at hvis der er for få sygeplejersker, stiger dødeligheden, der opstår flere

fej, og indlæggelsestiden forlænges. Derfor har patienterne krav på, at der er den nødvendige tid til sygepleje.

Det er der ikke i dag. Vi hører alt for tit eksempler på, at sygeplejersker ikke har tid til selv grundlæggende dele af sygeplejen. F.eks. at patienter på grund af urimelig travlhed først får deres medicin

timer for sent, eller at patienter udelukkende mobiliseres i forbindelse med toiletbesøg.

Det er ikke acceptabelt for et velfærdssamfund, der er så rigt som det danske. Men det er ikke noget, den enkelte sygeplejerske kan ændre på.

I disse år ser vi en meget uheldig kombination af, at flere patienter skal igennem sygehusene, samtidig med at økonomien strammer til. Produktivitet frem for alt er det mantra, som sygehusene er underlagt. Samlebåndproduktion bliver belønnet økonomisk, mens omsorgen og de mellem menneskelige relationer slet ikke har samme bevågenhed hos de politikere, der lægger rammerne for sygehusene.

Situationen forværres af manglen på sygeplejersker. Så længe der mangler mere end 1.100 sygeplejersker, er det klart, at der ikke er tid nok til sygepleje.

Det sætter sine tydelige spor. Både i sygeplejen og i sygeplejerskernes arbejdsmiljø. Derfor er det på høje tid at gøre op med det ensidige fokus på produktivitet. I stedet skal politikerne sætte en meget bredere dagsorden, der handler om kvalitet, professionel omsorg og tryk hos patienterne.

Min holdning er helt klar: I et sundhedsvæsen i verdensklasse kommer produktivitet ikke frem for alt!



*Connie Kruckow*

Connie Kruckow, formand

## Ordentlig information nødvendig

Af Jeanett Marschall, sygeplejerske

*Kommentar til debatindlægget "Overraskende kontant og målrettet" i Sygeplejersken nr. 18/2006.*

Jeg ved ikke, om det er personlige eller faglige erfaringer, der danner baggrund for Ane Kirkensgaards forargede respons på amme- og flaskepolitikken. Flossede brystvorter og smerter er velkendte vanskeligheder, når amningen skal i gang. Det er der ikke noget forskruet eller overdimensioneret i. De fleste gange vender det til det gode, og amningen er veletableret, men andre gange bliver smerten værre og uudholdelig. Der kan desuden være mange andre faktorer, der spiller ind, når det gælder, at amningen ikke fungerer. Ingen nævnt, ingen glemt.

Men at sætte amningen op på en piedestal som det allerbedste synes jeg er en sandhed med modifikationer. Både kvinder og børn er forskellige, og skal der tales om det bedste, så må det vel være det individuelle. Jeg har både været "amme-mor" og "flaske-mor," og jeg vil ikke skydes i skoene at have følt mindreværd over nogen af delene, eller at mit valg bunder i mangel på tid til nærvær. Jeg kan konstatere, at jeg har to forskellige børn med hver sin start på livet. På baggrund af det traf jeg mine valg, som var bedst på hver sin måde. Og faktum hjemme hos os er, at ammebarnet har atopisk eksem og flaskebarnet ikke.

Efter min mening argumenterer Hanne Bille udmærket for, at der skal fokuseres på individuel omsorg og selvbestemmelsesret. Hun nævner ikke noget om barselsorlov, arbejdsmarkedet eller politisk tilhørsforhold.

Jeg mener nok, der overfortolkes, når der tales om propagandistisk retorik! I mine øjne er det sundt, at der er kommet mere positiv fokus på flaskebørn og modermælksstatning. Det gælder om at sikre en ordentlig information om både amning og flaske, så folk har den nødvendige viden til at vælge det bedste for mor, barn og familie.

*Jeanett Marschall er praktik- og uddannelsesansvarlig sygeplejerske på Ortopædkirurgisk afdeling, Kolding Sygehus.*

## Kom og fang heksen

Af Signe Hagel Andersen, formand for SLS, og Stine Holm Jensen, formand for SLS Odense

*Kommentar til debatindlægget ”SLS driver heksejagt” i Sygeplejersken nr. 17/2006.*

SLS arbejder for de sygeplejestuderendes interesser, herunder forhold i studierelevant fritidsarbejde. Vi mener, at de studerende er bedst stillet ved at være dækket af en overenskomst. Det mener vi, fordi en overenskomst bedst sikrer de studerendes rettigheder samt arbejds- og lønforhold.

I SLS rådgiver vi dagligt studerende om, hvordan de kan opnå en bedre løn. Ofte modtager vi henvendelser fra ar-

bejdsgivere – specielt i primærsektoren – der gerne vil aflønne de studerende efter SLS’ anbefalede løntakster. Arbejdsgivernes henvendelser er stigende i antal, fordi de oplever værdien af de studerendes kompetencer og et stigende behov for deres arbejdskraft.

Som studerende kan man frit vælge, om man vil forhandle sin egen løn eller indgå i et vikarbureau – med eller uden overenskomst.

Som uddannet sygeplejerske og medlem af DSR er man dog bundet af DSRs kollegiale vedtægter og kan derfor ikke tage

ansættelse, hvor der ikke er indgået overenskomst. Dette princip støtter vi i SLS. Dertil er vi i SLS af den holdning, at befolkningen er bedst tjent med et offentligt sundhedsvæsen, da adgang til sundhedsydelserne skal være lige for alle, således der ikke skabes social ulighed i sundhed.

Private vikarbureauer er et dyrt bekendtskab for vores sundhedsvæsen, som i forvejen har problemer med at få ressourcerne til at slå til. Vi mener, at pengene bør bruges på patienterne i stedet for at gå til profit til private firmaer!

SLS anbefaler det, vi mener, vi er bedst til i forhold til de studerendes interesser. Vi bygger vores anbefalinger på, at organisationen har en åben og flad struktur, hvor alle medlemmer kan deltage og komme til orde.

Er man som studerende af en anden holdning, er man altid velkommen til at deltage i SLS’ arbejde.

Det er via dialog og den demokratiske beslutningsproces, at SLS vælger sine politiske strategier.

Så kom og fang heksen, der er ingen grund til at drive jagt.

## Hvad mener du

[www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk)

### Denne uges spørgsmål på [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk)

Skal udformningen af sygeplejeuniformen tage hensyn til religiøse ønsker?

### Svar på spørgsmål stillet i Sygeplejersken nr. 17/2006

Syntes du, at Pervasive Healthcare (PHC) er det rigtige svar på de udfordringer, som sundhedsvæsenet står over for?

| Svar         | antal     | pct.         |   |
|--------------|-----------|--------------|---|
| Ja           | 20        | 24,7         | ■ |
| Nej          | 29        | 35,8         | ■ |
| Ved ikke     | 32        | 39,5         | ■ |
| <b>Total</b> | <b>81</b> | <b>100,0</b> |   |

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



### Kulturnatten fredag den 13. oktober 2006

#### Kvæsthuset, Dansk Sygeplejeråd & Jordemoderforeningen

Dansk Sygeplejeråd og Jordemoderforeningen slår dørene op i Kvæsthuset, Sankt Annæ Plads 30 kl. 18.00 - 23.00

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| Hele aftenen:<br>Kl. 18.00 - 21.00 | Sygeplejerske - og jordemoderuddannelsen<br>Mest for børn: Bamsehospital - film - tegnekonkurrence |
| Kl. 18.30                          | Film, foredrag og debat om jordemoderliv og fødekultur før og nu                                   |
| Kl. 20.00                          | Sundhedsplejerske Sigrid Riise fortæller om hverdagen med småbørn                                  |
| Kl. 19.00 & 21.00                  | Kvæsthusets historie   |
| Kl. 19.45 & 21.45                  | Rundvisning  |

I skolernes efterårsferie – uge 42 – er sygeplejersker sammen med deres familie velkomne til at komme forbi Kvæsthuset. Så byder DSR på en kop kaffe, frisk frugt og sodavand til børnene.

Dansk Sygeplejeråd - Sankt Annæ Plads 30 - Postboks 1084  
1008 København K - Tlf. 33 15 15 55 - Email [dsr@dsr.dk](mailto:dsr@dsr.dk) - [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)





Vibeke Hatting

## Kan vi dog ikke tale om det?

**Selvransagelse.** At blive sygeplejerske kræver for mig ikke blot ét personligt offer, som f.eks. intet parfumebrug. For mig kræver det faktisk så mange, at jeg kan blive helt bekymret for, om jeg ved endt uddannelse har nogen personlighed tilbage.

For nylig, efter at have læst om parfumeallergi i *Sygeplejersken*, var mit sind i kog! Må jeg nu slet ikke bruge parfumerede produkter, når jeg ønsker at blive en god sygeplejerske? Får jeg virkelig sat hele min faglighed, omsorg og empati på spil, når jeg vasker hår i frisørens bedste produkter, der også er parfumerede?

Naturligvis skal alle patienter sikres et optimalt patientforløb – også MCS-patienter. Men for mig handler det ikke om et personligt offer, at jeg nu også skal skifte hårprodukter for at blive en god sygeplejerske. Jeg har efterhånden foretaget så mange ofre, at jeg kan blive helt bekymret for, hvad der bliver tilbage af mig.

Jeg kan stadig huske min bankrådgivers ansigtsudtryk, da jeg forklarede ham, at kassekreditten til studiestart ikke blot var til bøger. Nej, der skulle også indkøbes fem par tækelige underbukser og bh'er. For mig er det altså et meget stort personligt offer at skulle have bestemt undertøj på, for det burde da være en privatsag. Men når nu min kompetence som sygeplejestuderende er på spil, lider jeg gerne. Tanken om dengang, en medstuderende fik ballade for sine trusser med lyserøde elefanter på, står nemlig stadig lyssende klar!

Der blev indkøbt uparfumeret antiperspirant og efterfølgende persilletabletter, så min forkærlighed for hvidløg (og den utilstrækkelige antiperspirant) ikke går ud over patienternes ve og vel. Det indkøbte tøj til psykiatri skulle være slidstærkt, så det kan vaskes ved høje temperaturer. For bevidstheden fra hygiejneundervisningen om bakterier har skam også sat sit personlige præg. I så stor en grad, at da mit bonusbarn skulle pottetrænes, udarbejdede jeg en skriftlig arbejdsgang for rengøring af potte for at bryde eventuelle smitteveje!

At uddanne mig til sygeplejerske har også sat sit præg på mit øvrige liv. Der er indkøbt et dyrt medlemskab af et fitnesscenter, og jeg træner gerne hver dag som et godt eksempel. Jeg spiser grønt hver dag, og det er dyrket økologisk i mit eget drivhus, så jeg er sund. Afslapningen på sofaen er udskiftet med lange gåture. Der kan jeg så øve mig i sansning af alle indtryk. Sidste eksempel på de personlige ofre som sygeplejestuderende er mit rygestop. Det er da HOT!

At blive sygeplejerske er for mig på ingen måde en privatsag. Professionen griber på alle måder ind i mit liv og har allerede krævet utallige personlige ofre. Men jeg tror bestemt, det har gjort mig til et bedre menneske. Jeg er i hvert tilfælde blevet et gladere menneske. Og om end min personlighed ikke længere blot er min, er studiet noget af det bedste, jeg nogensinde har gjort. Og så er jeg sikker på, at jeg lever længere!

Jeg vil så gerne blive en god sygeplejerske og dermed også foretage de nødvendige personlige ofre. De sker, fordi jeg har lært at reflektere over mine handlinger og søge evidens for min praksis. Men hvordan kan vi fagligt sætte vores personlighed i spil i relationen med patienten, hvis vi ingen har? Hvordan kan vi kræve respekt om vores profession, hvis vi holder hinanden nede med essentielle dyder som omsorg og empati? Og hvordan sikrer vi os udvikling af viden, hvis vi mister mangfoldigheden iblandt os?

Min selvfortolkning som sygeplejestuderende er ikke blot en ydre fremtoning, men i særdeleshed også en indre evne til at skabe dialog. Så kæreste ven, kollega og patient: Kan vi dog ikke tale om det? Uden evne til at skabe dialog mister vi os selv!

Vibeke Hatting er 6.-semester-studerende ved Ribe Amts Sygeplejerskole, CVU Vest.



## Uddannelsen er ikke for teoretisk

Af Rikke Lassen, sygeplejerske

*Kommentar til artiklerne om sygeplejerskeuddannelsen i Sygeplejersken nr. 18/2006.*

Som nyuddannet sygeplejerske har det været interessant at følge debatten om vores uddannelse. Det er tankevækkende, at så mange – herunder undervisningsministeren – mener, at det er en falliterklæring for uddannelsen, hvis den nyuddannede sygeplejerske ikke mestrer visse procedurer.

Procedurer og især viden om de håndværksmæssige færdigheder er klart en vigtig del af arbejdet. Men det er ikke den del af arbejdet, der er mest krævende, og bestemt ikke den del, som jeg tænker videre over, når jeg har lagt kitlen og drejet nøglen om i mit skab.

Den del af sygeplejen, der er den sværeste og mest udfordrende, er derimod mødet med patienterne og deres forskellige skæbner.

Og netop denne del af faget kræver en stor viden og en alsidig teoretisk ballast, som ikke bare kan læres, når man har forladt skolen.

Den uddannelse, der kritiseres så kraftigt af nogle for at være for akademisk, er den samme uddannelse, som har været med til at øge min bevidsthed, og som har givet mig en ballast, der har gjort mig i stand til at kunne yde så god, etisk og moralsk korrekt,

tidssvarende og medmenneskelig sygepleje, som mine forudsætninger nu engang tillader mig det. Netop på grund af det høje teoretiske indhold.

Og nej, *Giddens* teorier om det moderne samfund eller *Foucaults* centrale begreber om overvågning, disciplinering og normalisering har ikke meget at gøre med, hvordan en sygeplejerske tømmer et bækket. Men det har til gengæld pokkers stor betydning for, hvordan man som sygeplejerske formår at varetage den meget store del af hvervet, som indebærer et respektfuldt, seriøst og tilidsfuldt samarbejde med alvorligt syge mennesker, disses pårørende og lægerne.

Jeg mener oprigtigt talt ikke, at der er for meget teori på sygeplejerskeuddannelsen, og jeg mener bestemt ikke, at den hverken er for alsidig eller avanceret i forhold til, hvad arbejdet som sygeplejerske kræver i dag.

Det er da helt essentielt og så bestemt i samfundets interesse, at man stræber efter et højt teoretisk indhold på sygeplejerskolerne. Netop fordi sygepleje i dag forudsætter et højt niveau af selvstændige og innovative sygeplejersker, der aktivt kan bidrage til udviklingen af høj kvalitet i sundhedsvæsenet, dets patienter og disses pårørende.

*Rikke Lassen er ansat på Rigshospitalet og autoriseret i januar 2006.*

# DLS

## Er du leder i sundhedssektoren?

### Eller vil du gerne være det?

### Så er DLS noget for dig

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

DLS udbydes i hele Danmark.

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

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

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

Få mere information på [www.ceus.dk](http://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](http://www.ceus.dk)

HANDELSHØJSKOLE  
CENTRET

CEUS  
Handelshøjskolecenter

## 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](mailto:redaktionen@dsr.dk)



Else Kayser



Dorte Steenberg

## DSR i forandring

**Demokratisk organisation.** Det øgede arbejdspres og den medfølgende frustration blandt sygeplejerskerne vil give øget pres på DSR, hvis vi ikke i fællesskab kan udvikle modsvar og strategier, der giver sygeplejerskerne indflydelse på og magt over deres arbejdsliv.

I foråret skulle vi på en ekstraordinær kongres beslutte en ny struktur for DSR. Men det gjorde vi ikke, for de to forslag, der var til afstemning, fik lige mange stemmer. Spørgsmålet er nu: Hvordan kommer vi videre? Vores udgangspunkt er, at vi alle må vaske tavlen ren og analysere og diskutere, hvilke forandringer i sygeplejen og i sygeplejerskers arbejdsliv der betinger, at vi ændrer strukturen. Meget summarisk kan man tale om ændringer i fagets vidensgrundlag, i organiseringen af faget og i de krav, der stilles til sygeplejerskerne. I forhold til vidensgrundlaget er der sket en akademisering af sygeplejerskeuddannelsen, samtidig med at der stilles krav om og til f.eks. kvalitetsstandarder, evidensbaseret og standardisering.

I forhold til organiseringen af faget – eller rettere sygeplejens funktionsområde – ses en øget faglig specialisering og en øget adskillelse mellem udførende og styrende funktioner, som det f.eks. ses i bestiller-udfører-modtager-modellerne. Forskere taler i dag om et styrende hold og et udførende hold blandt medarbejderne. Det styrende hold udgøres af personale, der styrer, udvikler og kvalitetssikrer, mens det udførende hold er det personale, der befinder sig direkte i første-linjen over for borgere og patienter. I sygeplejen i dag er det ofte sådan, at sygeplejersker med den længste videreuddannelse ikke indgår i den direkte borger- eller patientpleje.

I forhold til de krav, der stilles til sygeplejerskerne fra borgernes og samfundets side, vokser kravene til, at sygeplejersken skal kunne tilgodese de individuelle behov. Samtidig er kravene til effektivitet og produktivitet vokset med et ekstremt tidspres til følge. Patientforløb accelereres, og borgerne i hjemmesygeplejen er dårligere end for 10 år siden. Kravene til dokumentation vokser, og paradoksalt nok daler anerkendelsen af faget. Ovenstående er selvsagt summarisk skitseret, men en pointe er, at sygeplejersker og sygeplejen efterlades i dilemmafyldte situationer, der ikke fagligt set kan løses tilfredsstillende. Eksempel på et sådant dilemma er, hvordan kan sygeplejersken på en og samme tid arbejde individtilpasset og efter standarder?

Udviklingen som her beskrevet giver DSR en række muligheder, men udgør bestemt også en række trusler for såvel organisation som fag – f.eks. risikerer vi at miste den praksis- og erfaringsbaseret, der hidtil har ligget i sygeplejen. Det øgede arbejdspres og den medfølgende frustration blandt sygeplejerskerne vil give øget pres på DSR, hvis vi ikke i fællesskab kan udvikle modsvar og strategier, der giver sygeplejerskerne indflydelse på og magt over deres (arbejds)liv.

I forhold til DSRs nye struktur må vi derfor beslutte os for et politisk grundlag, der kan omfatte forandringerne og sikre en demokratisk organisation. Vores bud til den videre diskussion er:

- Afsættet for strukturen skal være medlemmerne.
- Fagets værdier skal også være organisationens værdier.
- Individ og kollektiv er forbundne.
- Vi skal overkomme både at være et samlet fag og rumme specialiseringer af faget.
- Organisationen skal repræsentere en sammenhængende sundhedspolitisk forståelse og analyse.
- Administration og politik skal følges ad.
- Fællesskaber skal understøtte kritisk refleksion og civilcourage (mod til at vedstå sin mening).
- Styrke mulighederne for arbejdspladsklubber, hvor arbejdspladsmiljøer debatterer, reflekterer og fastholder hinanden på, hvad god kvalitet er (læringsmiljøer).

*Else Kayser er amtskredsformand i Dansk Sygeplejeråd, Århus amtskreds, og Dorte Steenberg er amtskredsformand i Dansk Sygeplejeråd, Frederiksborg amtskreds.*

## Redaktion

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

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

# faglige artikler

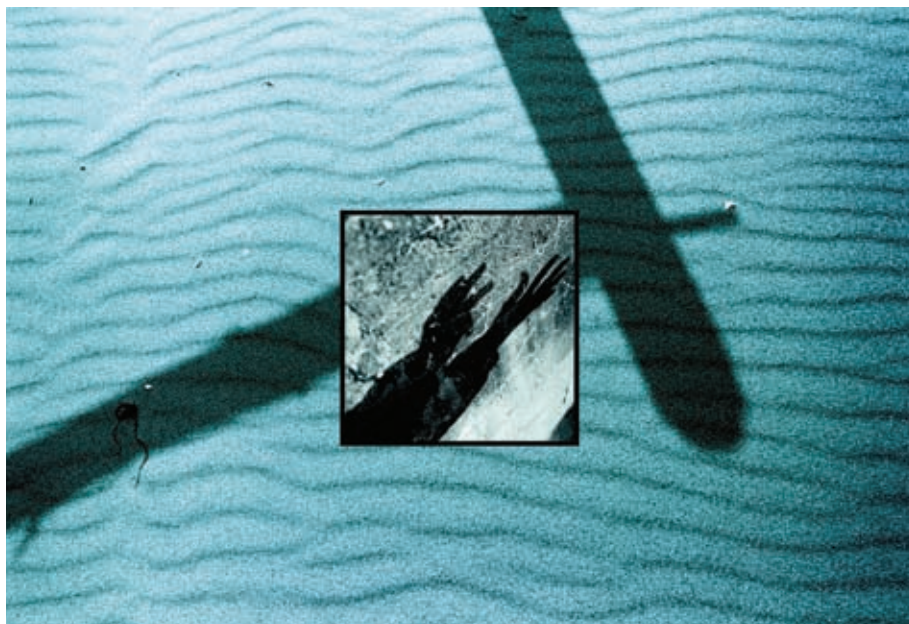
## På [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk) findes

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



**Overblik.** Gerontopsykiatrisk afdeling 2122 i Hillerød indtog en ekstern konsulent, da afdelingen skulle indføre teamstruktur. Konsulenten har skabt overblik, sat system i kaos og bistået med projektstyring.



ARKIVFOTO: MICHAEL DAUGAARD/SCANPIX

## Ekstern konsulent sikrede helikopterperspektiv

Af Anne Juelkert, afdelingssygeplejerske og Elsebeth Glipstrup, klinisk sygeplejespecialist

Gerontopsykiatrisk afdeling 2122 i Hillerød skal udvides fra 20 til 32 sengepladser ved årsskiftet 2007. Det sker på baggrund af den demografiske udvikling, samtidig med at sygehuset bliver en del af Region Hovedstaden og skal akkrediteres. Der skal ansættes nye medarbejdere, afdelingen skal flytte til nye rammer, og visitationsregler og procedurer bliver ændret. Afsnitsledelsen skal fortsat bestå af overlæge og afdelingssygeplejerske.

For at kunne løse de nye arbejdsopgaver må den nuværende afdelings struktur og måde at fungere på ændres, og der skal findes nye samarbejdsformer. Afdelingsledelsen mente, at en teamstruktur gav den mest hensigtsmæssige arbejdsdeling og koordinering. Beslutningen blev taget på baggrund af medarbejdersamtaler, hvor medarbejderne selv foreslog teamstruktur, og efterfølgende dialog herom. Formålet med teamstrukturen er, at vision, mission og centrale værdier for Psykiatrisk Sygehus

realiseres, og at afdelingens kvalitetskrav om faglige kvalitetsmål, tilrettelæggelse og samarbejde nås på en effektiv måde.

Godt nok havde vi teoretisk viden om organisationsudvikling, men vi var lidt usikre over for, hvordan ændringerne skulle gennemføres i praksis, og sygehusekets kvalitetsenhed kunne ikke overkomme at indgå i projektet, da den var optaget af andre opgaver. En projektstyringsgruppe kom frem til, at det ville være en fordel at inddrage en ekstern konsulent til at bistå med projektstyring. Ønsket om ekstern konsulentassistance blev ikke mindre, efter at projektstyringsgruppen havde præciseret afdelingens behov, projektets karakter og indhold.

### Økonomi

Som udgangspunkt havde sygehuset afsat 14.000 kr. til at afholde to temadage i afdelingen. Alligevel forfulgte projektstyringsgruppen ønsket om en ekstern konsulent.

Projektstyringsgruppen besøgte forskellige konsulentfirmaers hjemmesider og tog i foråret 2005 kontakt til et par af firmaerne for at få en uafhængig vurdering med projektforslag, metodisk tilgang, tidsplan og budget. Priserne på løsning af opgaven spændte fra 25.500-110.000 kr. ekskl. moms og transport.

Projektstyringsgruppen havde først på sommeren et indledende personligt møde med organisations- og udviklingskonsulent *Per Kloster*, der også er uddannet sygeplejerske, og som har arbejdet med ledelse i sundhedsvæsenet gennem flere år. Der skulle ikke betales noget, før der var indgået konkret aftale og skrevet kontrakt.

AMU-konceptet giver mulighed for arbejdsmarkedsuddannelse til alle uanset uddannelseslængde, men kortuddannede kan få dækket tabt arbejdsfortjeneste. Får kursisten fuld løn under kurset, får arbejdsgiveren godtgørelsen. Det betød, at

afdelingen ville kunne få godtgjort ca. 15.000 kr. ved at afholde to temadage. De 15.000 kr. samt de 14.000 kr., der i forvejen var afsat til afdelingen, var nok til, at vi kunne tegne kontrakt med den eksterne konsulent. Det er også værd at bemærke, at sygehuset handler moms frit, fordi det er en del af den offentlige sektor. Alle medarbejdere havde accepteret, at samarbejdet med ekstern konsulent betød, at al forplejning var for egen regning.

Vi søgte sponsorstøtte hos de medicinalvirksomheder, afdelingen samarbejder med, men uden resultat. Vi har også søgt sponsorstøtte hos de faglige organisationer for at kunne fortsætte samarbejdet med den eksterne konsulent i 2006, men har også her fået afslag. De faglige organisationer har været inddraget fra projektets start for at sikre overholdelse af ansvars- og kompetenceområder for den enkelte faggruppe.

### Projektforløb

Projektstyrergruppen afholdt i sensommeren 2005 to workshops med deltagelse af den eksterne konsulent med det formål at afdække og beskrive grundlæggende organisatoriske og ledelsesmæssige strukturer efter udvidelsen af afdeling 2122. De beskrevne opgaver samledes i en projektplan, som skulle være styreredskab i det videre forløb.

I samarbejde med ekstern konsulent blev der afholdt to temadage i slutningen af september 2005 med det formål at skabe fælles forståelse af den nye organisering og samarbejdsformer i afdeling 2122 og for at sikre, at alle medarbejdere fik mulighed for at bidrage med konkret viden til den nye organisering.

Projektet består af tre trin og forventes afsluttet og evalueret med udgangen af 2006. Første trin var, at afdelingen overgik til teamstruktur til maj 2006. Andet trin er

evaluering af projektet på to temadage i september, den ene dag i samarbejde med den eksterne konsulent. Tredje trin er flytning til nye fysiske rammer sidst på året.

Nu er det over et år siden, at udviklingsprojektet for afdeling 2122 begyndte, og processen kører i øjeblikket i fjerde gear, hvor der arbejdes i arbejdsgrupper, sker drøftelser på personalemøder og teammøder samt samles op i projektstyrergruppen.

Den eksterne konsulent har skabt overblik, sat system i kaos og bistået med projektstyring. Det er projektstyrergruppens overbevisning, at samarbejdet med ekstern konsulent resulterede i, at vi fik set processen i helikopterperspektiv, hvilket gav større overblik og øgede kvaliteten.

*Forfatterne er ansat på  
Gerontopsykiatrisk afdeling 2122,  
Psykiatrisk Sygehus, Frederiksborg Amt.  
anjue@fa.dk*

## Rene rutiner

Instruktionsvideoen Rene rutiner viser på et enkelt, men højt fagligt niveau, hvilke krav der stilles til principperne for sårbehandling.

I videoen vises sårbehandling fra A til Z hjemme hos patienten. Rene rutiner sætter fokus på:

- Håndhygiejnens store betydning
- Rengøring og varmedesinfektion af instrumenter
- Vigtigheden af samme omhu ved sårbehandling som ved sterile principper.

Videoen er produceret i forbindelse med forfatterens, Benedikte Selmer Pio, deltagelse i efteruddannelse inden for sårheling: Længerevarende efteruddannelse for sygeplejersker, der beskæftiger sig med mennesker med sår. Efteruddannelsen er etableret af Dansk Sygeplejeråd og Videncenter for Sårheling.

Findes også på CD til samme pris.

- en instruktionsvideo



### Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30  
Postboks 1084  
1008 København K

**KUPON**  
UDFYLDES MED  
BLOKBOGSTAVER

Navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr.: \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_

DSR medlemsnr. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ stk. instruktionsvideo "Rene Rutiner"  
DSR 2001. Salgspris kr. 100,00. Medlemspris kr. 75,00.  
Priserne er incl. moms.



# Spejlmøde – en metode til

►► Artiklen henvender sig til sygeplejersker med interesse for patientinformation, dialog og vejledning. Hovedbudskabet er, at metoden spejlmøde kan give sygeplejersker god information om, hvordan kommunikationen mellem patienter og sygeplejersker fungerer og om eventuelle indsatsområder.

På Bispebjerg Hospital har vi indført en ny type møder, spejlmøder, med patienterne med amyotrofisk lateral sklerose (ALS) (se boks 1 og 2). Formålet med spejlmøderne er, at personalet får indsigt i patienternes og/eller de pårørendes behov for viden, og at patienter og pårørende får den information om sygdommen, de har brug for. Desuden ville vi gerne vide, hvordan de selv oplever konsultationerne i ambulatorium og dag-hospital for at kunne forbedre kvaliteten af pleje og behandling.

Et spejlmøde er en metode, som kan fremme en mere patientcentreret holdning. Patienterne har hovedrollen, og personalet har rollen som tilhørere (1). Resultaterne fra spejlmøder (engelsk: mirror-meetings) kan bruges til at udvikle fleksible konsultationer.

Det vil sige, at mødet mellem patienten og personalet er afstemt efter patienternes individuelle behov og ressourcer (2) og ikke alene ud fra, hvad personalet finder relevant for konsultationen.

## Bedre rammer for patienterne

I 1998 blev behandlingen af amyotrofisk lateral sklerose placeret på Bispebjerg Hospitals neurologiske afdeling i forbindelse med etableringen af H:S.

Den ambulante kontrol var problematisk, fordi der ofte var lange ventetider, dårlige ventefaciliteter og ringe mulighed for at udføre sygepleje.

Det var et særlig stort problem for denne patientgruppe, som hurtigt udtrættes og har svært ved at sidde i længere tid. Der var ikke knyttet sygeplejersker til ambulatoriet, så patienterne

kunne ikke få hjælp til grundlæggende behov som toiletbesøg og ernæring.

I 2000 blev der oprettet et daghospital for patienter med ALS i forbindelse med et sengeafsnit for at skabe bedre rammer for patienterne, og for at patienter, pårørende og afdelingen kunne få en tættere kontakt. Et tværfagligt team skulle varetage patienternes mangfoldige behov og skabe bedre kontinuitet i pleje og behandling.

Det tværfaglige team består af tre læger, to sygeplejersker, en fysioterapeut, en diætist, en logopæd, en ergoterapeut, en socialrådgiver og to neuropsykologer. Hele dette samarbejde omkring patienter med ALS har bevirket, at patienterne kan blive længere tid i eget hjem, og at eventuelle indlæggelser er mere tålelige for patienterne.

Der er også mulighed for, at patient, pårørende eller personale fra den primære sektor kan kontakte et medlem fra teamet i daghospitalet, hvis der opstår problemer i hjemmet. Problemer, der tidligere medførte indlæggelse, kan nu ofte afhjælpes ved en telefonkonsultation. Patienterne kan ringe til sengeafdelingen døgnet rundt.

## Placeret ryg mod ryg

Spejlmødet organiseres for 6-8 patienter med ALS eller deres pårørende og et tværfagligt ALS-team. Patienterne eller deres pårørende sidder i en halvcirkel med ryggen til behandler-teamet og taler sammen. Teamet sidder tilbage trukket i lokalet med ryggen til gruppen og må ikke bryde ind.

Teamet må kun lytte og hverken tale sammen indbyrdes eller stille uddybende spørgsmål til deltagerne. Mødet styres af en neutral fagperson, som ikke er involveret i teamet, men som har erfaringer med gruppesamtaler og er neutral i forhold til patientpleje og behandling.

Ved hvert spejlmøde tages et emne op, som teamet eller deltagerne finder relevant. Man holder sig til det valgte emne både af hensyn til tiden og for at kunne komme i dybden omkring emnet. Emnerne kan f.eks. være kommunikation, sondeproblematik eller respirationshjælpemidler.

### ►► BOKS 1. SPEJLMØDE

Et spejlmøde er en metode, hvor plejepersonalet får mulighed for at lytte til patienterne. Patienterne holder et "spejl" op for plejepersonalet, så det får feedback på deres fremgangsmåde under konsultationerne.

Patienterne får mulighed for at tale om deres erfaring og meninger om konsultationerne – uden indblanding fra plejepersonalet. Mødet styres af en uafhængig koordinator, og der inviteres 8-12 patienter. Koordinatoren har på forhånd fået spørgsmål af plejepersonalet som inspiration til samtalen med patienterne (1,2).

### ►► BOKS 2. ALS

Amyotrofisk lateral sklerose (ALS) er en sygdom, der angriber de nerveceller og nervebaner i hjernen, hjernestammen og rygmærven, som styrer musklernes bevægelser. Det er en langsom fremadskridende sygdom, der ofte starter i en ekstremitet som nedsat kraft eller i hovedregionen som tale-, tygge- eller synkebesvær. ALS er en degenerativ sygdom, som viser sig ved træthed i musklerne, nedsat kraft eller lammelser i arme, ben eller nederste del af ansigtet, i tunge og svælg. Senere i sygdommen bliver vejrtrækningsmusklerne også påvirket af sygdommen. Det giver problemer med hostekraften og senere med vejrtrækningen (3).

# kvalitetsløft



På første spejlmøde i januar 2005 var emnet kommunikationen.

Vi havde afsat to timer til mødet inklusive en pause. Den første halve time foregik uden ALS-teamets tilstedeværelse, så gruppen på otte patienter og ordstyreren kunne møde hinanden inden selve mødet. Hospitalspræsten, som har erfaring med gruppesamtaler, fungerede som neutral ordstyrer.

I invitationen til spejlmødet havde vi vedlagt nogle spørgsmål om kommunikation, så patienterne kunne forberede sig, og vi opfordrede dem til at nedskrive deres erfaringer fra konsultationerne (se boks 3 side 40).

Nogle af deltagerne havde givet udtryk for, at de var usikre ved at skulle deltage i mødet. For ikke at hæmme samtalen valgte vi derfor ikke at optage mødet på bånd. Da ordstyreren havde indledt mødet, og deltagerne havde præsenteret sig, kom samtalen i gang.

Ordstyreren stillede uddybende spørgsmål, når det var nødvendigt. Hun sørgede også for, at alle patienter kom til orde, og at de holdt sig til emnet: Kommunikation i daghospitalet.

## Udbyttet af første spejlmøde

Flere emner blev drøftet på det første spejlmøde, og teamet fik både kritik og ros.

Tid betyder meget for både patienter og plejepersonale. En patient sagde:

- ”Der er god tid under konsultationerne, og jeg føler, at der bliver lyttet til mig.” Det var også muligt at komme til at tale med mindst en fra teamet alle hverdage i dagtimerne. En anden mente, at der var god tid til familien under konsultationerne, og en tredje deltager syntes, der altid havde været plads til at stille spørgsmål og komme ind på områder, som var relevante for ham.

► Information var et emne, der fyldte meget under spejlmødet. En patient syntes, at der gik alt for lang tid, inden han fik sin diagnose, og sagde også:

- ”Jeg ville gerne allerede fra starten af, da jeg begyndte at komme i daghospitalet, have haft information om, at der ude i primærsektoren fandtes RehabiliteringsCenter for Muskelsvind.” Et udsagn, en anden patient tilsluttede sig (se boks 4).
- En patient tilføjede: ”Der mangler information fra teamet, og jeg føler, at jeg selv skal spørge til alt for at få information nok ... Jeg har en opfattelse af, at lægen har en forudfattet mening om, hvad konsultationen skal omhandle.”
- En kvinde mente derimod, at hun ikke kunne have fået sin diagnose bedre, da det måtte være en håbløs opgave at give denne diagnose. Hun sagde desuden: ”Informationen om sygdommen har været alt for omfattende, og jeg har derfor haft behov for at afgrænse mig.”
- En mand sagde: ”Jeg fik min diagnose på et andet hospital, og det sagde mig intet ... Jeg blev efterhånden mere og mere deprimeret over de informationer, som jeg havde fået om min diagnose, så da jeg kom til ALS-teamet, blev jeg tilfreds ... Her fik jeg den information, jeg havde søgt længe, og jeg fik mine rettigheder at vide på skrift ... Jeg føler, at jeg får svar på de spørgsmål, jeg stiller, hver gang jeg kommer til konsultationerne.
- En patient lagde vægt på, at man respekterede informationsbehovet og overvejede, hvornår de forskellige informationer skulle gives.

Samarbejdet i teamet og tryghed for patienterne blev også diskuteret under spejlmødet. To patienter syntes, at samarbejdet internt i teamet var perfekt, og at der var ligevægt imellem faggrupperne. Den ene patient påpegede den gode stemning, som var med til at give en god kontakt.

### ”Ved at lytte til patienten kan vi bedre planlægge den information, vi ønsker at give patienten under konsultationen.”

En mødedeltager mente, at alle fagpersonerne i teamet kom til orde, og at ingen fyldte mere end andre.

To af de patienter, vi havde inviteret, havde været meget usikre på at komme til spejlmødet, men bagefter var de meget glade for at have deltaget.

At få mulighed for at tale med andre patienter i samme situation og at kunne tale om sine oplevelser i daghospitalet var en positiv oplevelse for alle deltagere. Alle deltagere spurgte, hvornår vi igen ville afholde et spejlmøde, og flere spurgte, om vi ikke snart kunne afholde et lignende møde for deres pårørende.

### Emner til diskussion

Efter mødet diskuterede teamet patienternes forskellige informationsbehov. Vi var enige om, at vi må blive bedre til at lade patienterne fylde mere under konsultationerne.

Vi diskuterede, hvor meget patienterne skal have lov til at fylde/styre konsultationerne, samtidig med at vi kommer omkring områder, vi finder relevante for patienten. Vores viden

### ►► BOKS 3. SPØRGSMÅL TIL PATIENTERNE

Spørgsmål sendt til patienterne inden spejlmødet:

- Hvordan oplever du samarbejdet/kommunikationen imellem teamet?
- Føler du, at du bliver hørt under konsultationen, og at der er tid nok til dig?
- Synes du, at der er rum for de emner, som du gerne vil tale om?
- Får du talt med alle dem, som du ønsker at tale med i teamet?
- Føler du dig ligeværdigt behandlet?
- Hvordan var din første konsultation og mødet med teamet i daghospitalet?
- Hvordan var informationen omkring din diagnose (var du i stand til at modtage og forstå den)?
- Hvornår fik du din diagnose (for hurtigt eller for sent i forløbet)?
- Var du forberedt på at få din diagnose, eller kom den helt uventet?

### ►► BOKS 4. RÅDGIVNING OM MUSKELSVIND

”RehabiliteringsCenter for Muskelsvind” er en selvejende, offentligt finansieret rehabiliterings- og udviklingsinstitution, som tilbyder rådgivning, oplysning og undervisning til patienter med muskelsvind – herunder patienter med ALS – pårørende og fagfolk.

og erfaring siger, at vi er nødt til at komme ind på områder, som kan virke meget overvældende på patienten.

For eksempel kan vi finde det nødvendigt at komme ind på behovet for boligændringer, før en patient egentlig er klar til det. Denne vurdering er bl.a. baseret på viden om sygdommens udvikling og erfaringer med leveringstid på hjælpemidler.

Et andet eksempel kan være behovet for at anlægge en perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG-sonde). Anlæggelse af sonden hænger sammen med patienternes lungekapacitet. Er lungekapaciteten halveret, kan det blive nødvendigt at anlægge sonden, før patienten har et reelt problem med nedsat kraft eller lammelser i ansigt og svælg (se boks 2 side 39).

Det kan derfor være forkert at lade patienten styre hele konsultationen.

Blandt patienterne var der uenighed om, hvornår diagnosen skal gives. Det har ofte været drøftet i teamet, men efter spejlmødet kunne vi konstatere, at det er et individuelt spørgsmål. Fremover vil vi spørge patienterne, hvad de ønsker at vide mere om.

Vi har talt om vigtigheden af, at patienterne føler sig trygge under konsultationerne, og at vi supplerer hinanden under konsultationerne og lader alle faggrupper komme til orde, hvis det er relevant.

Desuden tror vi, at det spiller en stor rolle, at vi også uden for konsultationerne har en god kontakt og respekt for hinanden som fagpersoner.



Det har vist sig, at det kan være problematisk, at man på andre hospitaler somme tider giver information om ALS til patienterne, inden de kommer til os. Vi diskuterede, om vi skulle kontakte de respektive hospitaler og bede lægerne om at overlade selve informationen om diagnosen til os. Der var stor uenighed i teamet, om det er muligt at ændre andre afdelingers procedurer, og om vi kan eller skal blande os.

### Gode erfaringer

Efter dette første spejlmøde fik vi en klar fornemmelse af, hvordan kommunikationen i daghospitalet kan blive bedre for at imødekomme patienternes behov og synsvinkler.

Vi blev enige om at lade patienten starte med at fortælle, hvad der er sket siden sidste konsultation, og hvad han ønsker at tale om.

Ved at lytte til patienten kan vi bedre planlægge den information, vi ønsker at give patienten under konsultationen. På den måde håber vi at blive bedre til at komme patienten i møde og opfylde hans behov og ønsker, bl.a. behovet for at få diagnosen på den bedste måde på det bedst tænkelige tidspunkt.

Vi kan ikke lave om på andre hospitalers procedurer. I stedet besluttede vi at udfærdige en pjece, hvori vi præsenterer medlemmerne i ALS-teamet med en kort beskrivelse af den enkeltes fagområde, og hvor og hvornår vi kan træffes.

Desuden vil vi nævne samarbejdspartnere i primær og sekundær sektor. Pjecen udleveres ved første møde, så patienterne introduceres til teamet og fra starten kan se, hvilken rolle de enkelte fagpersoner har, og hvad de kan bruge dem til. Derved håber vi, at patienterne opnår en højere grad af trykthed, og at vi kan komme dem bedre i møde. Under en af de første konsultationer udleverer vi også en pjece om RehabiliteringsCenter for Muskelsvind.

Alle i teamet syntes, at spejlmødet var en god erfaring, hvor vi fik utrolig megen feedback på en meget konstruktiv måde. Det, at patienterne sagde nøjagtig, hvad de mente, uden nogen form for filter, var brugbart og lærerigt. Det er intentionen fremover at afholde spejlmøder for både patienter og pårørende efter behov.

*Anja Søjberg Wiborg og Jindra Dedenroth Svendsen er ansat på Bispebjerg Hospital, Neurologisk afdeling. [anja@e-privat.dk](mailto:anja@e-privat.dk) og [jd10@bbh.hosp.dk](mailto:jd10@bbh.hosp.dk)*

### Litteratur

1. Mul M, Witman Y. Mirror-meetings: Patients in the title role, health-care workers in the audience. A method to improve patient centered attitudes. [www.isqua.org/isquaPages/Conferences/amsterdam/AmsterdamWebFiles/webfiles/CONF21-10-04/BriefPapers/OrlAbstractsam/B10/B10-275-Mu-doc.pdf](http://www.isqua.org/isquaPages/Conferences/amsterdam/AmsterdamWebFiles/webfiles/CONF21-10-04/BriefPapers/OrlAbstractsam/B10/B10-275-Mu-doc.pdf). 26.05.2006
2. Institute of Quality Assurance. Getting PPI Working. [www.iqa.org/downloads/ppiflyer.pdf](http://www.iqa.org/downloads/ppiflyer.pdf). 26.05.2006.
3. Gredal O, Karlsborg M, Werdelin L. Amyotrofisk lateral sklerose: en bog for patienter, pårørende og behandlere. København: Akademisk Forlag 2002.

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Wiborg AS, Svendsen JD. Mirror meetings – a procedure for boosting quality *Sygeplejersken* 2006; (19):38-41.

A mirror meeting is a method for the evaluation of the way patients and their families perceive care and treatment. Patients and/or their families discuss a selection of topics, for example information, communication or various aids. The meeting is steered by a neutral health care professional. Care staff and therapists sit towards the back of the room with their backs to the group and are not permitted to interrupt or speak to each other. The object of a mirror meeting is to promote more patient-centred attitudes. On a neurological ward, mirror meetings are held with amyotrophic lateral sclerosis patients to get an insight into how they experience consultations in out-patients and day hospital. Long waiting times, inadequate waiting facilities and poor care options were a significant problem for this category of patient. They tire quickly and have difficulty sitting down for any length of time. The first mirror meeting provided e.g. insight into various information requirements and wishes regarding when and how they informed of their diagnosis. Patients have expressed great satisfaction with this type of meeting, and staff say they received constructive feedback without any form of filter.

Keywords: Mirror meeting, amyotrophic lateral sclerosis, quality assurance.

## Bliv klogere på ledelse!



Hold din viden om sygeplejefaglig ledelse ajour med LederInfo – Dansk Sygeplejeråds elektroniske nyhedsbrev specielt for ledere.

Læs interviews og artikler om ledelse. Se hvad eksperterne siger om de nyeste tendenser og undersøgelser. Tag stilling til politikernes holdninger om sygeplejefaglig ledelse og læs anmeldelser af ledelseslitteratur.

Tilmeld dig gratis på LederNet på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) og få LederInfo direkte i din mailboks hver anden måned. Du kan også printe LederInfo og læse det, når det passer dig.

# Barthel indeks til vurdering af funktionsevne

## Forslag til dansk konsensus

►► Artiklen er udsprunget af Danske Fysioterapeuters projekt, Måleredskaber, og henvender sig til sygeplejersker, der arbejder med vurdering af personers funktionsevne ved hjælp af Barthel indeks. Hensigten med artiklen er at afgrænse indhold og nomenklatur for Barthel indeks, så anvendelsen i kvalitetsudvikling, tværsektorielle patientforløb og ved indberetning til Landspatientregistret bliver entydig.

Den tiltagende fokusering på kvalitetsstandarder i det danske sundhedsvæsen har medført øget brug af monitorering af funktionsevne som indikator for kvalitet. I flere af sygdomsområderne i Det Nationale Indikatorprojekt indgår indikatorer for funktionsevne, ligesom funktionsevne anvendes i nogle landsdækkende kliniske databaser. Dette nødvendiggør brug af standardiseret vurdering af funktionsevne. Måling af funktionsevne på basis af Barthel indeks indgår i Sundhedsvæsenets Klassifikationssystem (SKS)-registreringen og i diagnoserelaterede grupper (DRG), hvormed man kan opfange patienter med multimorbiditet, tab af

**“Ved en vurdering på f.eks. 19 point opnået med Barthel-100 findes en meget plejkrævende patient, mens den samme værdi opnået med Barthel-20 angiver en patient, der næsten er uafhængig af hjælp. Barthel indeks-værdi uden angivelse af version har således ingen mening”**

funktionsevne og behov for intervention i forhold til funktionsevne. Standardisering af indeksanvendelse på en afdeling eller institution forudsætter ensartet brug af scoringskriterier, mens brug på tværs af institutioner yderligere forudsætter, at der er enighed om, hvad der forstås ved et givet indeks. Ved internationale sammenligninger er det desuden nødvendigt at sikre, at begrebsafklaring sker med en standardiseret oversættelse (1).

Barthel indeks har i mange år været anvendt klinisk i Danmark af flere faggrupper og inden for flere specialer, men der anvendes flere versioner af Barthel indeks, ligesom der er fundet forskellige oversættelser. Vurdering med Barthel indeks i Danmark er således ikke entydig, og det er forfatterernes opfattelse, at denne diversitet ikke er alment kendt. Hensigten med denne artikel er at afgrænse indhold og nomenklatur for Barthel indeks i Danmark, så anvendelsen i kvalitetsudvikling, tværsektorielle patientforløb og ved indberetning til Landspatientregistret bliver entydig.

### Vurdering af funktionsevne

Begrebet funktionsevne anvendes som en karakteristik af personers evne til at klare daglige aktiviteter. Funktionsevnetab er

således vanskeligheder ved at udføre relevante aktiviteter inden for alle livets områder betinget af køn, alder og social situation (2). De daglige aktiviteter (activities of daily living, ADL) omfatter basale gøremål som f.eks. personlig hygiejne, forflytninger og evnen til at spise, men også andre aktiviteter i hjemmet, på arbejde og i fritiden. Ved vurdering af funktionsevne benyttes en række forskellige termer for de redskaber, der anvendes til vurderingen, f.eks. instrument, måleredskab, evalueringsmetode og undersøgelse. I det følgende anvendes alene ordet redskab som en generel betegnelse.

Redskaber til vurdering af funktionsevne anvendes til at opstille mål for rehabilitering, løbende monitorering og efterfølgende evaluering af interventionen. Vurdering af funktionsevne



Barthel indeks afspejler, hvor meget hjælp man behøver for at udføre en funktion. Selvhjælpen med hjælpemidler ved trappegang (som patienten med rød bluse) giver maksimum point (Barthel-20=2, Barthel-100=10) ...

# om anvendelse

er yderst kompleks, da en persons samlede funktionsevne omfatter såvel basale som mere komplekse hverdagsaktiviteter og kan være forbundet med både udtrætning, øget tidsforbrug, øget risiko og behov for hjælp. De redskaber, som oftest anvendes, vil derfor kun kunne beskrive dele af en persons samlede funktionsevne. Evnen til at udføre aktiviteter selvstændigt er angivet som den væsentligste parameter i vurderingen (2).

Et redskab skal opfylde validitets- og skalakrav som f.eks. reliabilitet, reproducerbarhed og standardisering af retningslinjer for brug og kodning af niveauer (1). Derudover er oversættelse efter internationale standarder væsentlig (1). Redskabet skal være klinisk relevant, robust i daglig praksis, og endelig skal faktorer som tidsforbrug, økonomi og etiske hensyn vurderes. An-

vendelse af data om funktionsevne kan være relevant både på individ- og gruppeniveau. I forhold til den enkelte patient skal redskabet anvendes til at give overblik over funktionen og give mulighed for struktureret valg af fagpersoners indsats og opstilling af mål. På gruppeniveau ønskes et redskab, der giver grundlag for vurdering af *baseline*, effekt af en given intervention eller sammenligning af alternative interventioner. Det er vanskeligt at vælge det optimale redskab for en standardiseret vurdering af funktionsevne, idet der er forskellige, delvist modstridende hensyn. I nogle sammenhænge vil et sygdomsspecifikt redskab være at foretrække for at indfange lidelsens særlige påvirkning af funktionsevnen, sådanne redskaber findes for en lang række sygdomme (1). Når ikke-selektede patientpopulationer skal ►



... mens støtte af en person (som patienten i hvid bluse) i denne situation kodes som nedsat funktion (Barthel-20=1, Barthel-100=5). Der er således stor forskel på det antal point, patienten får ved de to versioner. Derfor skal det altid fremgå, hvilken version af Barthel indeks der er anvendt ved en given scoring.

**“Ved en vurdering på f.eks. 19 point opnået med Barthel-100 findes en meget plejkrævende patient, mens den samme værdi opnået med Barthel-20 angiver en patient, der næsten er uafhængig af hjælp.”**

### ►► ANBEFALINGER

- Beskrivelse af funktionsevne indgår i Sundhedsvæsenets Klassifikationssystem (SKS)-registreringen og i flere nationale kvalitetstiltag og bør derfor standardiseres.
- Med Barthel indeks måles graden af uafhængighed ved udførelse af basale daglige aktiviteter, og det kan anvendes til systematisk vurdering af funktionsevne hos ældre med nedsat funktionsevne.
- Der findes adskillige versioner af Barthel indeks, ligesom der i Danmark er set forskellige oversættelser af disse versioner.
- Der bør skabes enighed om, hvilke versioner der anvendes, ligesom nomenklaturen bør ensrettes.
- I artiklen redegøres for indhold og versioner, og det anbefales, at der i Danmark alene anvendes de to versioner, der er publiceret af hhv. *Shah et al.* og *Collin et al.* Brugen af betegnelsen modificeret Barthel indeks er ikke entydig og bør ikke anvendes.
- Det anbefales, at betegnelserne Barthel-100 (versionen publiceret af Shah) og Barthel-20 (versionen publiceret af Collin) benyttes, idet tallet henviser til maksimumpoint i versionen.
- Det anbefales, at der ved brug af Barthel indeks altid angives, hvilken version (hhv. Barthel-20 eller Barthel-100) der anvendes.
- Barthel indeks udtrykker patientens selvstændighed eller grad af afhængighed af enhver hjælp, fysisk eller verbalt, uanset hvor lille denne hjælp end måtte være, eller årsagen hertil.
- Hvis der er behov for overvågning, er patienten afhængig og kan ikke få højeste score.
- Der registreres på følgende 10 færdigheder: spisning, forflytning fra seng til stol, personlig hygiejne, toiletbesøg, badning, mobilitet, trappegang, påklædning, tarmkontrol og blærekontrol.
- Med Barthel indeks ønsker man at registrere, hvad patienten faktisk gør. Patientens evne til at udføre en opgave skal registreres med brug af bedst tilgængelige oplysninger. Egne eller andres observationer er vigtigste informationskilder, der kan suppleres med patientens eller pårørendes oplysninger. Sædvanligvis er det patientens behov for hjælp inden for de seneste 24 timer, der anvendes til Barthel indeks, men det kan være nødvendigt at anvende en længere tidsperiode. Brug af hjælpemidler er tilladt og påvirker generelt ikke graden af uafhængighed.
- En vurdering med Barthel indeks bør følges op med en dokumentation af, på hvilke områder der er registreret nedsat funktion.

► beskrives, er sygdomsspecifikke redskaber ikke hensigtsmæssige, og der må i stedet anvendes generelle (generiske) vurderinger.

### Hvad er Barthel indeks?

Den amerikanske fysioterapeut *Dorothea Barthel* har givet navn til Barthel indeks, der blev beskrevet første gang i 1958 (3). I 1965 blev formuleringen af de enkelte dele og pointskala publiceret af *Mahoney & Barthel* (4). Barthel indeks er oprindeligt udviklet til monitorering af kronisk syge patienters grad af uafhængighed ved udførelse af ti basale daglige gøremål (items):

- spisning
- forflytning fra seng til stol
- personlig hygiejne
- toiletbesøg
- badning
- mobilitet
- trappegang
- påklædning
- tarmkontrol
- blærekontrol.

Patienten kan opnå en score på 0-100 point, hvor 100 angiver, at en person er uafhængig af andre ved basal ADL. Barthel indeks er et ofte anvendt redskab til vurdering af funktionsevne hos ældre og kronisk syge både i praksis og i forskningsprojekter såvel i Danmark som internationalt (5).

En simpel søgning på *Barthel Index* i databasen PubMed i juni 2005 gav 1.382 hits, heraf var 167 artikler publiceret i 2004. Der findes mindst 10 forskellige versioner af Barthel indeks. Uanset version scores der ud fra al tilgængelig information inden for de 10 fastlagte items, og for hvert item vurderes personens grad af uafhængighed. Indholdet i Barthel indeks er således 10 bestemte aspekter af funktionsevne. Den største forskel mellem versionerne er muligheden for at vurdere hvert item mere eller mindre detaljeret, og om der anvendes et vægtet eller et mere enkelt pointsystem.

I 1988 fandt *Collin et al.*, at det oprindelige scoresystem var misvisende. De udviklede derfor et mere simpelt og gennemskueligt scoresystem, hvor der gives 0-20 point, en pointscore på 20 angiver, at en person er uafhængig af andre ved basal ADL (6). *Shah et al.* publicerede i 1989 en udbygget nuancering af Barthel indeks i den hensigt at gøre scoringen mere følsom over for ændringer inden for de enkelte items. Scoringen er samlet set uændret fra den oprindeligt publicerede udgave (0-100 point) (7).

### Uenighed om versionsnavne

Der er i litteraturen ikke enighed om, hvad man kalder de forskellige versioner af Barthel indeks. Betegnelsen modificeret Barthel indeks bruges om både versionen, der er publiceret af *Shah et al.*,

### ► SCORING MED BARTHEL-20 OG BARTHEL-100 (6,7).

| Item/Aktivitet                | Barthel-20 Svarkategorier                 |  |   | Barthel-100 Svarkategorier                |                        |                        |                      |   |
|-------------------------------|---|--|---|---|------------------------|------------------------|----------------------|---|
|                               | Selvhelpen i alle aspekter af aktiviteten | Hjælp påkrævet til elementer i aktiviteten | Afhængig af hjælp til alt i aktiviteten | Selvhelpen i alle aspekter af aktiviteten | Minimal hjælp påkrævet | Moderat hjælp påkrævet | Megen hjælp påkrævet | Afhængig af hjælp til alt i aktiviteten |
| Spisning                      | 2   | 1  | 0                                       | 10  | 8                      | 5                      | 2                    | 0                                       |
| Forflytning fra seng til stol | 3   | 2* 1**                                     | 0                                       | 15  | 12                     | 8                      | 3                    | 0                                       |
| Personlig hygiejne            | 1   | 0  |   | 5   | 4                      | 3                      | 1                    | 0                                       |
| Toiletbesøg                   | 2   | 1  | 0                                       | 10  | 8                      | 5                      | 2                    | 0                                       |
| Badning                       | 1   | 0  |   | 5   | 4                      | 3                      | 1                    | 0                                       |
| Mobilitet                     | 3   | 2 1***                                     | 0                                       | 15 †                                      | 12 †                   | 8 †                    | 3 †                  | 0 †                                     |
| Kørestol                      |   |  |   | 5 ††                                      | 4 ††                   | 3 ††                   | 1 ††                 | 0 ††                                    |
| Trappegang                    | 2   | 1  | 0                                       | 10  | 8                      | 5                      | 2                    | 0                                       |
| Påklædning                    | 2   | 1  | 0                                       | 10  | 8                      | 5                      | 2                    | 0                                       |
| Tarmkontrol                   | 2   | 1  | 0                                       | 10  | 8                      | 5                      | 2                    | 0                                       |
| Blærekontrol                  | 2   | 1  | 0                                       | 10  | 8                      | 5                      | 2                    | 0                                       |
|                               | Barthel-20:<br>der kan gives 0-20 point   |  |   | Barthel-100:<br>der kan gives 0-100 point |                        |                        |                      |   |

\*Der er brug for let hjælp eller støtte.

\*\*Der er brug for en del hjælp eller støtte.

\*\*\*Kørestolsbruger, men kan komme omkring i denne.

†Scores ikke, hvis patienten bruger kørestol.

††Scores kun, hvis patienten bruger kørestol.

og om versionen, der er publiceret af *Collin et al.* Betegnelsen modificeret Barthel indeks er således ikke entydig og bør udgå. I Danmark er der traditionelt anvendt tre versioner af Barthel indeks (4,6,7). en nordisk udredning af geriatri (8) anbefalede man i 1996 den version, der er publiceret af Collin et al. (6), og i en klaringsrapport om funktionstab hos ældre fra 2003 (9) blev versionen, der er publiceret af Shah et al. (7), anbefalet. På basis heraf og på basis af en vurdering af litteraturen finder vi, at to versioner (6,7) er velundersøgte, dækker de anvendte scoringsprincipper og kan anbefales. Det er hensigtsmæssigt at anvende en nomenklatur, som afspejler den pågældende versions maksimumpoint – ikke mindst mnemoteknisk – dvs. Barthel-20 (6) og Barthel-100 (7), hvorfor disse betegnelser anbefales.

#### Brug af Barthel indeks

Det er væsentligt at afgøre, hvilken af de to anbefalede Barthel indeks-versioner man vil anvende, da der er afgørende forskelle

på dem. I Barthel-20 er der mellem to og fire svarkategorier, mens der i Barthel-100 er fem svarkategorier til hvert item. Med Barthel-20 kan der opnås en hurtig oversigt over funktion på de 10 items, mens Barthel-100 giver mulighed for en finere graduering. Til brug i praksis bør der være adgang til uddybende materiale om vurdering af de enkelte items, således at ensartet brug sikres, ligesom en lokal opfølgningprocedure til afklaring af tvivl og sikring af ensartethed bør etableres. Da vurderingen kan foretages ud fra alle tilgængelige oplysninger fra både patient/borger, familie, samarbejdspartnere m.fl., kan rækkefølgen af items, udformning af skemaer mv. tilpasses lokale hensyn.

I tabellen ovenfor er svarkategorier for de to anbefalede versioner vist. Det skal bemærkes, at svarkategorierne for overskuelighedens skyld er forenklet, til hvert item findes der udførlige svarkategorier (6,7). Ved publiceringen af pointskala til Barthel indeks blev der angivet nogle overordnede retningslinjer for vurderingen (4), disse retningslinjer er senere blevet revideret (6). ►

- Retningslinjerne bør anvendes ved vurdering med Barthel indeks, uanset hvilken version der anvendes. Det er afgørende at vide, om en given vurdering med Barthel indeks er indhentet med den ene eller den anden version. Ved en vurdering på f.eks. 19 point opnået med Barthel-100 findes en meget plejkrævende patient, mens den samme værdi opnået med Barthel-20 angiver en patient, der næsten er uafhængig af hjælp. Barthel indeks-værdi uden angivelse af version har således ingen mening. I den landsdækkende kliniske database for geriatri anvendes Barthel-100. I Fyns Amt anvendes Barthel-20 i den akutte monitorering i apopleksibehandling og i patientforløb for hoftenære frakturer, ligesom Barthel-20 indgår i samarbejdet med kommunerne om udførelse af genoptræning på amtets regning.

### Yderligere standardisering

Der er ved gennemgang af litteraturen ikke fundet publicerede danske oversættelser af Barthel indeks, der følger internationale standarder. Denne artikels forfattere arbejder i øjeblikket på en nyoversættelse af Barthel-20 og Barthel-100. Det må antages, at man i forskellige monitoreringsprojekter og på forskellige afdelinger vil vælge mellem Barthel-20 og Barthel-100. Det vil derfor være hensigtsmæssigt, hvis der fastlægges en omregningsfaktor mellem Barthel-20 og Barthel-100, ligesom en grundigere sammenligning af de to versioner anbefales.

*Thomas Maribo er faglig konsulent ved Danske Fysioterapeuter og redaktør på Danske Fysioterapeuters hjemmeside om måleredskaber.*

*Jens M. Lauritsen er overlæge på Ortopædkirurgisk afdeling O, Odense Universitetshospital.*

*Eva Wæhrens er ansat som konsulent i Ergoterapeutforeningen, København.*

*Ingrid Poulsen er ansat som forsker på forskningsenheden, Afdeling for Neurorehabilitering, Hvidovre Hospital.*

*Bjørn Hesselbo er ansat som kvalitetskonsulent på Bispebjerg Hospital.*

Artiklen er bragt første gang i Ugeskrift for læger 2006; 168(34):2790. Endvidere er artiklen bragt i Fysioterapeuten 2006;(15):4-9.

### Litteratur

1. McDowell I, Newell C. Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires. 2. ed. New York: Oxford University Press, 1996.
2. Avlund K. Disability in old age. Longitudinal population-based studies of the disablement process (disp). København: Munksgaard, 2004.
3. Mahoney F, Wood O, Barthel D. Rehabilitation of chronically ill pa-

### ►► LÆS MERE

- Der kan læses mere om Det Nationale Indikatorprojekt på <http://www.nip.dk/>
- Den landsdækkende kliniske database for geriatri kan findes på <http://www.danskselskabforgeriatri.dk/>
- En grundigere beskrivelse og vurdering af de forskellige versioner af Barthel indeks, samt en opdateret udgave af Barthel-100 og Barthel-20 findes på <http://www.ffy.dk/sw7129.asp> Søg under "måleredskaber alfabetisk" i menuen til venstre.

tients: the influence of complications on the final goal. South Med J 1958; 51:605-9.

4. Mahoney F, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. Md State Med J 1965;14:61-5.
5. Torenbeek M, Caulfield B, Garrett M et al. Current use of outcome measures for stroke and low back pain rehabilitation in five European countries: First results of the ACROSS project. Int J Rehab Res 2001; 24:95-101.
6. Collin C, Wade DT, Davies S et al. The Barthel ADL Index: a reliability study. Int Disabil Stud 1988; 10:61-3.
7. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. J Clin Epidemiol 1989; 42:703-9.
8. Sletvold O, Tilvis R, Jonsson A et al. Geriatric work-up in the Nordic countries. Dan Med Bull 1996;43:350-9.
9. Matzen LE, Hendriksen C, Schroll M et al. Forebyggelse og behandling af funktionstab hos ældre. Ugeskr Læger, 2003;165 (suppl).
10. Wade DT. Measurement in neurological rehabilitation. Oxford: Oxford University Press, Oxford medical publications, 1992:175-8.

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Maribo T. Lauritsen JM. Wæhrens E. Poulsen I. Hesselbo B. Barthel Index for evaluation of function: a Danish consensus on its use. Sygeplejersken 2006;(19):42-6.

The Barthel Index is widely used in the evaluation of function. In Denmark at least three versions are used without a consensus of their specific formulation. The term "Modified Barthel Index" is used for several versions. A Barthel Index score without version has no meaning since a maximum score in one version indicates very poor function in another. This paper describes the proper usage of the Barthel Index and suggests the terminology "Barthel-20" and "Barthel-100" for the recommended versions published by Collin et al. and Shah et al. The number after "Barthel-" indicates the maximum score.

Keywords: Barthel index, function, terminology, recommendation.

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



Af *Jette Bagh*, sygeplejerske • Illustration: *Bodil Molich*

dilemma

47

**Din mening.** Det vrimler 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](mailto:redaktionen@dsr.dk) senest tirsdag den 26. september 2006 kl. 12.00. Det må højst fylde 1.000 tegn uden mellemrum. Husk at oplyse navn og arbejdssted. Redaktionen bringer et udvalg af svarene i næste nummer af *Sygeplejersken*.

## God tone

I værelse 12 på plejecentret sidder en spinkel, gammel dame på 84 og læser i et ugeblad. Hun har en lup foran brillerne for at se. Det er torsdag, og der ligger fire andre blade på bordet og venter på at blive læst. Damen har papillotter i håret og ondt i kroppen. Hun har en nyanlagt kolostomi og metastaser til knoglerne, men det sidste er hun ikke helt klar over.

En sygeplejerske fra vikarbureauet kommer trillende med en vogn med aftente og gør opmærksom på, at *Fru Madsen* gerne må rejse sig og skænke op for mig, kanden er så tung?" spørger *Fru Madsen* med et træt glimt i øjet.

"Nej, det vil jeg ikke," svarer vikarsygeplejersken. "Jeg vil ikke gå som tyende, og du har jo ikke brækket armene, *Trunte*."

*Fru Madsen* rejser sig med besvær, skænker sin te og sætter sig igen. Hun vil ikke have en sandwich med ost. "Jeg er ikke sulten," siger hun.

Vikarsygeplejersken triller ud af stuen og videre ned ad gangen.

Den sygeplejerske, som er på vej rundt med aftenmedicinen, har hørt ordvekslingen og undrer sig.

"Værdigt liv, servicefag og omsorgsetik" lyder det for hendes indre. Hvad bliver ordene til i praksis? spørger hun sig selv. *Hvordan synes du, kollegaen skal reagere på vikarsygeplejerskens bemærkninger til Fru Madsen?*



## Dilemma fra Sygeplejersken nr. 18

*Manja* er sygeplejestuderende og netop startet i hjemmeplejen. Ved præsentationen for den øvrige medarbejdergruppe kommer det frem, at *Manja* bor sammen med en anden kvinde, og at de engang gerne vil have et barn.

## Sundest for barnet

Kontaktsygeplejersken skal gentage sætningen: "Et barn skal have retten til en far og en mor." Det er sundest for barnet, så *Manja* må få nogle mandlige personer, fætre eller mandlige venner, til at komme ofte i hjemmet, fordi man ofte ser, at børn opvokset mellem lesbiske eller i et bøsse miljø altid bliver afsporede, morde-re eller af anden observans; pigerne bliver som mødrene, drengene bliver hadefulde mod alle kvinder. Jeg har set det for tit igennem "min tid."

*Lith Stenderup,*  
pensioneret sygeplejerske.

## Mener ikke noget

Jeg synes, kontaktsygeplejersken skal sige "ingenting!"

Jeg mener "ingenting," da dette forum er omkring *Manjas* private liv og ikke en sag om, hvorvidt børn har ret til både en mor og en far. Derfor mener jeg, at kontaktsygeplejersken overhovedet ikke behøver at kommentere på det. Hvis hun gjorde det, ville det virke "mor-agtigt," og det er jo ikke sådan, vi er som sygeplejersker, vel? Jeg synes faktisk, hun gør det flotteste menneskeligt over for *Manja*, hvis hun holder sin mund og ser, hvad *Manja* siger til det. Det er *Manja*, der har det næste ord her. Om hun vælger at forsvare sig eller bare trække på skuldrene, er op til hende, men på den måde får hun også kommunikeret ud, hvad hun mener.

*Mona Heuser,*  
sygeplejerske, ansat på P20,  
Palliativ Medicinsk Afdeling,  
Bispebjerg Hospital.

## Ti stille

Kontaktsygeplejersken *Berit* skal tie stille og lade *Manja* selv bestemme, om hun har lyst til at tage diskussionen om lesbisk ret til at få børn i dette forum. *Manja* har haft mod til at sige, at hun er lesbisk, og har gjort sig overvejelser om de problemstillinger, der kan opstå i den forbindelse. *Manja* skal selv klare diskussionen om lesbiske og bøsers ret til at være forældre.

*Elsebeth Vesterheden,*  
afdelingssygeplejerske, Århus Sygehus,  
medlem af Sygeplejeetisk Råd.

## Månedens vinder

Redaktionen sender en flaske vin til pensioneret sygeplejerske *Astrid Valentin* for svaret "Dårlig ledelse," der kan læses i *Sygeplejersken* nr. 18/2006.

# Sådan finder du tal

► Artiklen henvender sig til sygeplejersker med interesse for forskning, statistik og metode. Artiklens hovedbudskab er, at sygeplejersker skal være kritiske talbrugere, for tal er ikke bare tal. Artiklen er nummer to i en serie på i alt seks.

Hvor vil du finde data, hvis du skal bruge en statistik på det antal personer, der har fået en personskade i trafikken i Danmark?

Vil du søge i skadestuernes statistik, hos politiet eller i databasen hos Rådet for Større Trafiksikkerhed?

Eller hvis du skulle bruge en statistik på antallet af kvinder, der hvert år bliver ramt af brystkræft? Skal vi hente oplysningerne i Sundhedsstyrelsen, Danmarks Statistik, Kræftens Bekæmpelse eller i "Alt for Damerne"?

De fleste vil nok fravælge "Alt for Damerne," hvis der skrives opgaver eller artikler, men hvorfor det? Tal er vel tal, og tal er neutrale og objektive.

Formålet med denne artikel er at vise, at tal ikke bare er tal, og bruger man forskellige kilder på det samme fænomen, får man forskellige oplysninger.

Sygeplejersker og sygeplejerskestuderende er gode til at anvende og præsentere kvantitative kilder, som kan understøtte deres sygeplejefaglige problemstilling. Det er helt naturligt at inddrage tal, når sygdomme beskrives. Hvis man beskæftiger sig med brystkræft, præsenteres antallet af kvinder, der er ramt af denne sygdom. Hvis det drejer sig om lungekræft, findes dette tal frem for at illustrere omfanget af sygdommen. Men ofte diskuteres kilden til tallene ikke. Om det er fra Kræftens Bekæmpelse, Sundhedsstyrelsen, Cancerregisteret eller ...

Det kan have stor betydning, fordi de metoder, der bliver brugt til at kategorisere og registrere store mængder data, kan være bygget op på forskellige måder, kan arbejde med forskellige definitioner af sygdommene, og dermed bliver de endelige tal/data også forskellige.

Leder man efter en bestemt type data i forskellige databaser, får man typisk forskellige svar. Derfor kan man med god grund spørge: Hvilken kilde er mest sand? Hvor kan vi finde de rigtige tal? Og her er ikke et entydigt svar. Man må vurdere sine kilder meget nøje, når man får dem præsenteret.

## Antallet af trafikdræbte er usikkert

Et eksempel: Hvis vi skal have kvantitative data omkring antal personskader i trafikken, er det bestemt ikke ligegyldigt, hvor data kommer fra.

Historisk set har færdselsuhedsstatistikken baseret sig på politiets indberetninger. Denne statistik indeholder tal over dræbte og tal over tilskadekomne. Men det er ikke alle tilskadekomne i trafikken, der kommer til politiets kendskab, og derfor vil politiets statistik indeholde et mindre antal end skadestuer-



ILLUSTRATION: SCANPIX/CORBIS

► **OPGAVE.** Prøv at spørge din ægtefælle, hvor mange venner I har. Er I enige om, hvem der er jeres venner? Hvad der karakteriserer en ven? Begges venner – kun den enes venner? Læg mærke til, at der bag tallene er mange skjulte vurderinger.

nes indberetninger til Landspatientregisteret. I virkeligheden vil antallet af tilskadekomne nok være højere end Landspatientregisterets tal, fordi nogle (mange?) mennesker slet ikke registreres, men kommer hjem selv.

Alt andet lige vil man kunne argumentere for, at antallet af dræbte i trafikken vil være et relativt pålideligt tal, uanset hvilken statistik man kigger i.

Men også her kan man overraskes. For år tilbage begyndte skadestuerne at indberette om personskader til Lands Patient Registeret, men ud fra et hvilket-tal-er-mest-rigtigt-perspektiv var problemet, at de mennesker, som døde i trafikken, blev registreret som døde på skadestuen og ikke som dræbte i trafikken.

Dette betyder naturligvis forskellige tal afhængigt af, om man søger hos politiet eller i skadestuerne.

I midten af 1990'erne gennemførte Danmarks Statistik en undersøgelse, hvor data om skadestuebesøg på grund af færdselsuheld blev inddraget. Undersøgelsen viste, at det samlede antal personskader var cirka fem gange større end det antal, der blev registreret ved politiet. Det vil sige, at ca. 82 pct. af personskaderne ikke kom til politiets kendskab (1).



Det kan jo ikke passe. Enten må den ene kilde have for høje tal eller den anden for lave; måske er der fejl i begge kilder, eller måske henviser tallene til forskellige ting. Kun grundige undersøgelser af registrene kan fortælle, om de observerede forskelle er reelle forskelle.

Det handler bl.a. om, hvordan man definerer en personskade, og hvordan man registrerer en personskade. Undersøgelsen fra Danmarks Statistik viser, at de såkaldte mørke-tal kan få indhold og mening, når der foretages samkørsler og analyser af de forskellige statistikker.

### Danskernes alkoholforbrug

Et andet eksempel er danskernes forbrug af alkohol.

Slår man op i Tiårsoversigten fra Danmarks Statistik (2), kan man læse, hvad danskerne har købt af vin, øl og spiritus. Men hvad fortæller tallene? Skal man blive nervøs over befolkningens forbrug eller eget forbrug og tage et glas vin mere til aftensmaden? Inden tallene bliver underkastet en refleksion, kan man tænke på afsenderen. Det er Danmarks Statistik, og det betyder data indsamlet i Danmark. Altså en registrering af, hvor meget alkohol der er købt i Danmark. På den ene side kan man sige, at tallene er minimumstal, for de siger intet om, hvad danskerne har købt af alkohol i udlandet, brygget i kælderen eller drukket i udlandet. På den anden side kan man sige, at det er maksimumstal, fordi de også indeholder den mængde alkohol, som udlændinge har købt i Danmark.

### Grund til at være skeptisk

Sygeplejersker kan med god grund have skepsis over for tal. Tal er jo ikke bare tal, og det er der utallige andre eksempler på.

Nogle af de tal, vi arbejder med, kommer fra spørgeskemaundersøgelser. Her opdager man, at som man spørger, får man svar, forstået på den måde, at forskelligt udformede spørgsmål

### ”Tal er ikke bare tal, og bruger man forskellige kilder på det samme fænomen, får man forskellige oplysninger.”

om det samme fænomen vil give helt forskellige tal at arbejde med. Et banalt eksempel er alder: Hvis man vil kende sine patienters alder, kan man spørge til CPR-nummeret. Så får man den nøjagtige alder. Man kan også spørge: Hvilket år er du født i? Men hvis man blot spørger: Hvor gammel er du? så vil man ofte få tal frem, der er delelige med 5 eller 10, alene af den grund at de fleste foretrækker at oplyse deres alder på den måde, der rundes nedad.

Hvor mærkeligt det end kan lyde, så vil det enkle spørgsmål ”Hvor mange børn har du?” også blive besvaret meget forskelligt. Lidt poppet kan man sige, at det ser ud, som om kvinder som regel ved, hvor mange børn de har, mens mænd vil spekulere på, om spørgsmålet drejer sig om biologiske børn, børn de bor sammen med o.l. Hvis vi ikke kan spørge forældrene, hvad

kan Danmarks Statistik så fortælle? Ja, her vil man opdage, at antallet af børn kan være en højst foranderlig størrelse. Nogle tabeller vil indeholde fodnoter, der angiver, at børnenes alder eksempelvis er afgørende for, om de er børn. Børneantallet kan

### ”Leder man efter en bestemt type data i forskellige databaser, får man typisk forskellige svar.”

også ses i relation til husstandsbegrebet og familiedefinitionen. Og det enkle kan forekomme meget kompliceret, når man læser nedennævnte definition i en af Danmarks Statistiks publikationer:

”Alle personer, der er tilmeldt samme adresse i CPR, regnes for én husstand, uanset relationerne imellem dem. En husstand kan bestå af én eller flere familier. En familie udgøres enten af et par eller af en enlig. Hjemmeboende børn under 18 år regnes med til familien. Hjemmeboende børn over 18 år udgør hver især deres egen familie i statistisk henseende. Den lille gruppe af ikke hjemmeboende børn under 18 år udgør ligeledes deres egne familier.”

Her kan man se definitioner af husstande, familier og børn, der handler om deres alder (3).

### Vær varsom med fortolkninger

Eksemplerne viser, at man skal kende sine tal. Man kommer rigtig langt med sund fornuft, og hvis man sørger for ikke at blande forskellige enheder sammen, finder man nyttig viden. Vi er nærmest opdraget til at være varsomme i arbejdet med at fortolke kvalitative data, og vi håber at have illustreret, at der er god grund til også at være det, når man arbejder med de kvantitative data.

Sygeplejersker lærer gennem deres uddannelse og erhverv at lede efter forståelse og foretage fortolkninger af kvalitative data. Og det gør de meget kompetent. Denne metodiske kompetence kan med fordel også anvendes ved de kvantitative data. Læg mærke til, at tal også tolkes; 10 pct. af et eller andet bliver ofte omtalt ved hjælp af supplerende adverbier: kun, så meget som, næsten osv. Kvantitative data bliver først anvendelige, efter de har været underkastet en kvalitativ bearbejdning og er blevet sat i perspektiv.

### Data med blinde vinkler

Det er svært at betragte tal som objektive størrelser, de er data, som indeholder lige så mange blinde vinkler, som kvalitative data gør.

Er en person ude i et politisk ærinde, kan det være, at vedkommende vælger at benytte den kilde, der understøtter hendes/hans hypotese, og glemmer at undre sig over, hvorfor en anden kilde viser noget andet.

Prøv bare at tænke på kommunal- eller folketingsvalg, hvor politikerne argumenterer med tal, som understøtter deres poli- ►

► tiske visioner. De faglige professioner gør som politikerne, finder de kilder, som taler til deres faglige hjerter og faglige budskaber.

Det er vigtigt, at man har kildekritisk sans og kan gennemskue tal og argumenter, der bliver præsenteret, som om de er den objektive sandhed. Den gyldne regel om sund fornuft kan med fordel anvendes, uanset om man anvender kvalitative eller kvantitative kilder.

En vigtig videnskabelig pointe, som også bør anvendes, når man arbejder med forskning og udviklingsarbejde i et praksisrelateret perspektiv, er at lede efter data, som fortæller det modsatte af, hvad man tror på, eller hvad de fleste kilder siger.

Dvs. at man også skal arbejde mod sin egen problemstilling eller lede efter det modsatte bevis; dvs. data, der modsiger hypotesen.

Det betyder nemlig, at man kan blive overrasket og eventuelt

finde nye sammenhænge, som man ikke har tænkt på – eller endnu værre: Ikke kan lide.

Man skal være modig, når man forsker.

*Gitte Lindermann er ekstern lektor på Institut for Statskundskab, Københavns Universitet, og konsulent i Sundhedsforvaltningen, Københavns Kommune.  
gitte.lindermann@teliamail.dk*

*Merete Watt Boolsen er lektor i sociologi og metode på Institut for Statskundskab, Københavns Universitet.  
mwb@ifs.ku.dk*

*Dette er den anden af i alt seks artikler i Sygeplejersken om brug af tal og metoder. Den første artikel blev bragt i nr. 18/2006:*

*"Om at kombinere kvalitative og kvantitative data" side 58-60.*

#### Litteratur

1. Danmarks Statistik. Færdselsuheld 2004. København: Danmarks Statistik; 2005.
2. Danmarks Statistik. Statistisk Tiårsoversigt 2004. København: Danmarks Statistik; 2004.
3. Danmarks Statistik. Kvinder & Mænd 1995. København: Arbejdsmarkedsstyrelsen, Danmarks Statistik, Ligestillingsrådet. 1995.

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Lindermann G, Boolsen MW. How to find the right statistics. *Sygeplejersken* 2006;(19):48-50.

The point of this article is that you have to be just as wary about using and interpreting quantitative data as you are about qualitative data.

The main message is that nurses must critically appraise their use of statistics. Quantitative data can be extremely useful to nurses, so the purpose of the article is to show that numbers are not simply numbers, and that if you use different sources you will get different information. One source of information can be just as correct as another, but it is important that quantitative data is subjected critical appraisal. You must be aware of how a given phenomenon has been recorded and whether the figures involved are so-called underreported figures.

The article gives an empirical example of personal traffic injuries and injuries recorded at emergency rooms, as well as an analysis of the Danes' purchase of wine and spirits.

It will be possible for clinical nursing to develop if nurses are more critical about quantitative data and include them in their day-to-day clinical work. Quantitative data provides a lot of knowledge.

Keywords: Quantitative data, critical use of data, method.

Gitte Lindermann: Nurse, MA Political Science, External Lecturer.

Merete Watt Boolsen: Associate Professor, Doctor in Sociology.

# GODE NYHEDER OM ENDNU LAVERE PRÆMIER



Læs mere på [www.gf-forsikring.dk/godenyheder](http://www.gf-forsikring.dk/godenyheder)  
eller ring 86 17 43 44 og få et godt tilbud

**GF FORSIKRING**

GF Hospital og Sundhed · Vestre Strandallé 54 · 8240 Risskov

## Faktuel viden til eksaminator og censor

Britta Hørdam,  
Birthe Kamp Nielsen

### Censorbogen

2. udgave

En teoretisk og praktisk vejledning for vejledere, eksaminatorer og censorer i de sundhedsfaglige professionsuddannelser

København:

Gads Forlag 2006

133 sider, 165 kr.

ISBN 87-12-04205-6

Anden udgave af "Censorbogen" har, som første udgave af bogen, fokus på eksamination og censurering i de sundhedsvidenskabelige professionsuddannelser med udgangspunkt i sygeplejerskeuddannelsen. Den opdaterede bog beskriver rammer og procedurer for både interne og eksterne prøver samt eksaminator/censors funktioner og roller, alt sammen med det formål at sikre den studerendes retssikkerhed i forbindelse med eksamen. Anden udgave af "Censorbogen" er udvidet med ca. 30 sider eller fire kapitler i forhold til den første udgave fra 2002. De væsentligste forskelle på de to bøger er, at den nyeste udgave er opdateret med henvisninger til den nye eksamensbekendtgørelse, at væsentlige begrebsafklaringer i forhold til sygeplejerskeuddannelsen som en professionsbacheloruddannelse er beskrevet, og at 12-karakterskalanen er omtalt. Den ny udgave af bogen er mere logisk opbygget, idet rækkefølgen i kapitlerne følger arbejdsprocessen i eksaminator/

censors forberedelse af prøver/eksamener til deres eventuelle sagsbehandling af klage- og ankesager.

Bogen giver en kort og præcis indføring og fortolkning af væsentligt lovstof som eksamensbekendtgørelsen, karakterbekendtgørelsen, bekendtgørelse om uddannelse til professionsbachelor og bekendtgørelsen om sygeplejerskeuddannelsen, som er yderst relevant for vejledere, eksaminatorer og censorer i forbindelse med deres vejleder- og bedømmerfunktioner på de mellemlange videregående uddannelser. Desuden gives en meget kortfattet introduktion til vejledning i forbindelse med eksamen samt spørgeteknik i selve eksamenssituationen. Disse funktioner er relateret til eksamenssituationer, men kommende eksaminatorer og censorer må supplere deres viden på disse områder, hvilket forfatterne også gør opmærksom på.

Kapitel 12, som omhandler "Etik i forbindelse med eksamination og censurering," er udbygget i forhold til første udgave af "Censorbogen," men det kan undre, at der ikke er nogen, som har taget imod forfatterens opfordring til at udarbejde etiske retningslinjer for censurering.

Bogen lever fuldt op til sit formål om at præsentere faktuel viden og redskaber, som nye eksaminatorer/censorer har behov for i deres funktion på de mellemlange videregående uddannelser. Bogen har størst interesse for eksaminatorer og censorer i den kliniske og teoretiske del



en særdeles god indføring i bedømmelsesfunktionerne i det danske uddannelsessystem, og den er logisk opbygget, men desværre er der del gentagelser. Bogens målgruppe er primært nye eksaminatorer og censorer.

af sygeplejerskeuddannelsen, idet sygeplejerskeuddannelsen er gennemgående reference i bogen. Bogen er letlæselig, giver

Af Steen Hundborg,  
cand.cur.,  
censorformand i  
Censorformandskabet.

## Bliv Slankekonsulent eller Sundhedscoach

At Work Skolen tilbyder erhvervsrettede uddannelser og kurser indenfor vægttab og sundhedscoaching.

Blandt underviserne er psykologer, læger og ernæringseksperter.

Nye hold starter henholdsvis den 2. november og 23. oktober.



Slankekonsulentuddannelsen kan ligeledes læses på Internettet.

Ring og få tilsendt brochure på tlf. 44 48 61 00 og læs mere på [www.atwork.dk](http://www.atwork.dk)

Rathsacksvej 1 – 1862 Frederiksberg C



# Synergi - DSR's nyhedsbrev

## En norsk perle

Unni Ranheim

**Tid for å leve – tid for å dø**  
Norge: Uranus Forlag 2006  
203 sider ca. 395 kr.  
ISBN 82-9955-083-1

”Men tanken på døden er på mange måter spennende, og tanken er også knyttet opp mot det å ta farvel. Jeg tenker at jeg etterpå skal få det godt og slippe smerter,” siger *Klara*.

Kan tanken om døden ligefrem opleves spændende? Findes der en tid til at leve og en tid til at dø? Kan man være ven med døden og samtidig elske livet? Hvordan kan man som professionel støtte den døende i en åben og direkte kommunikation?

Denne bog handler om vores forhold til døden og den døende. Den bygger på to timers

intens samtale med et døende menneske. Det er i lyset af Klaras historie og udsagn, bogen er forfattet. Hendes historie er underbygget med mange citater fra forskellige bøger, der alle handler om døden. Klara, der er midt i 40'erne og snart skal dø, oplever at have en tid til at leve og en tid til at dø. Hun bliver ven med døden, og det sker bl.a. gennem samtaler med hendes mand og med sygeplejersken og præsten.

Klaras historie bliver ikke det vigtigste i bogen – det gør derimod de centrale temaer, som hun bringer for dagen. Det er eksistensielle temaer som håb, mening, åndelighed, angst, værdighed og forsoning. Det er koncentrerede og kloge ord, der her siges om emnerne. Ved at læse andres tanker om



livet og døden kan vi blive klogere og forhåbentlig tryggere i vores møde med døden. Bogen hjælper til refleksion og opfordrer til den gode samtale, som i bogen karakteriseres som den langsomme samtale, hvor tempoet bestemmes af den, samtalen handler om.

Værdighed knyttes sammen med livskvalitet, og her understreges personalets ansvar for at vise patienten respekt gennem plejen.

”For Klara var verdighet det å ikke føle seg – og ikke bli sett på – som en syk person. Hun

var alltid velkledd, der var rent og pent rundt henne. Hun ville ikke, at andre skulle oppleve henne som en råttne nedfallsfrukt.” siger *Geir Dyrvik*, Klaras mand.

Bogen er skrevet af en norsk journalist, der behersker sproget, og som besidder følsomhed og indlevelse i dette vanskelige emne. Lad ikke det norske sprog være en hindring for at gå i gang med denne perle. Forfatteren har læst mange bøger om emnet og taget de mest centrale sentenser frem, så hun hjælper en til at få kendskab til mange forskellige forfattere. En del af disse vil være kendte for sygeplejersker, f.eks. er der en del citater af *Elisabeth Kübler-Ross*, men der er også citater fra bøger skrevet af pårørende, og bogen er rigt forsynet med illustrative digte og

## En pædagogisk, klog og nødvendig bog

Vibeke Østergaard Steinfeldt  
**Eksistensielle og religiøse problemstillinger i sygeplejen**

– om åndelig omsorg  
København: Gads Forlag 2006  
139 sider, 199 kr.  
ISBN 87-1204-204-8

Det er sygeplejerskens ansvar at imødekomme patientens åndelige behov. Men hvordan gøres det i praksis? Har personalet den viden og indsigt i patienternes eksistensielle og religiøse behov, der skal til for at give den hjælp, den enkelte patient har brug for?

Denne bog forsøger at svare på disse spørgsmål gennem tre hovedafsnit:

- Det åndeligt lidende menneske
- Åndelig omsorg – handlekraft og nærvær
- Åndeligt velvære

Med udgangspunkt i de tre fokusområder gennemgår forfatteren, hvordan det er at være patient med dertil hørende åndelige lidelser og behov, men også hvordan sygeplejersken kan sætte ind med åndelig omsorg gennem nærvær og handling.

Det er en pædagogisk bog. Det er tydeligt, at det er en pædagog (sygeplejelærer), der har skrevet den. Hele bogen har en diskuterende form, der lægger op til en inddragelse af læseren. Det er næsten som at være i undervisningslokalet. Der gennemgås fine og gode teorier, som hele tiden kædes sammen med patienthistorier. Det gør bogen forståelig og let at læse. Den er skrevet for sygeplejestuderende, men henvender sig til alle, der arbejder med pleje og omsorg. Den er velegnet som oplæg til diskus-

sioner og samtaler i en afdeling. Debatten kunne også føres her i *Sygeplejersken*.

Det er en klog bog. Der ligger megen viden bag: Pædagogisk og sygeplejefagligt, men også en indsigt i religion (navnlig kristendom) og filosofi. Det er befriende, at der tages fat på religiøse problemstillinger, også inden for andre religioner. Der er bl.a. eksempler fra den muslimske verden og fra Jehovas Vidner. Det beskrives, hvordan en muslimsk sygeplejerske klarer at yde åndelig omsorg over for plejehjemsbeboere ved at synge salmer og læse fra Bibelen, og under afsnittet om Jehovas Vidner diskuteres bl.a. spørgsmålet om blodtransfusion.

Det er en nødvendig bog: For mange sygeplejersker er det vanskeligt at varetage den åndelige omsorg. Der er mange

faldgruber, f.eks. ved at hovedvægten lægges på de eksistensielle forhold, så de religiøse aspekter overses – og modsat, hvis fokus kun er religiøse aspekter, kan det ske, at patientens åndelige behov ikke tilgodeses. I denne bog er der en fin balance mellem det eksis-



tegninger. Det er en bog, som man kan vende tilbage til igen og igen for at suge de mange visdomsord til sig.

”Tid for å leve – tid for å dø” omhandler eksistensielle temaer, men der gives også mange kontante råd til professionelle. Der er afsnit decideret for sygeplejersker, f.eks. et kapitel om mødet mellem patient og professionelle og et meget praktisk afsnit, der handler om berøring og fysisk velvære.

Bogen handler først og fremmest om, hvordan man bliver ven med døden. Klarer vi det? Bogen levner ikke tvivl om, at lykkes det, vil det være lettere at elske livet.

Af Rita Nielsen,  
udviklingssygeplejerske,  
Sankt Lukas Hospice, Hellerup.

stentielle og det religiøse. Sygeplejerskens rolle og muligheder i den åndelige omsorg diskuteres, ligesom personalets eget livssyn problematiseres – kan ens eget religiøse ståsted f.eks. have betydning for ens evne til at kunne hjælpe patienterne med deres åndelige lidelser?

Det er ikke længere tabubelagt at tale om sygeplejerskers ansvar for åndelig omsorg. Nu må vi så i gang med at finde ud af, hvordan vi gør det i praksis. Bogens forfatter siger:

”Det kan være en udfordring for sygeplejersken at være opmærksom på de forskelligartede eksistensielle og religiøse behov.”

Bogen skærper denne opmærksomhed.

Af Rita Nielsen,  
udviklingssygeplejerske,  
Sankt Lukas Hospice, Hellerup.

## Maslow i skammekrogen

Svend Brinkmann,  
Cecilie Eriksen (red.)

**Selvrealisering**  
– kritiske diskussioner  
af en grænseløs  
udviklingskultur

Århus: Klim 2005

282 sider, 285 kr.

ISBN 87-7955-428-8

Selvrealisering kan være en besynderlig størrelse. Bedst som man er godt i gang, bliver man prikket på skulderen af nogen, som stiller tingene lidt på hovedet og frister en til at læse med.

Vi bliver som mennesker konstant præsenteret for tilbud om selvrealisering og personlig udvikling, såvel i vores private som i vores arbejdsmæssige liv. Det har for de fleste af os en positiv klang.

Dykker man som læser med i denne antologi, finder man imidlertid en anden og mere nuanceret klangbund for selvrealiseringsbegrebet.

Her er en disharmoni af ændrede magtrelationer på arbejdspladsen, fælserpædagogik, bekendelsesdiskurs i folkeskolen og en tendens til at psykologisere og privatisere problemer af samfundsmæssig karakter.

Denne antologi er en udfordrende og spændende samling af 11 kritiske analyser af selvrealiseringsbegrebet, som det udspiller sig i alle afkroge af vores moderne liv.

På et tidspunkt hvor vores velfærdssamfund er til debat, og hvor sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse for alvor er kommet på det politiske landkort, bringer denne antologi stof til eftertanke.

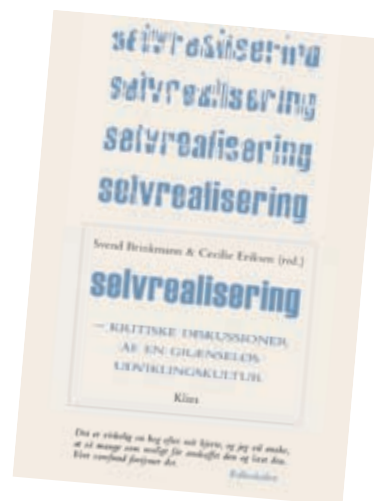
Michel Foucaults diskursbegreb er på banen i flere af artiklerne.

Eksempelvis diskuterer Kirsten Marie Bovbjerg selvrealisering som ny metode til disciplinering af arbejdskraften, hvor den umiddelbare gevinst for den enkelte medarbejder i form af øget ansvar for de opnåede resultater ikke står mål med retten til magtudøvelse og sanktionering.

Faktisk bliver det sat lidt på spidsen, at arbejdslivet i lyset af selvrealiseringstendensen flytter sig fra at være pligt til kald. Er der nogen, der tænker på kaldet i sygeplejen?

Nina Østby Sæther diskuterer det paradoksale ved fællestræk mellem idealet om det selvrealiserende menneske og psykopatens adfærd og bringer dermed en opfordring til at nuancere synet på selvrealisering og de mulige negative konsekvenser for det sociale fællesskab.

Carsten René Jørgensen giver et overblik over selvrealiseringens klinisk-psykologiske historie. Fra rødderne i den humanistiske psykologi frem til vor tids psykoterapi og selvhjælpsbøger. Læseren vil nikke genkendende til Abraham Maslows teori om menneskets behov for selv-



realisering som det mest sublimе behov.

Birgitte Graakjær Hjort anlægger en kristen synsvinkel på det problematiske i, at mennesket i vores tid konstant er til eksamen i at leve.

Hun kritiserer, at selvudvikling som trend tager udgangspunkt i en grundlæggende utilfredshed hos selv.

I stedet argumenterer hun for det mere frugtbare alternativ, hun kalder sund selvudvikling, som indebærer favntag med livet og at bruge livet tillidsfuldt sammen med andre mennesker.

Der er en lysende rød tråd igennem antologien, og bidragyderne kommer med hver deres interessante diskussion af selvrealiseringsbegrebet meget vidt omkring. Misforstå det ikke derhen, at selvrealisering aldrig kan være af det gode.

Det centrale i antologien er bare i denne forbindelse at præsentere nogle redskaber til konstruktiv kritik af et af tidens helt store modefænomener, selvrealisering. Det synes jeg er lykkedes rigtig godt.

Af Lisbeth Bøggild,  
sygeplejerske, SD, konsulent.

# Kanesengen

Hvis landsdelene stiller op til kamp om sex som tabu, taber vestjyderne stort. Det erfarede jeg som ung ufaglært hjælper på et plejehjem for yngre fysisk handicappede. Det snakker man altså bare ikke om! Undtagen lederen af dette plejehjem, der da også var en landflygtig fra Djævløen. Hvilket resulterede i, at hun efter tre måneder på posten kom på byrådets dagsorden – første gang vel at mærke. Venstrebøndernes nattesøvn blev forstyrret ved tanken om, at by-rygterne talte sandt: Beboerne på plejehjemmet – forlød det – fik lov til at få besøg af Ilse fra ”Den Røde Lygte” i Kræmmergade, og – lød rygterne videre – de dyrkede også sex med hinanden. En inspektion af dette Djævelens værk var uomgængeligt.

Efter sønderjysk kagebord og et kejtet forhør om rigtigheden af rygterne – for hvordan spørge om noget, man ikke taler om – var der tid til fremvisning af den mest omtalte rekvisit i rygterne: kanesengen. En kæmpe specialbygget seng med kanter foret med blødt stof i et hyggeligt indrettet værelse og med to elektriske loftslifte, som de unge selv kunne betjene. En lamme stilhed bredte sig i lokalet, indtil en lille byrod forsigtigt spurgte til, hvordan i alverden beboerne dog kom op i denne ”anordning.”

”Det hjælper personalet da med, og de hjælper også, når de er færdige,” var lederens svar, hvorpå samme byrod højlydt deklarerede, at ”det kan da vist ikke være lovligt.” Men lovligt var og er det.

Behøver jeg nævne, at ventelisten var enorm, og at de snakker om hende endnu.

Hendes tilgang til emnet har bragt mig i gentagne forfærdelige situationer. F.eks. dengang i mit forrige job, hvor en demment kvinde med stor appetit på sex anvendte diverse ikke-hensigtsmæssige ting og sager til at hygge sig med. Hvad gør en klog leder så? Hun bestiller selvfølgelig et massageapparat til beboeren over internettet.

**”Det hjælper personalet da med, og de hjælper også, når de er færdige.”**

Udvalget er stort, og mens jeg sidder foran skærmen og vurderer passende størrelse og farve, elektrisk eller hånddrevet, dukker min leder op på kontoret. Det varede flere timer, før min ansigtstemperatur igen var normal, og de rødbedefarvede plamager forsvundet.

Eller dengang vi bestilte en moden prostitueret med speciale i ældre mænd til en overordentlig potent 84-årig. Og sønnen på 58 dukkede uanmeldt op på besøg. Sagen endte ikke i byrådet, men i Bruger- og pårørenderådet – en forhandlings- og kampplatform mellem de stærke beboere, pårørende til de svage og ledelsen – om retten til at definere livskvalitet for beboerne. Kanesengen blev desværre ikke købt som argument. Sønnen havde vist fortrængt, hvorledes han i sin tid blev til.

Men uanset om vi kan ha’ det eller ej, både handicappede og ældre har faktisk lyst til sex. Aktuelt er den hurtigst stigende aldersgruppe, som anvender dating over internettet, hverken gymnasieelever eller mænd og kvinder i panikalderen. Det er derimod i aldersklassen 65-99 år, hvor stigningen hos Dating.dk har været 20 pct. Og vurderingen er, at stigningen ikke er toppet endnu.

Gad vide om den ledelsesmæssige progressive tankegang, der for 25 år siden prægede et lille vestjysk plejehjem, eksisterer andre steder? Plejehjemmenes hjemmesider tyder ikke på det. Endnu er det ikke lykkedes mig at finde én, hvor beboernes seksuelle behov nævnes.

Nogle vil synes, sagen er et oplagt emne på et bruger- og pårørendemøde. Chansen for, at de bornerte holdninger får overtaget her, er nemlig høj. Andre vil mene, at sex er en personlig sag og en naturlig del af livet, som den enkelte beboer, hvis denne ønsker det, skal have hjælp til – som til et brusebad.

Om den lykkelige prostituerede så eksisterer, er en helt anden diskussion.

*er@dssr.dk*

Klommen ”Fem faglige minutter” er en personlig tekst, som gør rede for standpunkter eller meninger ved hjælp af fortællinger, skrøner, citater m.m. En klummeskriver skal ikke følge almindelige journalistiske krav om saglig, objektiv gengivelse af kendsgerninger.

*Redaktionen.*

## 5 faglige minutter skrives på skift af fire sygeplejersker:



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



Jørn Ditlev Eriksen, sygeplejerske, forstander på botilbuddet Slotsvænget.



Evy Ravn, sygeplejerske, cand.scient.soc., sygeplejefaglig medarbejder på Sygeplejersken.



Birgitte Harild, sygeplejerske. Leder af visitationsgruppen i Frederiks-værk Kommune.