

Flest sundhedscentre med bred målgruppe • 4

Ny professor: Sygeplejeforskningen har medvind • 14

Valg: Vejen til indflydelse kan være kort • 16

Store udsving i træningstilbud • 38

SYGEPLÆJERSKEN 7



Hospitalstøj tager patientens værdighed • 10 og 28



Hvis du tit falder over store værdier,
behøver du nok ikke – men ellers..!

- Er du kommet sent ud i job?
- Har du arbejdet på deltid?
- Har du holdt orlov?

... Eller kunne du bare tænke dig en højere pension end den, du kan se frem til nu?

Så er det klogt at oprette en supplerende pensionsordning. Jo før, jo bedre.

Vidste du i øvrigt, at PKA-pensionskasserne har et livs- og pensionselskab, som tilbyder supplerende pensionsordninger og livsforsikringer på særdeles konkurrencedygtige vilkår?

Ring til PKA⁺Pension på tlf. 39 45 46 00 og hør nærmere, eller klik ind på www.pkaplus.dk og læs mere. Vi glæder os til at hjælpe dig.

PKA⁺
...mere pension

**Chefredaktør**

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

**Redaktionssekretær**

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

**Redaktør**

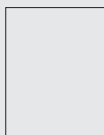
Søren Palsbo (DJ)
sp@dsr.dk
Tlf.: 4695 4185

**Sygeplejefaglig medarbejder**

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

**Sygeplejefaglig medarbejder**

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

**Journalist**

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

**Journalist**

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

**Journalist**

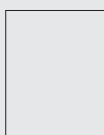
Susanne Bloch Kjeldsen (DJ)
sbk@dsr.dk
Tlf.: 4695 4178

**Journalist**

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

**Journalist**

Britta Søndergaard
bso@dsr.dk
Tlf.: 4695 4261

**Webjournalist**

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

**patienttøj**

- 10 Eget tøj gør patienten synlig**
12 Selv nyopererede går i privat tøj

forskning

- 14 Ny professor: Sygeplejeforskningen har medvind**

fremtidens DSR

- 16 Vejen til indflydelse kan være kort**

fag

- 28 Patienternes tøj er utidssvarende**
38 Store udsving i træningstilbud



10



14



38

i hvert nummer

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 4 Aktuelt | 44 Dilemma |
| 18 Dansk Sygeplejeråd mener | 45 Anmeldelser |
| 18 Debat | 46 Fem faglige minutter |
| 23 Synspunkt | 47 Stillingsannoncer |
| 24 In memoriam | 59 Kurser/Møder/Meddelelser |
| 26 Resumeer | |
| 27 Faglig information | |

Forsidefoto: Kissen Møller Hansen

Tidsskrift for Sygeplejersker · Nr. 7 · 7. april 2006 · 106. Årgang · Udgivet af Dansk Sygeplejeråd · **Sygeplejerskens redaktion**
Sankt Annæ Plads 30 · Postboks 1084 · 1008 København K · **Telefon** 33 15 15 55 · Fax 33 93 47 82 · **E-mail** redaktionen@dsr.dk
Internetadresse www.sygeplejersken.dk · Redaktionen forebeholder sig ret til elektronisk lagring og udgivelse af de faglige artikler i tidsskriftet
Ikke-medlemmer kan tegne abonnement ved henvendelse til Dansk Sygeplejeråd · **Årsabonnement** 1025,00 kr. + moms. Pris pr. stk. 20,00 kr. + moms.
Løssalg sker ved henvendelse til hovedkontoret · **Stillingsannoncer sendes til** Dansk Mediaforsyning · Klamsagervej 27, 1. · 8230 Åbyhøj · Telefon
70 22 40 88 · Fax 70 22 40 77 · e-mail: dsrjob@dmfnet.dk · **Forretningsannoncer sendes til** Dansk Mediaforsyning · Klamsagervej 27, 1. · 8230
Åbyhøj · Telefon 70 22 40 88 · Fax 70 22 40 77 · e-mail: dsrtekst@dmfnet.dk · **Layout** Tone Thoresen og Sanne Rigrup Møller · **Tryk** Graphx · Herlev
Distribueret oplag 1. juli 2004 – 30. juni 2005: 75.763 · ISSN 0106-8350 · Medlem af Dansk Fagpresse

Flest sundhedscentre med bred målgruppe

Af Kirsten Bjørnsson, journalist

Centerplaner. Et flertal af de nye sundhedscentre, som kommunerne er i gang med at etablere, får et meget bredt tilbud og vil samle både eksisterende sundhedsopgaver og nye former for sundhedsfremme.

Det viser en opgørelse fra Statens Institut for Folkesundhed. Den bygger på de 63 ansøgninger, som kommunerne i 2005 sendte ind med ansøgning om støtte fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets pulje. Godt halvdelen falder i den kategori, som opgørelsen kalder et sundhedscentrum.

Den næststørste gruppe er de sundheds-

fremmecentre (hvert femte), der er specielt beregnet på genoptræning. Herefter følger kronikercentre for patienter med kroniske sygdomme og livsstilssygdomme som deres målgruppe. Det er især mellemstore kommuner, der har planlagt den type centre.

Endelig vil nogle få kommuner, alle store, oprette centre for socialt udsatte, dagpengemodtagere o.l.

18 af de planlagte sundhedscentre har fået penge bevilget fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets pulje. De skal evalueres løbende af Statens Institut for Folkesundhed, og man vil bl.a. se på, hvordan cen-

trene med de meget brede tilbud kommer til at fungere.

"Fordelen ved sådan et sundhedscentrum er, at borgerne kan få løst forskellige problemer i ét center i lokalområdet," siger *Susanne Boch Waldorff*, Statens Institut for Folkesundhed.

"Risikoen er, at det kan blive dyrt, fordi der skal være så mange forskellige kompetencer til stede. Det er afgørende, at man udnytter hinanden, så der opstår en synergi."

Se www.si-folkesundhed.dk under *Ugens Tal* (uge 13).

Lys over en mørk periode i sygeplejen

Af Grethe Kjærgaard, journalist

Renæssance. Dansk Sygeplejehistorisk Museum åbner dørene til en særudstilling om sygepleje og behandling i renæssancen. Det sker i forbindelse med det nationale initiativ *Renæssance 2006*.

"Doktor Ro, Doktor Munterhed og Doktor Diæt – og Kærlig Sygepleje" er den lovende titel på Dansk Sygeplejehistorisk Museums nye særudstilling, der netop er åbnet i museets unikke lokaler i Kolding. Udstillingen er blevet til i forbindelse med initiativet *Renæssance 2006*, som sætter fokus på renæssancen i Danmark (1500-1650) og dens betydning for vores tid.

Med materiale fra Danmark og Europa præsenterer udstillingen en epoke i sygeplejens historie, som er blevet kaldt "sygeplejens mørke periode." Den vil museumsinspektør *Inger-Marie Børgesen* og hendes medarbejdere gerne vise ikke var så mørk endda.

Doktor Ro, Doktor Munterhed og Doktor Diæt refererer til skriftet

Lægekunstens Blomst, et populært værk på vers fra en berømt lægeskole i den syditalienske by Salerno. Skolen stammer fra 900-tallet og fik stor betydning for Europas læerde. Mange af skolens skrifter blev mangfoldiggjort og oversat til flere sprog.

"Museet har brugt en engelsk oversættelse fra 1608, hvor der i de sidste linjer i et længere vers nævnes de tre gode læger Ro, Munterhed og Diæt. Vi har så føjet *Kærlig Sygepleje* til, da plejen var vigtig for patienten også dengang, ikke mindst fordi behandlingsmulighederne var så få," siger *Inger-Marie Børgesen*.

I renæssancen, der betyder genfødsel, kom det enkelte menneske i centrum. Det gjaldt også inden for behandling og sygepleje, som fortrinsvis fandt sted i klostervæsenets regi. Reformationen i 1536 afskaffede klosterne i Danmark, og det betød nedtur for en værdifuld faglig tradition. Men i de katolske lande fortsatte traditionen, hvor nye klosterordner blev dannet med det hovedformål at tage sig af samfundets svageste, de syge og de nødlidende.

I særudstillingen følger man denne udvikling hos Sct. Vincent Søstre og Sct. Joseph Søstre. Det er ikke mindst deres virke, som har dannet forbillede for den moderne sygepleje. *Florence Nightingale* hentede især inspiration hos Sct. Vincent Søstre. I Danmark var det særligt Sct. Joseph Søstre, der markerede sig med deres sygepleje. Søstre drev i alt otte hospitaler i Danmark. Det sidste, Sct. Josephs Hospital i Aalborg, lukkede i 1990. Alle blev de udkonkurreret af det offentliges overtagelse af sundhedsvæsenet samt et dalende antal søstre.

Sygeplejersken *Benedikte Ramsing* er i sygeplejerskekredse nok den bedst kendte Sct. Joseph Søster. Som forstanderinde for Sct.

►► **SØSTER-SYGEPLEJEN I DANMARK.** Sct. Joseph Søstre kom ligesom Sct. Vincent Søstre til Danmark efter religionsfriheden i 1849. Sct. Joseph Søstre etablerede og drev i alt otte hospitaler her i landet fra 1856. Deres første hospital, Sct. Josephs Hospital, åbnede i København i 1875. I 1926 blev hospitalet udbygget med en sygeplejeskole, som fra 1950'erne placerede sig blandt landets bedste. I provinsen åbnede søstre i perioden 1879-1904 syv hospitaler, en række klinikker og et sanatorium.

Sct. Vincent Søstre kom til Danmark i 1904 og har primært virket i Helsingør.

Nyt fagligt netværk

Virtuelt forum. "Netværk for forskningsinteresserede sygeplejersker" er titlen på et nyt fagligt initiativ. Der er tale om et virtuelt forum, der er tilgængeligt for alle, der ønsker at blive medlem. Via netværket kan man eksempelvis hente viden i tidsskriftssamlinger og søgemaskiner og – måske endnu mere vigtigt – få kontakt med andre forskningsinteresserede. Der bliver mulighed for at udveksle viden, lægge igangværende projekter ud til debat, hente kompetenceprofiler på sygeplejefaglige ressourcepersoner, søge vejledning, hente inspiration og arrangere virtuelle møder.

Netværket er oprettet i et samarbejde mellem chefsygeplejersker og udvalgte ressourcepersoner fra sygehusene og sygeplejeskolen i Vejle Amt. Netværket er også åbent for forskningsinteresserede sygeplejersker uden for amtet.

Netværkets hjemmeside ligger på www.sundhed.dk/info/vejleamt under menuen "Særligt for fagfolk." Henvendelse kan ske til Peder Ohrt, Sygeplejeskolen Vejle Amt, på po@vas.dk, Dorte Rørmann, Enhed for klinisk kvalitet Vejle Amt, på drm@ekk.vejleamt.dk, Jette Ammentorp, Kolding Sygehus, på ammentorp@tdcadsl.dk og Anna Birte Sparvath, Horsens og Brædstrup Sygehus, på abs@vejleamt.dk (gk)



ILLUSTRATION: MUSEA BRÜGGE, BRÜGGE

Augustinersøstre plejer her de syge på Sct. Johns Hospital i den belgiske by Brügge. Billedet er malet af kunstneren Johannes Beerblok i 1778 og viser, hvordan man også på det tidspunkt tog sig af de syge på samme måde og efter de samme principper som i renessancen.

Josephs Sygeplejerskole stod hun i spidsen for en af datidens eliteskoler. Hun har sammen med historikeren *Susanne Malchau* bidraget til særudstillingen med materiale om netop Sct. Vincent og Sct. Joseph Søstre.

Særudstillingen slutter den 22. oktober 2006.

Embedslæger ser på træning af plejehjemsbeboere

Kvalitetstjek. Kvaliteten i det kommunale træningstilbud bliver et særligt tema, når landets embedslæger og deres sygeplejekonsulenter udfører plejehjemstilsyn i 2006.

En undersøgelse fra Vestsjællands Amt viser nemlig store forskelle i tilbuddene fra kommune til kommune og fra plejehjem til plejehjem. (Se artiklen "Store udsving i træningstilbud" side 38).

Embedslæge *Hans Trier*, der gennemførte undersøgelsen i 2003, understreger, at den ikke kan bruges til en kvalitetsvurdering af træningstilbuddene.

"Men når man finder så store forskelle, som vi gjorde, kan der være grund til at se på, om kvaliteten er i orden," siger han.

"Og spørgsmålet om, hvordan niveauet skal være, bliver jo i høj grad aktuelt, når kommunerne skal lægges sammen."

Til de mere bekymrende resultater hører, at personalet på hvert sjette plejehjem kun havde tid til at gå tur med beboerne én gang om måneden eller sjældnere.

Overordnet viser undersøgelsen, at plejehjem med egne terapeuter og træningslokaler har flere beboere i fysioterapeutisk træning end plejehjem med mere begrænset adgang til træning. Mens nogle af de vestsjællandske plejehjem slet ikke havde beboere i fysioterapeutisk træning i 2003, var andelen andre steder så høj som 88 pct.

I forbindelse med plejehjemstilsynet 2006 har embedslægerne formuleret en række tjekpunkter, som skal belyse, om kommunerne rent faktisk lever op til den træningsforpligtelse, de har ifølge lovgivningen.

"Vi vil se på beboere, som for nylig har haft et tab af gangfunktion. De, som kan rejse sig ved hjælp af en rollator eller et andet gangredskab, men ikke kan tage et skridt på egen hånd," siger Hans Trier.

"Det er en nøglegruppe, for det er beboere, som en fysioterapeut godt kan træne op, og som pludselig bliver meget tunge, hvis de ikke genvinder gangfunktionen. Her vil vi se på, om beboerens træningsbehov er vurderet, om der er lagt en plan for træning, om den er sat i gang og evt. gennemført. Og hvis ikke, hvad grunden er til, at det ikke er sket."

(kb)

Vidste du at ...

... der bliver færre enlige ældre kvinder? I 2006 er 56 pct. af de danske kvinder mellem 70 og 79 år enlige. I 1996 var der 61 pct. enlige i denne aldersgruppe. En del af forklaringen er, at flere gifte mænd overlever til en høj alder. I en årrække er dødeligheden faldet mere for danske mænd end for danske kvinder.

Kilde: Nyt fra Danmarks Statistik, 24. februar 2006.

”Men alkoholforbruget blandt de unge er stort set det samme, forskellen er bare, at det nu i stigende grad er forældrene, der køber alkohol til deres børn. Det viser en evaluering af lovgivningen, som Center for Alkoholforskning under Statens Institut for Folkesundhed har gennemført.”

Urban, den 24. marts 2006.

Social- og sundhedsassistenter vil have autorisation

Af Susanne Bloch Kjeldsen, journalist

Kvalitetsstempel. Social- og sundhedsassistenter skal omfattes af autorisationsloven, fordi de i stigende omfang arbejder med selvstændige funktioner hele døgnet. Det mener Fag og Arbejde (FOA), som har præsenteret synspunktet for sundhedsministeren og Folketingets Sundhedsudvalg.

Sygeplejersker, fysioterapeuter og ergoterapeuter er autoriserede. Fodterapeuter og tandplejere er det. Hvorfor så ikke social- og sundhedsassistenter? Det er der ingen logik i, mener Fag og Arbejde (FOA), som har rejst ønsket for indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen (V). Her var svaret dog en afvisning.

”Han mener, at der allerede er alt for mange faggrupper, der er autoriserede, men det synes vi ikke er nogen faglig begrundelse

for et afslag,” siger sektorformand i FOAs social- og sundhedssektor, Karen Stæhr.

29. marts havde FOA derfor bedt om foretræde for Folketingets Sundhedsudvalg, hvor forslaget blev præsenteret.

”Det vil løfte kvaliteten, hvis vores titel bliver beskyttet, så ansættelsesmyndigheder, samarbejdspartnere, borgere og patienter ved, at titlen social- og sundhedsassistent betyder, at der er nogle uddannelsesmæssige krav, man skal leve op til. Det er både vigtigt i dag og bliver det også i fremtiden, når vi skal tage os af nye opgaver i kommunerne,” siger Karen Stæhr.

Patientsikkerhed er et andet argument fra FOA for at opnå autorisation.

Autorisation kan også være med til at løfte social- og sundhedsassistenters status i for-

hold til deres nærmeste samarbejdspartner, sygeplejerskerne. Det mener social- og sundhedsassistent Gerd Hansen, der er ansat på Øre-, næse- og halsafdelingens operationsgang på Gentofte Amtssygehus.

”Social- og sundhedsassistenter er uddannet til at varetage arbejdsopgaver under eget ansvar, vi arbejder ikke under sygeplejerskers ansvar. Det vil en autorisation være med til at synliggøre,” mener Gerd Hansen.

Sygeplejersker opnåede autorisation i 1933. Social- og sundhedsassistentuddannelsen blev oprettet i 1991 og er i dag ikke en beskyttet titel.

Det har ikke været muligt at få en kommentar om FOAs ønske om autorisation fra Dansk Sygeplejeråds formand, Connie Kruckow.

Bakterier på tastaturet? Stetoskopet?

Hospitalsservietter uden glycerol til aftørring af tastaturer, sakse, stetoskoper og naturligvis hud.

Lige til at have i lommen.



Brenntag Disinfection - Strandvejen 104A - 2900 Hellerup

Tlf. 4329 2800/4329 2843 - Fax 4329 2896

www.brenntag-disinfection.dk

Sikkerhed og velvære

NYHED

Kender du til revner og sprækker på hænderne?

Gør noget ved det nu!
Lad vores ny håndcreme,
uden parfume, forkæle dig.



Norge Mænd vil gerne betale for ligeløn

Gavmildhed. I Norge vil 37 pct. af mændene gerne afstå fra løntillæg i et år, hvis pengene bruges på, at kvinder kan få mere i løn. Det er det norske Sygepleierforbundet, der står bag undersøgelsen, som blev offentliggjort på kvindernes internationale kampdag den 8. marts.

Leder af Sygepleierforbundet *Bente Slaatten* er begejstret over de mange gavmilde mænd, der er i Norge.

"Det er virkelig dejligt. Med den udmelding siger mændene, at de ikke kun mener, at ligeløn er vigtigt, men at de gerne vil ofre penge selv for at opnå ligeløn. Jeg synes, det er overraskende, at så mange mænd er villige til at give så mange penge væk på en gang," siger Bente Slaatten til den norske avis *Verdens Gang*. (lfp)



Valg til lokale bestyrelser 2006

Hører du rigtigt hjemme i medlemsregistret?

Det er vigtigt af flere grunde, at oplysningerne i Dansk Sygeplejeråds medlemsregister er korrekte. I den aktuelle situation, hvor Dansk Sygeplejeråds aktive medlemmer skal vælge nye amtsbestyrelser, er oplysningerne i registret bestemmende for, i hvilken amtskreds medlemmerne er opstillingsberettigede og har stemmeret.

Du kan stemme til amtsbestyrelsen i den amtskreds, hvor du arbejder. Hvis du er aktivt medlem og ikke er i arbejde, kan du stemme til amtsbestyrelsen i den amtskreds, hvor du bor. Se i øvrigt DSRs love § 13, stk. 3. Det er derfor vigtigt, at Dansk Sygeplejeråds medlemsregister er korrekt.

Det er din registrering, som er gældende pr. den 1. maj 2006, der bestemmer, hvil-

ken amtskreds du har stemmeret til. Af hensyn til tidsplanen for trykning og udsendelse af stemmesedlerne skal alle ændringer, der har betydning for din stemmeret, være medlemsregistret i hænde senest den 10. april.

På forsiden af DSRs hjemmeside kan du tjekke dine medlemsoplysninger. For at få adgang til oplysningerne skal du logge ind med dit medlemsnummer og password. Under medlemsoplysninger kan du f.eks. ændre din adresse, arbejdssted, stilling mv. Send kun ændring til registret, hvis du er sikker på, at du er forkert registreret.

Efter den 12. april vil det ikke være muligt at få stemmeseddel til en anden amtskreds end den, du er registreret i.



Ved du, at der findes en bank, hvor der kun er adgang for dig, der er medlem af Dansk Sygeplejeråd. I DSR Bank har DSR sørget for, at du får kontante fordele på dine bankforretninger. Du kan fx få et gratis MasterCard og rabat på bank- og realkreditlån.

DSR Bank er en filial af Lån & Spar Bank, så du kan bruge den som enhver anden bank. Du får altså de særlige, kontante fordele i DSR Bank og kan samtidig nyde godt af alle de øvrige tilbud i Lån & Spar.

Lån & Spar Bank blev stiftet i 1880 for at skabe en ordentlig bank med gode priser for almindelige lønmodtagere. Meget har ændret sig siden, men missionen er stadig den samme. Derfor har Lån & Spar ingen erhvervskunder – men til gengæld en ambition om at være den bedste bank for private. Derfor får du ikke blot nogle af landets laveste priser; du kan også være sikker på at få ordentlig rådgivning om din privatøkonomi.

Vil du vide mere om dine fordele i DSR Bank, kan du læse mere på www.dsrbank.dk eller kontakte os på 3378 1927.

bedst til private

DSR Bank er en filial af Lån & Spar Bank A/S, København K, CVR 13538530

ER DU GLAD FOR SYGEPLEJEN...

...men længes efter at arbejde under andre rammer?

- Ønsker du en større viden om muskel, nerve og knoglevæv?
- Har du behov for mere fleksible arbejdstider?
- Trives du med gymnastik og bevægelse?
- Betyder tid til det enkelte menneske noget for dig?
- Er du visions- & idérig, men mangler et frirum til at føre det ud i praksis?

Vækker ovenstående interesse er vores
1-årige suppleringsuddannelse måske noget for dig!

Vi har mulighed for at klæde dig på til et job, hvor du vil kunne arbejde i tværfaglige teams eller selvstændigt. På vores hjemmeside www.eilbygaard.dk vil du kunne finde oplysninger omkring hvilken type af helbredsproblemer, du vil kunne arbejde med.

For yderligere information kontakt Benedikte C. Eilby på telefon 2624 8139 eller rekvirer vores uddannelsespeje på info@eilbygaard.dk

E i l b y g a a r d[®]
SUNDHEDSFREMME & FOREBYGGELSE

• SENETENSBEHANDLING • HOLDNINGSKORREKTION • GYMNASTIK
• UDDANNELSE • FOREDRAG • FØDELS & FORÆLDRE FORBEREDELSE

høgedals

Klik ind på www.eilbygaard.dk
for yderligere information.

 Sundhedsstyrelsen

MTV-PULJE 2006 - STØTTE TIL PROJEKTER I MEDICINSK TEKNOLOGIVURDERING

Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering (CEMTV) afsætter i 2006 en pulje på 6 mio. kr. til støtte for projekter, der er udformet som en medicinsk teknologivurdering (MTV).

MTV er en alsidig, systematisk vurdering af forudsætningerne for og konsekvenserne af at anvende medicinsk teknologi, hvor formålet er at frembringe bidrag til beslutningsgrundlag. På hjemmesiden, www.cemtv.dk, er der mere information om MTV, temaer for projekter og publikationer.

I 2006 gælder ny procedure for ansøgning om puljemidler

Sundhedsprofessionelle, forskningsmiljøer og andre interesserede kan indsende tilkendegivelser og projektskitser i form af en **synopsis på ca. en til to sider** udfra temaerne på www.cemtv.dk. Synopsen skal omfatte:

1. Ansøger/projektansvarlig persons navn og stilling
2. Øvrige projektdeltagere
3. Projektets titel
4. Projektets målgruppe(r)
5. En kort beskrivelse af projektets relevans for målgruppen/-erne
6. Formål med projektet
7. Projektets elementer og aktiviteter i store træk (metoder og data)
8. Overvejelser vedrørende formidling og implementering
9. Foreløbig tidsplan
10. Det ansøgte beløbs forventede størrelse.

Bemærk, at synopsen kun kan indsendes elektronisk og skal være CEMTV i hænde senest

onsdag den 17. maj 2006, kl. 12.00

Når synopsen er modtaget og registreret, sender CEMTV et kvitteringsbrev. I brevet står også, hvornår CEMTV forventer at kunne give tilbagemelding på ansøgninger. Tilbagemeldingen vil være enten i form af en anmodning om at arbejde videre med projektet og udarbejde en egentlig projektbeskrivelse med ansøgning, eller i form af et afslag på et angivet grundlag.

Der gennemføres en systematisk vurdering i CEMTV, hvori indgår peer-review ved eksternt faglig ekspertise fra Det Videnskabelige Råd.

Skema og vejledning findes på www.cemtv.dk. Få yderligere information hos specialkonsulent Staffan Stilvén, CEMTV, tlf. 72 22 77 39 - e-mail: ss@sst.dk

Rådgivning og vejledning

CEMTV har et formaliseret samarbejde med to lokale MTV-enheder, som også kan yde rådgivning og vejledning i forbindelse med ansøgningerne. Kontakt gerne en af MTV-enhederne så tidligt som muligt i forløbet:

- MTV-enhed, Århus Universitetshospital - e-mail: mtv@ag.aaa.dk
URL: <http://www.mtv-aarhus.dk>
- Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering (CAST), Syddansk Universitet, Odense - e-mail: cast@sam.sdu.dk
URL: <http://www.cast.sdu.dk>

Tilmeld dig CEMTVs nyhedsmail på www.cemtv.dk - og få løbende information om puljen og andre aktiviteter på MTV-området.

patienttøj

Sygeplejerske Mette Kürstein har lånt en patient-skjorte for at demonstrere sin pointe: Eget tøj gør det lettere for patienten at holde fast i sin identitet og sit selvværd.



Eget tøj gør patienten

Vanetænkning. Som indlagt patient mister man noget af kontrollen over sit eget liv. Det anonyme hospitalstøj gør det ikke lettere at bevare selvfølelse og handlekraft. Spørg jer selv, om afdelingens tøjrutiner støtter patienten eller det modsatte, opfordrer sygeplejerske Mette Kürstein, der er dykket ned i emnet.

I går var patienten afdelingschef, klædt i en dyr habit, vant til at formulere sig og tage beslutninger og på alle måder afdelingslægens og sygeplejerskens ligemand.

I dag sidder han til en vigtig samtale i en forvasket hospitalsslåbrok med stikkelsbærben og strømper i ål, og forholdet er ikke længere ligeværdigt. Danske sygehuse har tradition for, at patienterne må trække i det hvide, upersonlige patienttøj, når de bliver indlagt. Men hvorfor har den oppegående patient ikke sit eget tøj på, når han skal til samtale?

Og hvordan skal man bevare værdigheden i en skjorte, der er to numre for stor? Eller når man som mandlig patient må færdes på gangen med unisexflagretrusser, der hverken dækker helt eller halvt?

Den slags spørgsmål vil sygeplejerske Mette Kürstein gerne have sine kolleger rundt om i de danske sygehusafdelinger til at stille sig selv. Hun har skrevet en Klinisk Sygepleje-artikel om emnet til dette nummer af *Sygeplejersken* (læs artiklen "Patienternes tøj er utidssvarende" side 28).

Hun har en formodning om, at en mere tidssvarende tøjpolitik på de danske sygehuse kan gøre kommunikationen mellem patienter og professionelle bedre og mere ligeværdig.

"Hvis man i hverdagen har en stilling, hvor man er vant til at tage beslutninger, så er det den måde, man kender sig selv på. Og så matcher det ikke, når man sidder over for personalet i sit patienttøj. Så

er man nederst i hierarkiet," siger Mette Kürstein til *Sygeplejersken*.

"Patienttøjet kan være med til at fratage patienterne evnen til at handle for sig selv eller nedtone den. Man ser somme tider patienter, der nærmest flytter ind i tøjet og trækker sig fuldstændig tilbage. Men for en ældre patient kan det i sig selv være stimulerende at komme i sin egen kjole."

Privat tøj smitter i afdelingen

Ja, tøjet gør bestemt en forskel, oplever Isabelle Schwartzbach.

"Man bliver så forbandet anonym," forklarer hun.

Som patient med en kronisk sygdom har Isabelle Schwartzbach været indlagt

”Jeg går aldrig til samtale med lægen i hospitalstøj. Det kunne jeg ikke drømme om. For så er jeg underlegen.”

Isabelle Schwartzbach.

synlig

på mange forskellige afdelinger i kortere eller længere tid.

Hun har ingen problemer med at være klædt i patienttøj i situationer, hvor hun rent faktisk er sengeliggende.

”Men jeg går aldrig til samtale med lægen i hospitalstøj. Det kunne jeg ikke drømme om. For så er jeg underlegen.”

Isabelle Schwartzbach kan fortælle, at der allerede er løst meget op på tidligere tiders rigoristiske praksis.

”Før i tiden *skulle* man være i patienttøj. For mange år siden skulle jeg f.eks. indlægges på et sygehus i Københavnsområdet, og i modtagelsen blev jeg automatisk iført patienttøj og lagt i en seng og kørt op i en afdeling. Hvor jeg så kunne tage mit eget tøj på igen.”

Dengang protesterede Isabelle Schwartzbach, for hun ville ikke finde sig i den rutinemæssige anonymisering, hun oplevede.

Den praksis har hun aldrig oplevet på sygehusene i Århus, hvor hun bor.

Patienttøj behøver ikke at være et problem for de patienter, der kun er på sygehuset i kort tid, mener hun.

”Men jeg har været indlagt så meget. Jeg kan ikke tillade mig at være anonym så tit, uden at det også påvirker mig uden for sygehuset.”

Anonymiteten opstår, f.eks. når man ligger på en intensiv afdeling bag maskiner og slanger. Så er det svært at komme til udtryk som individ. Men Isabelle Schwartzbach har fundet ud af, at hun kan blive synlig ved at få noget andet tøj på. Så er personalet nødt til at tage stilling til hende.

På samme måde er hendes eget tøj vigtigt under de langvarige indlæggelser, hvor hun er oppegående en stor del af tiden.

”Man kan ikke aflægge sin identitet i så lang tid. Man er nødt til at være nogen,” siger Isabelle Schwartzbach.

”Og så har jeg lagt mærke til, at det smitter, når jeg går rundt i mit eget tøj i en afdeling. Så måske tror mange patienter, at det er noget, de ikke må.”

kbj@dsr.dk

DLS

Er du leder i sundhedssektoren?

Eller vil du gerne være det?

Så er DLS noget for dig

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

DLS udbydes i hele Danmark.

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

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

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

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

tlf. 54 888 224 • www.ceus.dk

HANDELSHØJSKOLE
CENTRET

CEUS
Handelshøjskolecenter

”På trods af, at folk går i deres eget tøj, er det meget, meget sjældent, at vi ser infektioner i operationssårene.”

Afdelingssygeplejerske Elsebeth Vesterheden, Århus Sygehus.

Af Kirsten Bjørnsson, journalist • Foto: Kissen Møller Hansen



Selv nyopererede går i privat tøj

Rutinebrydere. I geriatrien er der tradition for, at indlagte patienter går i eget tøj. Det er en del af rehabiliteringen. På Århus Sygehus har det vist sig, at selv nyopererede hoftepatienter uden problemer kan bruge privat tøj.

Patienter behøver ikke altid gå med det hvide patienttøj, når de er indlagt. De kan sagtens gå i deres eget tøj. Også selv om de er nyopererede. Den erfaring har man gjort på rehabiliteringsafsnittene G2 og G3, Århus Sygehus.

”Som udgangspunkt har alle patienter deres eget tøj på. Det har de haft siden 1998, da vi startede et projekt med apopleksi-patienter. Og det holdt vi fast i, da vi for to-tre år siden begyndte at modtage nyopererede hoftepatienter dagen efter operationen,” fortæller afdelingssygeplejerske Elsebeth Vesterheden.

Ved den lejlighed blev der stillet mange spørgsmål til tøjpolitikken.

”Men på trods af, at folk går i deres eget tøj, er det meget, meget sjældent, at vi ser infektioner i operationssårene,” siger Elsebeth Vesterheden.

Det handler om værdighed og om at give patienterne indflydelse på deres eget forløb, forklarer hun.

Tøjpolitikken er kun en del af en samlet tilgang. Der er terapeuter i afdelingen alle

ugens dage fra syv om morgenen til 10 om aftenen. De træner patienterne i alle dagligdagens situationer. Når patienterne skal på toilettet. Når de skal i tøjet. Alle måltider foregår i dagligstuen.

Men at patienterne skal bruge eget tøj, har ikke kun et træningsformål.

”Det giver større ligeværdighed, når man sidder over for hinanden. Patienterne er mere til stede og mindre syge – eller har i hvert fald bedre styr på deres sygdom,” siger Elsebeth Vesterheden.

Afdeling med vaskemaskine

Ulemper med folks eget tøj? Nej, det synes man ikke på G2 og G3. Operationssårene behandles efter de almindelige retningslinjer for sår. Hvis der er tendens til sivning, forstærker man bandagen. Uanset om patienten har afdelingens eller sit eget tøj på. Og som hovedregel bruger patienterne sygehusets undertøj, så de pårørende ikke skal vaske hele tiden.

Afdelingen bruger også patienttøj til terminale eller meget syge patienter.

”Det gør vi for ikke at anstrenge patienten for meget, og fordi det er varmt og ubehageligt at ligge i eget tøj i en seng. Der kan komme folder på tøjet, så det handler også om at forebygge tryksår,” forklarer Elsebeth Vesterheden.

Det er familien, der tager sig af patienternes tøj, sørger for, at der er nok, og at det er rent. Det kan godt give praktiske problemer, f.eks. hvis de pårørende er voksne børn, der bor langt væk. Men Elsebeth Vesterheden har aldrig været ude for, at pårørende bad afdelingen bruge hospitalstøj i stedet for patientens eget. De finder ud af det.

Med apopleksi-patienter, der har svært ved at spise selv og tit også har inkontinensproblemer, kunne man ellers mene, at hospitalstøj ville være mere praktisk end uldne trøjer og plisserede nederdele.

”Men vi snakker med de pårørende om, at de skal tage noget med, der kan tåle at blive vasket. Inkontinens er noget, vi arbejder meget på at udrede og forebygge. Selvfølgelig sker der uheld, men så vasker vi bare nederdelen,” siger Elsebeth Vesterheden.

Afdelingen har egen vaskemaskine, og i tørrekælderen bliver der sat en klemme med patientens navn på tøjet. Det er kun sket en enkelt gang, at noget tøj er blevet væk og har måttet erstattes.

Så alt i alt synes Elsebeth Vesterheden ikke, der er noget at betænke sig på for andre afdelinger uden for geriatrien.

”Jeg tror, det er et spørgsmål om at springe ud i det.”

kbj@dsr.dk

►► **INGEN HYGIEJNISKE BETÆNKELIGHEDER.** At patienterne går i eget tøj i en almindelig sengeafdeling, kan hygiejnesygeplejerske Mie Andersen, Århus Amt, ikke se noget problem i.

”Så længe vi ikke taler om operationsafdelinger eller patienter i isolation. Patienten har jo sin egen bakterieflora, og hvis bare det er rent, er der ikke noget i vejen for, at patienterne kan gå i eget tøj.”

”Problemet kan være, at alle ikke forstår det samme ved rent,” tilføjer Mie Andersen.

”Når man bruger hospitalstøj, har man sikkerhed for, at det er vasket ved de rigtige temperaturer og håndteret og opbevaret rent.”



Delegeretmøde i A-kassen

Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse (DSA) indkalder til ordinært delegeretmøde fredag den 9. juni 2006 kl. 10.00 på Vilvorde KursusCenter, Vilvordevej 70, 2920 Charlottenlund.

De i alt 69 delegerede, som udgør a-kassens øverste politiske ledelse, indkaldes til det årlige delegeretmøde med nedenstående dagsorden.

1. Velkomst
2. Valg af dirigent
3. Valg af stemmetællere
4. Godkendelse af dagsorden
5. Godkendelse af forretningsorden
6. Aflæggelse af beretning
7. Aflæggelse af regnskab
8. Fastsættelse af administrationsbidrag
9. Behandling af indkomne forslag
10. Valg af hovedbestyrelsesmedlemmer og suppleanter
11. Valg af formand
12. Valg af næstformand
13. Valg af revisorer
14. Eventuelt

Supplerende program

Efter afviklingen af mødets dagsorden bliver der i tidsrummet fra ca. kl. 12 – 13 lagt op til en debat af DSA's muligheder som arbejdsmarkedspolitisk aktør i det nye beskæftigelsessystem fra januar 2007. Debatten indledes af Jan Hendeliowitz, direktør for Beskæftigelsesregion Hovedstaden & Sjælland.

Tilhørere

Alle medlemmer af a-kassen har adgang til at overvære delegeretmødet som tilhører uden tale- og stemmeret. Af praktiske grunde bedes interesserede medlemmer senest den 24. maj 2006 bestille et adgangskort ved en mail til dsa@dsa-akasse.dk med oplysning om navn og fødselsdato.

Indsendelse af forslag

Alle medlemmer af a-kassen kan indsende forslag til behandling under dagsordenens punkt 9. Forslagene skal være DSA i hænde senest den 21. april 2006. Forslagsstillere med tilhørerstatus vil have taleret under behandlingen af det pågældende forslag.

Opstilling til valg

Alle medlemmer af a-kassen er valgbare til alle de fire anførte valg på delegeretmødet. De medlemmer, der ønsker at opstille som kandidat til et valg, skal gøre dette skriftligt ved enten et brev eller en mail til dsa@dsa-akasse.dk. Opstillingen skal være DSA i hænde senest den 2. juni 2006 kl. 15.00 og indeholde oplysning om kandidatens fulde navn, CPR-nummer og hvilket valg, der opstilles til.

Til valget af hovedbestyrelsesmedlemmer og suppleanter har sygeplejerskegruppen fem medlemmer med tre suppleanter, og de øvrige faggrupper har tilsammen et medlem med en suppleant.

Opstillede kandidater har mulighed for at præsentere sig ved et skriftligt valgoplæg og et portrætfoto. Valgoplægget må maksimalt være på 1.040 anslag svarende til 20 linier á 52 anslag, hvor ord, tegn, og mellemrum tæller med som et anslag. De indledende oplysninger om navn, alder, stilling, ansættelsessted samt poster tælles dog ikke med i de 1.040 anslag.

Valgoplægget kan indsendes som brev eller mail og skal også være DSA i hænde senest den 2. juni 2006. Portrætfotoet kan være på papir i almindelig pasfotostørrelse eller digitalt i jpg-format med minimum 300 dpi.

En beskrivelse af hovedbestyrelsens arbejdsopgaver m.m. kan findes på www.dsa-akasse.dk.

Ny professor Sygeplejeforskningen har medvind

Professorat. Årets tredje udnævnelse af en sygeplejerske til professor. Sygeplejersken og sociologen Lis Adamsen tiltræder et professorat i klinisk sygepleje under Københavns Universitet.

”Sygeplejeforskningen har medvind,” siger *Lis Adamsen*, sygeplejerske, sociolog og leder af Universitetshospitalernes Center for Sygepleje- og Omsorgsforskning, (UCSF), på Rigshospitalet.

Det er hun selv et godt eksempel på, for hun er den tredje sygeplejerske, der i år har fået tildelt et femårigt forskningsprofessorat. Tidligere på året overgik det *Helle Ploug Hansen* og *Lis Wagner*, der har fået professorater i Odense ved Syddansk Universitet.

Medvind har der dog langtfra været i de mange år, hvor dansk sygeplejeforskning har skullet etablere sig som selvstændig disciplin.

Danmark haltede længe bag efter de øvrige nordiske lande, hvor der allerede i 1970'erne var gang i opbygningen af kandidatuddannelser og forskningsinstitutter. Tilsvarende varede det også mange år, før det første danske forskningsprofessorat var i hus – og endnu flere år før det næste. Men nu kører det, ifølge Lis Adamsen.

”Da jeg i 1990 fik til opgave at opbygge UCSF, var det op ad bakke de første fem år. Men de seneste otte år har nærmest været en dans på roser, når jeg sammenligner med den første hårde tid. Det tværfaglige projekt ”Krop og Kræft,” som UCSF nu har kørt i en årrække i samarbejde med forskere på Finsencentret og Rigshospitalet, har ikke mindre end 32 donatorer, der gennem årene har doneret 12 mio. kr. Det siger noget om anerkendelsen af vores forskning,” siger hun.

En af de store donatorer har været Lund-

beck-Fonden, der nu igen er på banen med en stor donation, nemlig professorlønnen til Lis Adamsen de næste fem år.

Kræftsyrge får styrke

Lis Adamsen fremhæver, at donationen fra Lundbeck-Fonden netop understreger den forskningsprofil, som UCSF er blevet kendt for.

”Vi har for længe siden i samråd med vores bestyrelse vedtaget, at vores forskning skal være anvendelsesorienteret og involvere patienterne. Dvs. det er patient-

ternes problemer, vi tager udgangspunkt i for at udvikle nye initiativer, der kan bruges i praksis,” forklarer hun.

Projektet ”Krop og Kræft,” der kører videre og med flere forskere tilknyttet, er et markant eksempel på UCSFs kliniske interventionsforskning. Her inddrager forskerne patienterne i et aktivt forløb under hele forskningsprocessen.

”Projektet er også anderledes, fordi det tilbyder kræftpatienter at dyrke intensiv konditions- og styrketræning, mens de er i kemoterapi. Hidtil har den gængse anbe-

►► **FAGETS FEM PROFESSORER.** Sygeplejersken *Anne-Lise Salling* blev fagets første professor med en donation fra Dansk Sygeplejeråd og Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd. ”Fru Tschernings professorat” hed det, opkaldt efter *Henny Tscherning*, der var formand for Dansk Sygeplejeråd fra 1899-1927. *Anne-Lise Salling* var tilknyttet Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet ved universitetet i Odense fra 1993-1998. I 2002 udnævntes den norske sygeplejeforsker *Marit Kirkevold* til professor ved cand.cur.-uddannelsen ved Aarhus Universitet. Professoratet er en deltidsansættelse, idet *Marit Kirkevold* også er professor ved universitetet i Oslo. I 2006 udnævnes sygeplejeforskerne *Helle Ploug Hansen*, *Lis Wagner* og *Lis Adamsen* til professorer, de to første ved Syddansk Universitet i Odense, *Lis Adamsen* ved Københavns Universitet.

►► **NY SUNDHEDSFAGLIG KANDIDATUDDANNELSE.** Cand.scient.san.-uddannelsen eller den sundhedsfaglige kandidatuddannelse ved Københavns Universitet er et nyt tilbud til sygeplejersker og andre med en sundhedsfaglig baggrund. Om nogen er *Lis Adamsen* en af de fagfolk, der i årevis har kæmpet for, at også København nu kan udbyde cand.scient.san.-uddannelsen. Universiteterne i Odense og Århus har hidtil været ene om at udbyde den, ligesom det kun er på Aarhus Universitet, at man kan tage den monofaglige kandidatuddannelse cand.cur. Cand.scient.san.-uddannelsen i København hører hjemme på universitetets sundhedsvidenskabelige fakultet. Første hold på 27 deltagere startede 1. februar 2006. 18 af dem er sygeplejersker.

►► **BLÅ BOG.** Lis Adamsen er uddannet sygeplejerske fra Bispebjerg Hospital i 1967. Efter uddannelsen har hun været 10 år i praksis i så forskellige specialer som intensiv sygepleje, neurokirurgi, gastroenterologi og psykiatri. Også en tid i hjemmesygeplejen er det blevet til. Derefter tog hun en studentereksamen og den etårige uddannelse til sygeplejelærer fra Danmarks Sygeplejerskehøjskole. I 1975 fik Lis Adamsen som den første sygeplejerske Dansk Sygeplejeråds forskningsstipendium. I 1980 blev hun magister i sociologi fra Københavns Universitet og licentiat i 1986. I 1990 kom udnævnelsen til klinisk lektor og institutleder ved Universitetshospitalernes Center for Sygeplejeforskning (UCSF). Forskningsprofessoratet i 2006 er femårigt og tilknyttes Institut for Folkesundhedsvidenskab under Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet på Københavns Universitet, men placeres på UCSF, hvor Lis Adamsen fortsætter som forskningsleder. Der er tiltrædelsesforelæsning den 7. april kl. 14 i Auditorium I på Rigshospitalet.

Af Grethe Kjærgaard, journalist • Foto: Heine Pedersen



faling været, at kræftpatienterne skulle skåne sig selv for ikke at stresses og ødelægge den almene tilstand,” siger Lis Adamsen, der sammen med sine forskerkolleger kan glæde sig over, at projektet har givet kræftpatienterne både styrke og livsmod.

”Parykkerne bliver hængt til side, musikken kører, humøret er højt,” siger Lis Adamsen, der fik ideen til projektet, da hun for nogle år siden talte med et par unge mænd på Finsencentret.

”Begge havde kræft, og som de sagde til mig: Væggene er grå, ingen har hår på hovedet, og alle er kedede af det. Kan vi ikke få en kondicykel sat op? Vores projekt ser netop på den kræftsyrge krops potentialer i stedet for på dens svagheder.”

Tre hundrede patienter har været gennem programmet. Projektet går nu ind i sin tredje fase, der er tilrettelagt som et klinisk kontrolleret forsøg.

”Det er den vej, vi skal som forskere for at dokumentere vores indsats inden for sygepleje og omsorg,” siger hun og giver et lille rids af udviklingen inden for sygeplejeforskningen.

Bedst med samarbejde

”Her har der været meget fokus på patientoplevelser – patientens oplevelse af

smerter, af at få en stomi, af at være langvarigt syg mv. Typisk har det været en kvalitativ metode, man har brugt til disse projekter.

Kvalitetsudvikling, dokumentation og evaluering er et andet område, der har været fokus på. Herudover har der været hele den pædagogisk orienterede sygepleje og udviklingen af sygeplejeteori,” fortæller hun og peger på, at tiden nu er inde til for alvor at kaste sig over den kliniske interventionsforskning.

”Den står stærkt internationalt – især i USA, Canada og Storbritannien. I den type forskning går forskeren sammen med klinikerne eller er selv kliniker og afprøver noget nyt med patienterne, som man måler på,” siger hun og tilføjer:

”Det psykosociale aspekt bliver selvfølgelig ikke glemt. Det går som en rød tråd gennem alle vores projekter. I ”Krop og Kræft” kan vi f.eks. se, at der er et markant fald i angst og depressioner hos projektdeltagerne.”

Lis Adamsen understreger, at man ikke som enkeltstående faggruppe kan løse patientens problemer. Dertil er de alt for komplekse.

Derfor er vejen frem tværfaglige forskningsprojekter. I projektet ”Krop og kræft” medvirker foruden sygeplejer-

sker også læger, fysioterapeut og psykolog.

”Jeg har set for mange eksempler på sygeplejersker, som har siddet alene med deres forskning. Det har virkelig været sejt. Efter min mening har det været fejlagtigt at tro, at sygeplejeforskningen ville udvikle sig bedst, hvis man kun diskuterede med sygeplejersker.

Tværtimod – så mener jeg, at man som forsker udvikler sig allerbedst ved at få andre faggruppers perspektiv på sin forskning. I stedet for at mure sig inde kunne man f.eks. prøve at gå med i nogle af de lægeinitierede forskningsprojekter, hvor man ønsker deltagelse fra sygeplejersker. Det kan blive en blændende oplæring i forskning,” siger hun og peger på, at havde ”Krop og Kræft” netop ikke været tværfagligt, var man aldrig nået så langt, som tilfældet er i dag.

”Jeg er overbevist om, at der er uanede muligheder for tværfaglige samarbejdsprojekter. Klinikken ønsker den tværfaglige forskning. Her står man med åbne arme, er mit indtryk. Her ser man ikke på os med de mellemlange videregående uddannelser som halvstuderende røvere. Man vil virkelig gerne have os med.”



Valg til lokale bestyrelser 2006

Det lokale bestyrelsesmedlem

Vejen til indflydelse kan være kort

Påvirkning. Dansk Sygeplejeråd er en stolt gammel dame, som indimellem er lidt tung at danse med, siger amtsbestyrelsesmedlem Lars Elbrandt. Men det kan også gå forbavsende hurtigt.

►► **UANSET HVAD.** Interviewet med *Lars Elbrandt* fandt sted, inden han og de øvrige 152 medlemmer af Dansk Sygeplejeråds kongres hverken valgte en regionsmodel eller en kredsmode for fremtidens DSR, da kongressens afstemning endte med et uafgjort resultat 76-76. Men for Lars Elbrandt er Dansk Sygeplejeråds struktur ikke afgørende for hans beslutning om at genopstille:

"Jeg ville vælge at stille op til valget af lokale bestyrelser under alle omstændigheder. Min lyst til at påvirke Dansk Sygeplejeråd ændrer sig ikke med den strukturmodel, vi får. Er det en model, som jeg ikke mener er hensigtsmæssig, er der jo bare så meget mere grund til at søge at påvirke udviklingen."

sp@dsr.dk

"Dansk Sygeplejeråd er ikke stærkere, end medlemmerne gør det til. Hvis de ikke tør råbe op, så opnår vi ikke tilstrækkeligt, og så er Dansk Sygeplejeråd ikke stærkt nok."

Ordene kommer fra medlem af amtsbestyrelsen i Frederiksborg amtskreds, *Lars Elbrandt*. Han ved, hvad han taler om fra en årrække som tillidsrepræsentant og fællestillidsrepræsentant og foreløbig tre valgperioder i amtsbestyrelsen. Heraf halvandet år som frikøbt lokal DSR-næstformand, da *Dorte Steenberg* afløste *Connie Kruckow* på den lokale formandspost.

Lars Elbrandt: "Jeg er ikke i tvivl om, at når den nye kommunale struktur begynder at slå igennem, så bliver der ekstremt mange fag-magtkampe. De kommer til at handle om, hvordan man skal strukturere sig i sundhedsvæsenet, og hvem der skal bestemme. Og det bliver ikke kun kamp om magten mellem læger og sygeplejersker, det bliver også mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. I den situation bliver det vigtigt at have en stærk organisation i ryggen. Især på ledelsesområdet er vore ledere nødt til at kridte skoene."

Lars Elbrandt mener, at det nye politiske Danmarkskort bliver en stor sundhedspolitisk udfordring for sygeplejerskerne:

"De faglige ledere og sygeplejerskerne "på gulvet" skal præge udviklingen på arbejdspladsniveau, mens Dansk Syge-

plejeråd skal præge det politiske billede. Og så tror jeg faktisk, at det også er vigtigt, at der er en del almindelige sygeplejersker, som plejer det politiske niveau. Både i forhold til deres lokale politikere, men også ved at de går i pressen og fortæller eller skriver, at set med vores øjne skal tingene være sådan og sådan, fordi det er bedst for patienterne. Dansk Sygeplejeråd er ikke stærkere, end medlemmerne gør det til. Hvis de ikke tør råbe op, så opnår vi ikke tilstrækkeligt, og så er Dansk Sygeplejeråd ikke stærkt nok."

At man kan opnå meget konkrete resultater ved at råbe op, kender Lars Elbrandt et frisk eksempel på i sin nærmeste omgangskreds, idet hans kone, som også er sygeplejerske, sammen med en kollega tog kampen op mod et lokalt spareforslag, der betød lukning af en klinik for voldtægts-ofre. Hun orienterede ledelsen, inden hun rettede henvendelse til de politiske beslutningstagere og den lokale presse om sagen. De havde rigtig mange gode faglige argumenter for, at klinikken ikke burde lukkes. "Jeg plejer ellers ikke at blive ringet op af sygeplejersker," sagde en lokal politiker. Men det hjalp. Enden blev, at klinikken ikke bliver sparet væk!

Den gode ballast

Lars Elbrandt siger, at tillidsrepræsentanter har store fordele af tillidshvervet som medlem af en lokal bestyrelse:

”Selv om jeg ikke længere er tillidsrepræsentant, kun suppleant, bliver jeg stadig ”brugt” af kolleger som én, man snakker problemer med. Og jeg henter megen inspiration fra de samtaler. Vi er 45-50 sygeplejersker på min arbejdsplads, så det giver en god berøringsflade med kolleger. Som tillidsrepræsentant har man et bedre mandat og en bedre kontakt med sit bagland, som man kan diskutere tingene med. Man får vendt og drejet tingene.”

Det var også som tillidsrepræsentant, Lars Elbrandt besluttede at stille op til amtsbestyrelsen.

”Det begyndte med nogle oplevelser af, at vi som tillidsrepræsentanter havde stillet nogle forslag, som Dansk Sygeplejeråd ikke ville give os lov til at føre ud i livet. Det kunne ikke passe, syntes jeg. Derfor måtte jeg søge at få indflydelse, og det måtte så være i amtsbestyrelsen.

Jeg har fundet ud af, at DSR er meget andet end tillidsrepræsentantarbejde. Skal jeg pege på noget, der kan virke frustrende, så er det, at ”den gamle dame” Dansk Sygeplejeråd indimellem kan være lidt tung at danse med. Nogle ting tager forbavsende lang tid. Andre bliver til gengæld ændret hurtigt.”

Hvad er så det mest tilfredsstillende ved at sidde i en amtsbestyrelse?

”Det var, da man første gang så sine egne formuleringer stå i et referat fra et hovedbestyrelsesmøde. Da tænkte jeg: Så er vejen hen mod, hvor beslutningerne træffes, alligevel ikke så lang. Der er ”hul” igennem! Det er også tilfredsstillende, når man oplever, at de diskussioner, vi har her i amtsbestyrelsen, bliver bragt videre ind i hovedbestyrelsen og fører til beslutninger. Det er godt, hver gang man kan se, at der er kort mellem top og bund i Dansk Sygeplejeråd.”

sp@dsr.dk



Lars Elbrandt: ”Det er godt, hver gang man kan se, at der er kort mellem top og bund i Dansk Sygeplejeråd.”

DE HJEMLØSES HUS



Dansk Røde Kors
TANDKLINIKKEN BISSERNE

Vil du hjælpe ude i den store verden?
Vil du også hjælpe naboen?

Siden år 2000 har Hovedstadens Røde Kors drevet De Hjemløses Hus. Det er et fristed for hjemløse og andre i tilsvarende situation i Københavns Nordvestkvarter. Huset har åbent på hverdage mellem kl. 9 og 16 (18), og udover at være en varmestue for nogle af samfundets mest udsatte medborgere, så er hele grundlaget for Huset, at man godt kan gøre noget ved sin situation som hjemløs. Huset har en række tilbud, som både kan skabe lyspunkter i en for mange ellers kummerlig dagligdag, men også nogle muligheder, som rækker videre end det.

Et af de mest bemærkelsesværdige tilbud i De Hjemløses Hus er tandklinikken BISSERNE. Her tilbyder 20 – 25 frivillige tandlæger og tandplejere alle former for tandbehandling fra tandrensning til fuld protese helt gratis for de hjemløse. Men de hjemløse har ikke blot store problemer med tænderne. De har problemer med sår, rifter, nedgroede negle, småbetændelser, eksem etc. etc. Det er alle de ting som andre mennesker klarer med lidt fornuftig hygiejne, men som hos de hjemløse, fordi de lever som de gør, i sig selv kan være overordentligt plagsomt, og som også kan udvikle sig alvorligt. Derfor har De Hjemløses Hus besluttet at lave et sidestykke til tandklinikken BISSERNE i form af NURSERNE, et tilbud om alt det som sygeplejersker, sundhedsplejersker, fodterapeuter, afspændingspædagoger og lign. er gode til og som kommer før man skal have fat i en læge. Er det noget som en læge skal kigge på, så arbejder vi sammen med Københavns Kommunes Sundhedsteam.

Har du en kunnen på disse områder, og kan du afse nogle timer om måneden til noget, som gør en verden til forskel for de hjemløse, så kontakt Husets daglige leder Stig Tarnow på mailadressen stt@drk.dk eller telefon 21759561 og hør nærmere.

Vi glæder os til at høre fra dig.
Brugere og medarbejdere i De Hjemløses Hus

TRYK eller TRYG

Få optimal trykaflastning
med en madras fra
KEBO CARE og oplev
øget trykthed og velvære

Vi tilbyder:

- Madrasser til forebyggelse og behandling af tryksår
- Forskellige principper og prisklasser
- Velkendte mærker (ROHO, NovaCare, Apollo)



KEBO CARE

Jernholmen 41 • 2650 Hvidovre
Tlf.: 36 39 80 00 • Fax: 36 39 80 55
info@keboCare.dk • www.keboCare.dk

Ring og hør mere om
vort madrasprogram

Fjern røgen

Forebyggelse. Regeringen vil forebygge, at du udsættes for passiv rygning mod din vilje. Det er målet i et helt nyt udspil fra sundhedsministeren.

Umiddelbart lyder det godt. For vi ved, at passiv rygning er skadeligt for helbredet. F.eks. har børn, der udsættes for passiv rygning, højere risiko for infektioner og flere hospitalsindlæggelser. Vi ved også, at hvert år dør 47 danskere af passiv rygning, alene fordi de er blevet udsat for det på arbejdet.

Men der er desværre så mange huller i regeringens udspil, at røgen vil sive ud og føre til passiv rygning. Et eksempel: Fremover vil det ikke være tilladt at ryge i offentlige rum – dvs. butikcentre, idrætsklubber og sportshaller, kulturinstitutioner osv. Men der er desværre undtagelser, der svækker forbuddet. F.eks. bliver der mulighed for at indrette særlige rygerum. Det er ikke godt nok, for det er dokumenteret, at røgen siver ud.

“Samlet set er regeringens udspil for slapt og lider af berøringsangst.”

Den gode nyhed for sundheden er, at der kommer et totalt rygeforbud på offentlige arbejdspladser, så det fremover ikke er tilladt at ryge indendørs. Men samlet set er regeringens udspil for slapt og lider af berøringsangst.

Det er et godt eksempel på, at vi har behov for en ny kurs i sundhedspolitikken. Sundhedsfremme og forebyggelse skal tages langt mere alvorligt end i dag. Vi er gode til at sætte ind med sygepleje og behandling, når borgerne først er blevet syge. Men vi er ikke gode nok til at fremme borgernes sundhed og forebygge sygdomme. På det felt skal regeringen skruer ambitionerne i vejret:

Vi har behov for et forbud mod røg på alle arbejdspladser og i det offentlige rum. Og vi har behov for nationale mål – der både er konkrete og målbare – for, hvor meget rygningen skal reduceres.

Her kan politikerne med fordel skæve til Storbritannien, hvor sundhedsmyndighederne har sat mål for, hvor meget rygningen skal reduceres i de forskellige befolkningsgrupper frem til 2010. F.eks. skal andelen af børn, der ryger, reduceres fra 13 pct. til 9 pct. Den slags mål forpligter. Og det er muligt at evaluere, om man har nået målsætningen.

Vi kommer ikke helt i mål, hvis vi kun tager et halvhjertet skridt. Derfor skal vi have en meget mere systematisk tobaksforebyggelse end i dag – ligesom vi også skal forbedre borgernes sundhed ved at sætte ind på kost-, alkohol-

og motionsområdet og over for de otte folkesygdomme. Med andre ord: Danmark har hårdt brug for en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse.



Connie Kruckow

Connie Kruckow, formand



To hænder og et stort hjerte

Af Mette Hansen, sygeplejestuderende

Kommentar til artiklen "Sygeplejersken er selv hiv-smittet" i Sygeplejersken nr. 5/2006.

Efter at have læst artiklen "Sygeplejersken er selv hiv-smittet" i *Sygeplejersken* nr. 5/2006 kom jeg til at tænke på, om jeg som sygeplejestuderende på 2. semester ikke kan gøre noget for de hiv- og aids-smittede. Både for at jeg som sygeplejestuderende kan komme ud og opleve verden og se, hvad jeg kan bruge sygeplejefaget til i ulandene, og for at yde en gratis arbejdskraft for nogen, som virkelig har brug for hjælp. Artiklen rørte mig meget dybt, og jeg havde lyst til at pakke mine ting med det samme og rejse derned og hjælpe, hvad end jeg kan gøre. Sygeplejefagligt set kan jeg nok ikke yde den store hjælp, men jeg har da to hænder og et stort hjerte, som kan være med til at yde omsorg.

Mette Hansen er sygeplejestuderende på Sygeplejerskolen i Århus.

Hvad mener du

www.sygeplejersken.dk

Denne uges spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:

Regeringen er kommet med et nyt udspil om rygepolitik i Danmark. Bl.a. vil de forbyde rygning i det offentlige rum. Hvad synes du om forslaget? Er det for: Restriktivt? For slapt? Tilpas? Ved ikke?

Svar på spørgsmål stillet i *Sygeplejersken* nr. 5/2006:

Føler du dig rustet til at kunne yde åndelig omsorg til døende patienter?

Svar	antal	pct.
Ja	153	63,0
Nej	70	28,8
Ved ikke	20	8,2
I alt	243	100

“Data viser også, at mange flygtninge og indvandrere benytter den praktiserende læge noget mere end gennemsnittet af danskerne. Men denne gruppe bruger ikke lægen mere end andre danskere, der er i samme sociale situation. Der er nemlig en klar sammenhæng mellem at stå svagt socialt og at bruge læger og skadestuer mere. Derfor kan man heller ikke rask væk sammenligne forskellige etniske grupper lige over med danskere.”

Kay Jokil, sekretariatschef i Vollsmose, i Kristeligt Dagblad.

Det er ikke synd for nyuddannede

Af Anne Just, chefsygeplejerske

Kommentar til artiklen "Svært for nyuddannede sygeplejersker at få fast arbejde" i Sygeplejersken nr. 3/2006.

“Mange nyuddannede har svært ved at finde fast arbejde og går fra vikariat til vikariat. (...) Det gør det svært for de nyuddannede at opbygge et fast tilhørsforhold til arbejdsmarkedet. (...) Flere steder i landet ansætter man ikke nyuddannede i faste stillinger.”

Sådan kunne man læse i artiklen “Svært for nyuddannede sygeplejersker at få fast arbejde” i *Sygeplejersken* nr. 3/2005. Ar-

tiklen beskriver resultatet af en undersøgelse af nyuddannede sygeplejerskers ledighed og indeholder derudover en række fortolkninger af undersøgelsen, som formand for DSA, *Grete Christensen*, lægger navn til.

Jeg må sige, at jeg som chefsygeplejerske for hen ved 600 sygeplejersker på Silkeborg Centralsygehus og Hammel Neurocenter ikke kan kende det billede, som tegnes i artiklen.

Når jeg en gang om måneden sammen med mine to kolleger i sygehusledelsen tager imod vores nyansatte medarbejdere for at fortælle dem om den arbejds-

plads, som de nu er blevet en del af, kan jeg ved selvsyn konstatere, at der næsten hver gang er en lille håndfuld nyuddannede sygeplejersker med. Og jeg kan konstatere, at de bliver ansat i vikariater, i projektstillinger og i faste stillinger.

Jeg kender ikke til, at noget sygehus på forhånd udelukker nyuddannede fra at blive ansat i faste stillinger. Og jeg kender ikke til noget sygehus, som har det udgangspunkt, at det ikke er villigt til at “løbe risikoen” ved at ansætte nyuddannede i faste stillinger.

Men jeg kender til, at vi på Silkeborg Centralsygehus har relativt få udskiftninger i den faste personalegruppe. Og jeg kender til, at vi hele tiden efterspørger nye kolleger, der kan

indtræde i de mange vikariater, vi slår op, fordi vores medarbejdere går på barsel, tager videreuddannelse eller bliver syge. For sygehuse er jo en kvindearbejdsplads, og beregninger viser, at vi altid har mellem 8 og 10 pct. af vores stillinger besat med vikarer.

Sådan er virkeligheden. Og selv om jeg da kunne ønske for enhver nyuddannet, at hun fik en god fast stilling, umiddelbart efter hun dimitterede, så bliver jeg ikke alarmeret over, at hun altså må starte sin karriere med at pendle lidt rundt mellem vikariater og på den måde udvide sit faglige kompetencefelt.

Anne Just er ansat på Silkeborg Centralsygehus/Hammel Neurocenter.



**Tænk hjælpemidler i nye baner
Din dagligdag - Dit arbejdsmiljø**



Rehab Scandinavia 2006

Bella Center - 25., 26. og 27. april 2006
Dagligt fra 9 - 17. Gratis adgang

www.rehab-scandinavia.com

**REHAB
SCANDINAVIA**



CURE & CARE



Vi var bare ikke enige

Af Kristina Robins og Dorthe Boe Danbjørg, sygeplejersker

"Fremtiden kommer af sig selv, fremskridtet ikke." *Connie Kruckow* indledte den ekstraordinære kongres med dette citat af *Poul Henningsen* for at slå fast, at vi kan påvirke fremtiden, så vi får de fremskridt, vi gerne vil have. Kongressen var indkaldt for at beslutte, hvilken ny struktur Dansk Sygeplejeråd skulle have, men til alles overraskelse blev der som bekendt ikke vedtaget en ny struktur. Et overraskende resultat, som hos os medførte en stor skuffelse, eftersom vi internt i Dansk Sygeplejeråd har arbejdet længe med forslag til en ny politisk struktur.

Det har ikke været en nem opgave at skulle vedtage en ny struktur,

og det viser resultatet af afstemningen også tydeligt. Vi har selv været i tvivl og har set udfordringer og problemer med begge modeller. Det var der flere, som gjorde klart på kongressen – mange var i tvivl, lige indtil de satte deres kryds på stemmesedlen.

Vi kunne nu bruge lang tid og energi på selvransagelse; var modellerne kvalificeret godt nok, og var de overhovedet optimale? Men vi vil hellere se fremad og arbejde videre med at sikre både medlemmerne og det politiske arbejde i DSR i den nuværende struktur, indtil tiden er rigtig til en beslutning om en ny struktur.

Det, vi skal holde fast i, er, at

kongressen gerne ville fremskridtet i og med, at vi alle stemte for en ny struktur – men vi var bare ikke enige om, hvilken struktur der ville kunne tilgodese medlemmerne og det politiske arbejde. Har det handlet om, at vi ville fremskridtet for tidligt, uden at vi helt er klar til fremtiden? Opgaven med at skulle beslutte en ny intern struktur har været svær, fordi vi endnu ikke kender konsekvenserne af strukturreformen, og det gør vi først, når vi oplever fremtidens Danmark her i slutningen af 2006.

Nu må vi acceptere, at vi ikke fik fremskridtet her og nu. Men heldigvis kommer fremtiden helt af sig selv, og når vi har set, hvad

den byder på, må vi arbejde hen imod den struktur, der giver mening i en dagligdag, vi kender. Det er det, vi tror og håber på, og vi vil glæde os til det videre arbejde med at sikre Dansk Sygeplejeråd en struktur, som matcher medlemmernes behov og forhåbentlig også det nye Danmarkskort.

Kristina Robins er fællestillidsrepræsentant på Bispebjerg Hospital. Dorthe Boe Danbjørg er ansat på Børneonkologisk afdeling, Juliane Marie Centeret på Rigshospitalet. Begge er medlemmer af Hovedstadens amtsbestyrelse og genopstiller til valget i maj måned.

NU ER DEN HER!

Munksgaard Danmarks store grundbogsserie til sygeplejerskeuddannelsen!

KØB BØGERNE HOS DIN BOGHANDLER

GRUNDLÆGGENDE SYGEPLEJE 1-4

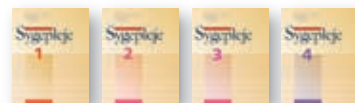
Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug
Normalpris kr. 1750,00 • 1300 sider • maj 2006

GRUNDLÆGGENDE SYGEPLEJE 1-4 er en helt ny lærebogsserie, der indeholder teoretisk viden, færdigheder og værdier, som udgør fundamentet i sygepleje og bygger på forsknings- og erfaringsbaseret sygeplejeviden og patienterfaringer.

Bind 1 fokuserer på sygeplejerskens møde med patienten, mens bind 2 og 3 omhandler patientens grundlæggende behov og den viden og de færdigheder, sygeplejersken må have for at kunne hjælpe patienten med at få dækket behovene.

Desuden behandles centrale emner som tryk, håb, lindring af lidelse og mestring. Bind 4 belyser forskellige sygeplejeteoretiske perspektiver og sætter sygepleje ind i en samfundsmæssig kontekst.

Til efteråret kommer seriens store website, der kompletterer og bygger videre på bogens materiale.



INTRODUKTIONSTILBUD!

Frem til 1.3.2007.

Få hele serien som introduktionspakke til kr. 1550,00 og få „Sundhedsfaglig ordbog“ med i købet.



Landsygeplejens historie 1863-1910



Der er kun i begrænset omfang skrevet om hjemmesygeplejens tidlige historie på landet, og "Landsygeplejens historie 1863-1910" giver et spændende indblik i dette emne.

Hvordan opstod landsygeplejen? Hvordan organiserede landsygeplejerskerne sig? Hvordan var landsygeplejens udvikling fra 1863 til 1910? Og hvordan blev landsygeplejen professionaliseret?

Bogen er skrevet af sygeplejerskerne Inger Clausen, Lis Vibeke Larsen, Erik Lund-Jensen og Karin Müller, som led i deres studier på Roskilde Universitetscenter.

"Landsygeplejens historie 1863-1910" er på 154 sider. Normalprisen for bogen er kr. 201,-. Medlemsprisen er kr. 147,- og studenterprisen er kr. 125,-.

KUPON
UDFYLDES MED
BLOKBOGSTAVER

DSR medlemsnr.:	
Sygeplejestud. medlemsnr.:	

Dansk Sygeplejeråd
Sankt Annæ Plads 30
Postboks 1084
1008 København K



Navn: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____ By: _____

stik "Landsygeplejens historie 1863-1910" DSR Publikation 177, 1999,
154 sider, illustreret. Salgspris kr. 201,00. Medlemspris kr. 147,00.
Medlemspris, sygeplejestuderende kr. 125,00.
Priserne er incl. moms.

Overset og overhørt igen

Af Ole Bjørke, sygeplejelærer

Så kom der (jan. 06) underskrifter på sygepleje- og radiograflærernes OK 05. Imidlertid er resultatet magert. Og jeg forudser reaktioner, når aftalen nærlæses af lærerne. Fem oplagte mangler:

- Manglende procentregulering i 2005.
- Uændret pensionsprocent.
- Indplacering på AC-lønsskala med lavere niveau end eksisterende aftale.
- Differentieret indplacering trods ens arbejdsopgaver og opgaveløsning.
- Tjenestemænd skal deponere deres opsigelse, såfremt de ønsker lektorbedømmelse.

Som eneste gruppe i Sundhedskartellet har undervisere ikke opnået procentregulering i 2005. Alle andre fik ca. 3.500 kr. Det vækker harme at blive overset.

Vi havde set frem til pension svarende til statens øvrige ansatte, men procenten forbliver uændret.

OK 02 angav to løntrin: 38 (i to år) og derefter 42. Da disse introduceredes, beklagede vi den urimeligt lave indplacering. Men vi blev overhørt. Nu indplaceres lærerne på en AC-skala, hvis højeste trin 8 er klart lavere end vores nuværende (42). Selv inklusive lektortillæg nås ikke trin 42 og de K-tillæg, mange undervisere allerede har opnået. Det gør, at man lokalt skal lave personlige ordninger for at rette misforholdene. Det er anden gang, vi må stille os tilfreds med: "at ingen går ned i løn ..." Jeg finder det perspektivløst.

Trods udtrykt forundring fastholdes differentiering i indplaceringen på lønskalaen. Baggrunden er en tvivlsom skelnen blandt relevante akademiske uddannelser. Vi løser ens planlægnings-, udviklings- og undervisningsmæssige op-

gaver uanset videreuddannelse. Men nu skal f.eks. disse indplaceres forskelligt. Flere yderst relevante masteruddannelser lider samme tort, og f.eks. er radiograflærernes uddannelser overset. Herved sendes nogle meget uheldige signaler, som lokalt må forhandles på plads.

Ved ønske om lektorbedømmelse skal tjenestemænd deponere deres opsigelse, når ansøgningen indsendes. Det er meget alvorligt for en tjenestemand at deponere de én gang opnåede privilegier. Faktisk har tjenestemænd været på prøve i to år ved ansættelsen. Mange tjenestemænd sætter nødtigt ansættelsen på spil, men de kan tvinges dertil f.eks. af ringe OK-overvejelser og -resultater.

Desværre løber aftalen helt til 2008.

Ole Bjørke er tillidsrepræsentant og ansat på Sygepleje- og Radiografskolen i Herlev.

Svar

Af Connie Kruckow, formand

Det er rigtigt, at undervisere i Sundhedskartellets område ikke er omfattet af det engangsbeløb, som andre grupper fik. Til gengæld er det omfattet af de statslige lønreguleringer. Årsagen er, at undviserne ikke er en del af aftalen om overgang til Sundhedskartellets nye lønmodel, hvor beløbet indgik som en del af aftalen.

Lønningerne reguleres den 1. april 2005. Ud over de almindelige reguleringer er der aftalt en særlig regulering den 1. oktober 2006, som fremgår af overenskomsten. Vi har fulgt sygeplejelærernes ønsker under forhand-

lingerne i 2005 om, at der på underviserområdet skulle indgås en overenskomst identisk med CVU-området. Det lykkedes for os. Desværre var det ikke muligt at opnå enighed om en pensionsprocent svarende til CVU. Ser man på de centralt fastsatte beløb, er det faktisk sådan, at indplaceringen på de nye løntrin 7 eller 8 med et adjunkt- eller lektortillæg vil give mere end indplacering på trin 42. Dertil kommer de lokalt aftalte tillæg. Allerede ansatte lærere overføres til de nye trin på baggrund af nuværende løn inklusive lokalt aftalte tillæg. Dvs. de vil blive indplaceret på trin 7 eller 8 afhængigt af, om de har yderligere uddannelse i form af master- eller kandidatuddannelse samt et udligningstillæg.

Sygepleje- og radiograflærere, der er ansat efter denne nye overenskomst, er bedre stillet end undervisere på CVU, hvor kun cand.cur. og cand.scient.san. giver ret til indplacering på trin 8. Men det er korrekt, at der ikke er indgået aftale om, at alle master- og kandidatuddannelser giver adgang til trin 8.

Allerede ansatte tjenestemænd kan vælge at indgive ansøgning om lektorbedømmelse. Vælger de at gøre det, skal de deponere deres opsigelse i forbindelse med ansøgningen. Hvis lektorbedømmelsen er positiv, så fortsætter ansættelsen uændret. Det får altså kun konsekvenser, såfremt bedømmelsen er negativ – en konsekvens, der også gælder for overenskomsten.

Det er fortsat min opfattelse, at DSR har opnået en overenskomst, som på en række punkter stiller sygepleje- og radiograflærerne bedre end undviserne på CVU, og at den lever op til langt de fleste af de krav, som lærerne rejste i forbindelse med forhandlingerne, herunder aflønning som på CVU-området og en stillingsstruktur, der åbner mulighed for at blive lektorbedømt.



Mød os på REHAB
stand C3004

TEMPUR® EN PROFESSIONEL PARTNER

TEMPUR Kombimadrassen på 14 cm er specielt fremstillet til systematisk forebyggelse af tryksår op til stadie 2.

Som standardmadras på hospital og plejehjem bidrager denne madras til effektiv styring af forbyggende tryksår.

Kvaliteten og ydeevnen gør, at madrassen er egnet til de fleste patienter. Det fleksible PU-betræk er vandtæt og svejst.



TEMPUR er et viskoelastisk, temperaturfølsomt materiale bestående af åbne celler, der følger kroppens konturer nøjagtigt. Den sfæriske cellestruktur bevæger sig nænsomt omkring kroppens kurver, så der ydes fuldkommen støtte, hvor der er behov for det, men uden at der dannes modtryk.

TEMPUR Danmark A/S · Holmelund 43 · 6650 Aarup
Tlf.: 63 43 43 69 · www.tempur.dk

Patient Læring

- fra passiv patient til kompetent medspiller

Konference i Esbjerg den 1. og 2. maj 2006

Mandag den 1. maj 2006

- Kl. 09.00 Ankomst og registrering
- Kl. 10.00 **Konferenceåbning**
v/MF Preben Rudiengaard
- Kl. 10.20 **The importance of self-management programs. Evidence and the future challenges**
v/Kate Lorig
- Kl. 11.40 **Pause**
- Kl. 12.00 **Læring for livet – projektevaluering**
v/lektor Flemming Svejstrup
- Kl. 12.40 **Frokost / Besøg posterudstilling**
- Kl. 14.00 **WORKSHOPS – Se nærmere på www.patientuddannelse.dk**
- Kl. 15.40 **Eksempler på lokal udvikling af Patient Læring**
v/centerleder Eva Borg, oversygeplejerske Helle Schnoor og centerkoordinator Edtvar Krogh
- Kl. 17.00 **Afslutning med lille event**

Tirsdag den 2. maj 2006

- Kl. 08.30 **Ankomst og kaffe**
- Kl. 09.00 **Hvad koster rehabilitering – lønner det sig?**
ERFARINGER FRA HJERTEREHABILITERING PÅ BISPEBJERG
v/læge Ph.D. Ann-Dorthe Zwisler
- Kl. 09.30 **Brugerinddragelse og brugernes stilling efter strukturreformen mht. Patient Læring og rehabilitering**
SET FRA DEN LOKALPOLITISKE VINKEL
v/sundhedsudvalgsformand Bent Poulsen
SET FRA EN PATIENTORGANISATIONS VINKEL
v/Charlotte Fuglsang
- Kl. 11.00 **The Expert Patients Program in Britain – Progress and experience**
v/Brendan O'Rourke
- Kl. 12.00 **Frokost / Besøg posterudstilling**
- Kl. 13.00 **WORKSHOPS – Se nærmere på www.patientuddannelse.dk**
- Kl. 14.20 **Pause**
- Kl. 14.40 **"Att använda sin egen kraft genom självhjälpsmetoder"**
Aktivt arbete i förebyggande, rehabilitering och integrations
interventioner i Blekinge
v/Birgitta Lundberg
- Kl. 15.20 **Den nationale udbredning af patientuddannelsesprogrammet "LÆR AT LEVE MED KRONISK SYGDOM"**
v/overlæge Svend Juul Jørgensen, Enhed for planlægning
KOMITEEN FOR SUNDHEDSOPLYSNINGS TILBUD
v/Pia Langhoff, Komiteen for Sundhedsoplysning
- Kl. 16.30 **Afslutning med lille event**

Konferencen foregår på:

Rundetårn, CVU Vest, Skolebakken 171, 6705 Esbjerg Ø

Konferenceafgift:

Kr. 1.695,00 incl. kaffe/frokost begge dage (excl. evt. overnatning)

Tilmelding:

Se tilmeldingsblanket på www.patientuddannelse.dk
eller mail: tilmelding@patientuddannelse.dk

Tilmeldingsfrist:

10. april 2006

Se evt. også det fulde program på www.patientuddannelse.dk eller rekvirer pjecen på nedenstående telefonnummer.

Læringscenter for sundhedsfremme

Jyllandsgade 79C – 6700 Esbjerg
Telefon 7612 7200
email: info@sundhedsfremme.dk
www.sundhedsfremme.dk



RIBE AMT





Jørgen Bendsen

Skab et ordentligt patientforløb

Regelsæt. Der er brug for standarder, der beskriver, hvordan patientens behandling og pleje videreføres, så patienterne ikke havner mellem to stole ved overgangen fra sygehus til eget hjem.

Standarder er med til at hjælpe os i hverdagen. Dette er gældende, hvad enten disse er lov-bundne eller er udtryk for sund fornuft. Det er således bedst, at man fortsætter med at køre i højre side af vejen, når man kommer over Storebæltsbroen. Sådan er det ikke nødvendigvis med elektroniske patientjournaler og de kommunale omsorgssystemer, og da slet ikke hvis disse skal overføre data fra det ene system til et andet. Sagt på en anden måde: Er et ordentligt patientforløb ikke også overgangen mellem kommunens hjemmepleje og sygehuset?

Det er der ikke meget fokus på i den offentlige debat. Debatten handler stort set kun om sygehusenes problemer med standardisering. Det er trist, for hjemmeplejen er et stort og vigtigt sundhedsområde.

Den seneste debat om den tvivlsomme hastighed, der er i udrulningen af elektronisk patientjournal (EPJ), begrundes bl.a. med de meget omfattende problemer, der er med standardisering af data og fastlæggelse af patientforløb. Dertil kommer fastlæggelsen af sundhedsfaglige termer. Det er derfor på tide, at man i det kommunale regi får beskrevet patientforløb, der kan sammenstilles med de patientforløb, der er i de kommende regionale sygehuse.

Den bedste behandling handler således om ikke blot at få fastlagt patientforløbet på sygehusene, men også forløbet mellem hjemmeplejen og sygehuset og omvendt. Mange misforståelser og manglende opfølgning mellem sygehus og hjemmepleje kunne herved undgås.

Det er ikke, fordi der ikke har været fokus på denne udfordring. Allerede i 1994 kom der et glimrende initiativ fra det daværende sundhedsministerium, hvorfra der bl.a. udkom pjecen "Mellem to stole." I den var der forslag til, hvordan man kunne bedre overgangen fra sygehus til hjemmepleje og vice versa. Der blev arbejdet meget med det, men overordnet blev der ikke holdt fast. Der er skrevet mange artikler om emnet, men det har ikke rigtig rykket. Samarbejdsudvalgene med repræsentanter fra sygehuset og de kommunale hjemmeplejer er ikke nok.

Kvalitet i Sønderjyllands Sundhedsvæsen (KISS) i Sønderjyllands Amt er et projekt, hvor man har arbejdet med denne sammenhæng. Projektet handlede om akkreditering af det sønderjyske sundhedsvæsen, men meget naturligt er den kommunale hjemmepleje og de praktiserende læger en væsentlig del af dette. Derfor blev der i dette projekt arbejdet med patientforløb mellem de forskellige sektorer.

Nordjyllands Amt har sundhedsaftaler med nordjyske kommuner. Heraf har 11 kommuner en sundhedsaftale, hvori der indgår genoptræning. Imidlertid er der ikke konkrete nedskrevne patientforløb med planer for, hvordan dette gennemføres. Desuden er patientforløb mere end genoptræning. Det er også behandling og pleje i et bredere perspektiv.

Der er brug for standarder, der præcist beskriver, hvordan patientens behandling og pleje videreføres fra et regi til et andet. Den største udfordring i den proces er at blive enige om de sundhedsfaglige termer, så man ikke er i tvivl om, hvad der skal ske, når patienten udskrives eller indlægges.

De kommunale hjemmesygeplejersker må for at fastholde det sygeplejefaglige niveau beskrive patientforløb, så kravene til oplysninger om patienterne fra sygehusene bliver klare. Det betyder, at oplysningerne om patienterne ikke kommer til hjemmesygeplejerskerne i enten højre eller venstre side af vejen, men i samme side i en klar og tilgængelig standard til gavn for klienten.

Jørgen Bendsen er sygeplejerske og sundhedsinformatiker (MI).
mjsj@privat.dk

Lene Theil Nielsen

Alt for tidligt har vi mistet en af vore gode kollegaer – *Lene Theil Nielsen*. Hun døde den 15. februar efter længere tids sygdom, 28 år gammel.

Lene blev uddannet på Svendborg Sygepleje Skole i 2002. Året efter blev hun ansat i A-Operation på Odense Universitetshospital. Lene brændte for operationssygeplejen og påtog sig hurtigt en stor opgave i arbejdet med de studerende i afdelingen. Hun tog nye udfordringer med et smil. Lene var netop påbegyndt en uddannelse som Klinisk Vejleder, da hun blev syg.

Lene var et meget hjertevarmt menneske med stor omsorg for sine medmennesker. Vi så hende altid glad og positiv. Hun vil blive husket for sin store optimisme og livsglæde. Trods sygdom gav hun ikke op.

Lene var meget åben omkring sin sygdom og lagde vægt på, at den ikke skulle være styrende for hendes liv. Sammen med *René* lagde hun planer for fremtiden, og i november fik de deres drømmebryllup. En af Lenes store drømme var at få sin egen hest, og drømmen opfyldte hun under sin sygdomsperiode. Hun tilbragte mange gode timer sammen med *Bacchus*.

Af Lene har vi lært noget meget vigtigt: At elske livet.

Vi vil savne dig, Lene.

Vore tanker går til *René* og *Bente* i denne svære tid.

*På vegne af personale på A-Operation, Odense Universitetshospital
Christina Lykke og Anne Brohus.*

Signe Østergaard

En januardag i 1964 var vi et hold håbefulde piger, som flyttede ind på Den Danske Diakonissestiftelses Sygeplejerskole for at påbegynde uddannelsen til sygeplejersker.

Dengang vidste vi ikke, hvor meget det ville komme til at betyde for os – også senere i livet – at have haft dig som forstanderinde for uddannelsen, og at vi ville blive det sidste hold, som du uddannede der.

På vegne af elevholdet fra januar 1964 føler vi behov for at udtrykke vor taknemmelighed. Uden din kyndige måde at vejlede på og din store medmenneskelighed var der nogle af os, som ellers ville være droppet ud af uddannelsen undervejs.

Vi har haft fornøjelsen at være sammen med dig og de øvrige sygeplejelærere ved vores første elevtræf nogle år efter elevtidens afslutning.

En af os har løbende holdt forbindelsen med dig lige siden, senest sidste efterår.

Derfor vidste vi, at du var meget syg.

Tre af os vil aldrig glemme, at vi fik lov til at besøge dig i Ringkøbing for nogle år siden for også ved den lejlighed at udtrykke, hvor meget det betød for os at være blevet uddannet under din ledelse!

Æret være *Signe Østergaards* minde.

Lotte Winther og Ehlin Andreassen (Wulff).

Roskilde Universitetscenter
udbyder

MASTER I VOKSENUDDANNELSE

Master of Adult Education and Human Resource Development

Masteruddannelsen fra RUC er en bred uddannelse, med mulighed for specialisering efter faglige interesser. Uddannelsen indeholder teoretisk og empirisk arbejde med:

- KOMPETENCEUDVIKLING
- UDDANNELSESPLANLÆGNING
- LÆREPROCESSER
- MODERNISERINGSPROCESSER
- PROFESSIONALISERING

Uddannelsen er et to års deltidsstudium. Undervisningen foregår på weekendseminarer og i projektgrupper. Prisen er 5.000 kr. pr. semester.

Vi afholder et informationsmøde onsdag d. 26 april 2006 kl. 16.30 – 18.00
Du kan finde mere information på www.ruc.dk/inst10/master_i_voksenudd
eller hos studiesekretær Randi Kaas 46742670

BLIV SELVSTÆNDIG PÅ DEN SKØNNE MÅDE

OG BLIV EN DEL AF DEN LANDSDÆKKENDE FRANCHISE-KÆDE IN•TONE CLINIC MED SPECIALE I FIGURFORMNING OG ANSIGTSLØFT.

Kom og hør præsentationen af det nøglefærdige klinikkoncept til Danmarks hurtigst voksende branche med store indtjeningsmuligheder. Der er begrænset antal pladser så **tilmeld dig i dag eller senest en uge før præsentationen.**

PRÆSENTATIONERNE FINDER STED KL. 09.30 I:
SNEKKERSTEN D. 19. APRIL • ROSKILDE D. 26. APRIL
ODENSE D. 3. MAJ • ÅLBORG D. 9. MAJ
VEJLE D. 10. MAJ • ESBJERG D. 18. MAJ 2006.

Send en mail til info@intone.dk med oplysninger om navn, telefonnummer og hvor du/I ønsker at deltage – eller ring på 5666 3388.

Du kan se mere på www.intone.dk/startup

in•tone

in•tone • Johannevej 5 • 4600 Køge • Tlf.: 5666 3388
E-mail: info@intone.dk • www.intone.dk

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 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



Stress og mestring blandt familiemedlemmer til patienter med hjerneskade – en litteraturgennemgang

Verhaeghe S, Defloor T, Grypdonck M. *Stress and coping among families of patients with traumatic brain injury: a review of the literature. Journal of Clinical Nursing. 2005;14:1004-1012.*

Formål: At strukturere tilgængelig viden omkring psykologiske reaktioner hos familiemedlemmer til patienter, der pådrager sig en traumatisk hjerneskade.

Metode: Gennemgang af engelsksprogede videnskabelige artikler publiceret mellem 1970 og 2004. Artiklerne blev søgt i databaserne Medline, PsycLit og CINAHL. Der blev i alt fundet 94 artikler, der kunne indgå. Stressmestringste-

ori af Lazarus og systemteori blev anvendt som referenceramme for analyse af materialet.

Resultater: Selv 10-15 år efter hjerneskadens opståen lader det til, at der er behov for professionel intervention pga. stress. Familiemedlemmernes stress bestemmes af, hvilken del af hjernen der berøres, frem for af skadens alvor. Der er en sammenhæng mellem familiemedlemmernes mestringsevne, og hvordan det går patienterne i efterforløbet. I familier, der mestrer stresspåvirkningen godt, klarer patienterne sig bedre. Derudover ser det ud til, at mestringsevnen også påvirkes af

køn, social og professionel støtte, muligheden for kommunikation og affektiv kontakt med patienten.

Bemærkninger: Artiklen rummer en god gennemgang af baggrundslitteraturen og har samlet den relevante litteratur inden for området over så lang en periode som 34 år. Samtidig lader det til, at der er belæg for, at systematisk støtte af pårørende optimerer effekten af den pleje og rehabilitering, patienten modtager.

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

Betydning af støtte og undervisning af ægtefæller til patienter efter et slagtilfælde

Larson J, Franzén-Dahlin Å, Billing E, von Arbin M, Murray V, Wredling R. *The impact of a nurse-led support and education programme for spouses of stroke patients: a randomized controlled trial. Journal of Clinical Nursing. 2005;14:995-1003.*

Formål: At undersøge effekten af et sygeplejeledet interventionsprogram mhp. støtte og undervisning af pårørende til patienter, der har fået et slagtilfælde. Målet var at forbedre de pårørendes livskvalitet, livssituation, generelle velvære og helbred.

Metode: Undersøgelsen er gennemført i Sverige. Af 100 ægtefæller til patienter, der havde udviklet et slagtilfælde, blev 50 randomiseret til en kontrolgruppe og 50 til at modtage intervention. Interventionen bestod af seks sessioner, der var tilrettelagt med et oplæg af 20-30 minutters varighed og derefter spørgsmål og diskussion relateret til ægtefællernes behov og oplevelser. Derudover havde interventionsgruppen mulighed for at kontakte en sygeplejespecialist mellem sessionerne. Kontrolgruppen modtog den sædvanlige

information og støtte. Effekten af interventionen blev undersøgt ved hjælp af et standardiseret spørgeskema, der omhandlede områderne livskvalitet, livssituation, generelt velvære og helbred. Begge grupper blev fulgt i 12 måneder. Data er opgjort statistisk.

Resultater: Ægtefæller, der deltog i 5-6 sessioner, oplevede en signifikant forbedring inden for områderne velvære og livskvalitet, men derudover blev der ikke fundet nogen forskel mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen.

Bemærkninger: Undersøgelsen peger på nødvendigheden af støtte til ægtefæller, og tidligere undersøgelser har vist, at støtte har betydning for, hvordan patienter klarer sig i efterforløbet. Støtte til de pårørende er et vigtigt område i sygeplejen, og artiklen giver nogle væsentlige bud på elementer, der kan indgå i et systematisk program til ægtefæller og øvrige pårørende.

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



Synergi
DSR's nyhedsbrev

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

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



Konsultationssygeplejerske i London

Af Hanne Schiellerup, sygeplejerske, og Jan Værnet, praktiserende læge

Ind fra gaden. Et studiebesøg i London viste, at konsultationssygeplejersker her har andre arbejdsopgaver end i almen praksis i Danmark. Bl.a. tager sygeplejersker sig af smear og podninger for kønssygdomme hos kvinder.

I oktober 2005 besøgte vi "The Soho Center for Health and Care" i London. Centret er offentligt, og al adgang er gratis.

Formålet med studieturen var at få viden om sygeplejerskernes arbejdsområder i et engelsk sundhedscenter og studere deres skriftlige arbejdsvejledninger.

Soho er en multikulturel bydel med indbyggere af primært fransk, italiensk, kinesisk og bengalsk oprindelse. På den lokale skole er 26 nationaliteter repræsenteret.

The Soho Center er et helt hus med mange tilbud, der bl.a. udgøres af "the walk in," som varetager mindre behandlinger og skader, en praktiserende læge med en tilknyttet sygeplejerske, psykiatere, tandlæger, et team for hjemløse, et center for småbørn samt narkotika- og alkoholrådgivning.

Vores besøg gjaldt den praktiserende læge, hans sygeplejerske og "the walk in," hvor der kun er ansat sygeplejersker samt en læge på deltid.

Både den praktiserende læge og konsultationssygeplejersken har arbejdsfunktioner som i en dansk praksis. Sygeplejersken tager dog ikke blodprøver, men derimod laver hun alle smear-tagninger og podninger for kønssygdomme på kvinder. Det har gennem de sidste 10 år været en sygeplejerskeopgave i England.

Vi brugte mest tid på at besøge "the walk in." Det er en selvstændig enhed i The Soho Center, hvor patienterne (dog ikke børn under fem år) kommer ind fra gaden for at få behandling eller rådgivning hos en sygeplejerske. Sygeplejerskerne i "the walk in" har intet formaliseret samarbejde med de andre klinikker i centeret, men henviser til dem.

I "the walk in" er der ansat 8½ fuldtids sygeplejerske, hvoraf den ene er leder. De

modtager ca. 650 patienter om ugen, og centeret har åbent fra klokken 08.00-20.00 hver dag.

Sygeplejerskerne har en arbejdsuge på 37½ time, og de har efter ønske 12-timersvægter. Der er tre-fire sygeplejersker på vagt ad gangen.

Den administrerende leder bruger en del af sin tid på klinisk arbejde, fordi hun ikke ønsker at sætte sine sygeplejersker til noget, hun ikke selv vil eller kan gøre.

For at blive ansat i "the walk in" skal man have seks års erfaring som sygeplejerske, og det forventes, at man løbende videreuddanner sig.

Nogle af sygeplejerskerne visiterer, mens andre undersøger/behandler. Funktionerne går på skift for at skabe variation i arbejdet.

Den sygeplejerske, som visiterer, bruger tre-fem minutter pr. patient. Hvis hun skønner, at patienten kan behandles af en sygeplejerske, bliver patienten bedt om at vente. Ventetiden er højst fire timer. Sygeplejersken gør derpå nogle få, kortfattede notater, som den behandlende sygeplejerske får. Hvis den visiterende sygeplejerske skønner, at patienten ikke kan behandles i "the walk in," bliver han henvist til en af Londons offentlige klinikker. Det kræver ingen skriftlig henvisning. Patienten kan også henvises til lægen i centeret, typisk på et senere tidspunkt, da lægen arbejder på deltid. Den undersøgende/behandlende sygeplejerske tager sig af de patienter, den visiterende sygeplejerske har sendt videre. Sygeplejersken har vejledninger for alle opgaver, og de bliver flittigt benyttet. Især nye sygeplejersker under oplæring er glade for dem.

Sygeplejersken tager sig f.eks. af patienter med hals- og øresmerter. Til halssmer-

ter anbefaler hun at opløse aspirin i vand og derefter gurgle hals. I centeret er der flere store plakater, der fortæller, at det ikke altid er nødvendigt med antibiotika til syge halse. Sygeplejersken tager sig også af smertende bihuler, stetoskoperer ved hoste, suturerer og behandler mindre sår, udleverer og vejleder i brug af fortrydelse-spiller, ordinerer p-piller (hvis lægen har gjort det en gang) og hun tager mange tb-prøver.

Sygeplejersken ordinerer selv antibiotika og astmamedicin efter vejledning, men uden forudgående konference med lægen. Dvs. hun udleverer medicinen gratis fra centerets beholdning, som bliver fyldt op af det lokale apotek.

Al medicin, som koster mere end 6 pund (ca. 66 kr.), er gratis, og folk over 60 år skal ikke betale noget.

"The walk in" har alt nødvendigt genoplivningsudstyr inklusive tuber til intubering.

Vi fik ikke indtryk af, om personalet var glade for at arbejde der. Den visiterende sygeplejerske sagde dog imellem strømmen af patienter:

"My God, why am I doing this, I always wanted to be a farmer."

Sygeplejerskerne arbejder, uden at der er en læge til stede. Forudsætningen er de skriftlige vejledninger, som det havde været et stort arbejde at nedfælde. De var lavet specielt til The Soho Center, men man skulle tro, der kunne være fordele ved at udarbejde dem centralt, for The Soho Center var kun et af mange.

*Hanne Schiellerup er konsultationssygeplejerske hos Amagercentrets læger, hvor også Jan Værnet arbejder.
jolet@poat12.tele.dk*



Respekt og integritet. Patienter får i dag kun lov til at ligge i deres senge, hvis det er nødvendigt for behandlingen, eller hvis de er meget syge. Derfor skal patienttøj opfylde andre krav og behov nu end tidligere, i hvert fald for de oppegående og selvhjulpne patienter. Samtidig kan et nyt syn på hospitalstøj betyde større frihed for patienterne.



Patienternes tøj er

I en radioudsendelse om uniformer blev jeg for et par år siden interviewet om, hvilke betydninger og egenskaber jeg knytter til sygeplejerskeuniformen. En togstewardesse og en politibetjent var blandt dem, som gav bud på deres uniform. Min forudsætning for at deltage var, at jeg havde 19 års erfaring som sygeplejerske. Interviewet udløste en kaskade af tanker, som begyndte hos mig selv og endte hos patienterne:

- Hvorfor har patienter hospitalstøj på?
- Hvordan føles det at gå i patienttøj?
- Påvirker det patienterne at have patienttøj på?
- Hvis det gør, hvordan kommer det så til udtryk?

Litteratursøgning (se boks 1 side 36) viser, at emnet er sparsomt beskrevet.

Søgningen viste, at patienttøj – eller hospitalstøj, betegnelserne bruges i flæng i artiklen – ikke er



►► ARTIKLENS MÅL.

Artiklen henvender sig til alle sygeplejersker.

Målet med artiklen er, at læseren

- kan forklare, hvilken betydning det kan have for en patient at være iklædt patienttøj set fra en kulturel, psykisk, sociologisk, kommunikativ og etisk vinkel.
- kan identificere problemstillinger, hvor tøjet kan have betydning, f.eks. hos den vanskelige patient eller den inaktive patient.

utidssvarende

behandlet ret meget i litteraturen. Jeg fandt nogle artikler skrevet i 80'erne om tøj til ældre på engelske plejehjem og fysisk-psykisk handicappede.

Artiklerne indeholder omtale af undersøgelser og kommentarer til samtidens debat om, hvorvidt ældre og fysisk-psykisk handicappede skulle bære deres eget tøj. Den øvrige litteratur handlede især om velegnet tøj til brystopererede eller andre med behov for tøj af særlig udformning og pasform.

I *Sygeplejersken* gjorde jeg to fund. Det ene var et interview med en meget erfaren dialysepatient, hvoraf det fremgår, at dialysepatienter ønsker at have patienttøj på under dialyse. Det fremgår ikke hvorfor. Det andet fund er en henvendelse fra en sygeplejestuderende, som undrer sig over den måde, patienter bruger tøjet på. Hun beder om hjælp til at finde litteratur til en opgave. Da denne artikel handler om hospitalstøj i 2005, valgte jeg nævnte litteratur fra. ►

- Jeg har derfor søgt i beslægtede felter og stillet tre spørgsmål:
- Hvordan er det at være patient?
 - Hvilke mekanismer er forbundet med personlig fremtræden?
 - Har det betydning, hvordan vi er klædt?

Det søger jeg at gøre rede for ved hjælp af litteratur om selviscenesættelse, patientkultur, grundlæggende sygepleje og en række undersøgelser, hvor patienters erfaringer og holdninger kommer frem.

Adfærd styres af grundlæggende egenskaber hos mennesket. Derfor kan litteratur om selviscenesættelse også anvendes i denne sammenhæng.

Patientkultur beskriver, hvordan patienter lever sammen på hospitalet med normer og regler og dermed vilkår, som patienter er underlagt.

Grundlæggende sygepleje udføres med udgangspunkt i patienten og er derfor nødvendig viden i denne artikel. Fire undersøgelser, hvor patienterne kommer til orde, omhandler privathed, integritet og kropspjeje. De er vigtige, da jeg ønsker svar på, hvordan patienter oplever at have patienttøj på.

En undersøgelse om patienttøjs betydning for mobilisering føjer et forebyggende aspekt til.

Desuden vil jeg med eksempler, som jeg enten selv har oplevet, fået fortalt eller fundet i litteraturen, forbinde disse felter, diskutere og komme med en række anbefalinger til, hvordan hospitalstøj kan anvendes.

Tøjet er vores kulturelle hud

Tøjet er vores kulturelle hud. Vi klæder os efter regler og normer, som gælder i det omgivende samfund. Cand.psych. *Torben Hanson* skriver i sin bog "Selviscenesættelse – hvorfor, hvordan" (1): Vi tilpasser og klæder os efter, hvilken gruppe i samfundet vi tilhører for at opnå fællesskabsfølelse og tryghed eller for bevidst eller ubevidst at falde udenfor. Klæder kan markere køn, stand, social status, politisk og religiøs holdning og personlighed og på den måde vise bærerens identitet. Identitet er individets oplevelse af "at være mig" altid uafhængigt af tid, rum, sindsstemning eller påklædning. Identitet kan være individuel eller kollektiv (1).

Modsat sundhedspersonalets arbejdsfællesskab eksisterer patienternes fællesskab kun i form af at være patient.



Kollektiv identitet udtrykkes gennem uniformer, eller når en påklædningskodeks gælder på en arbejdsplads. Uniformen styrker fællesidentiteten og kan give en beskyttende anonymitet samtidig med, at uniformen kan vise rang og kompetence (1).

Sygeplejerskens uniform

Sundhedspersonale bærer uniform af hygiejniske grunde, for at kunne identificeres som en ud af en personalekategori og for at kunne skabe distance (2,3). I afdelingerne findes et arbejdsfællesskab og et socialt fællesskab, som personalet præger med faglig viden, erfaringer, holdninger, behov og krav.

Sygeplejersken bærer navneskilt med sit fulde navn og stillingsbetegnelse og vælger måske også at bære Dansk Sygeplejeråds emblem. Inden for visse rammer kan sygeplejersken understrege sin personlige stil i valg af sko, strømper, hårpynt, frisure, makeup, smykker og briller. Sygeplejersken fremstår som et individ i et fællesskab.

Tøjet angiver patientrollen

Patienttøj er også en slags uniform, fordi det er ensartet i sin udformning og angiver, hvilken gruppe bæreren tilhører (1). Modellen er simpel i sin unisexudformning, ensartet hvid og ofte med synligt sygehuslogo. Identifikationsarmbånd supplerer indtrykket. Modsat sundhedspersonalets arbejdsfællesskab eksisterer patienternes fællesskab kun i form af at være patient (4,5).

Patient, krop og identitet

Den norske sociolog *Dag Album* har opholdt sig blandt patienter på en kardiologisk, en reumatologisk og en mave-tarm-kirurgisk afdeling i uger op til et halvt år, hvor han har iagttaget patienternes adfærd og talt med dem (4). Han giver os et indblik i den verden, som eksisterer, når personalet og besøgende har forladt stuen. Album skelner mellem social og personlig identitet. Social identitet er, hvem vi er, og hvordan vi optræder i den aktuelle situation, eksempelvis at jeg til forældremødet er og optræder som min søns mor.

”Personlig identitet knytter vi gerne til kroppen,” skriver Album (4). Sygdom præger kroppens måde at udsende informationer på til omgivelserne. Den syge får vanskeligt ved at styre kropstegnene, som kan vise særlige karakteristika. Andre får derfor svært ved at finde ud af, hvem personen er, fordi han ikke kan bruge kroppen, som han plejer. Personen bliver også fremmed over for sin egen krop. En patient råder kun over få meningsbærende genstande og symboler, som kan fortælle, hvem han er. Det kan være hans toiletsager eller den bog, som ligger på sengebordet. Gæsters påklædning har symbolværdi. Patientens hud, hår og

øjne har et andet udtryk, og han mangler sin vanlige påklædning. Han befinder sig i fremmedhed i flere dimensioner. Han er indlagt et fremmed sted. Sygehuset og personalet er fremmede, de andre patienter er fremmede, og hans krop er fremmed, fordi den er syg. Fremtiden er også fremmed. Der ved bliver patientens identitet skrøbelig, skriver Album (4).

Patienterne er tvunget til at forholde sig til de mennesker, medpatienter og personale, som omgiver dem. Når patienter har få virkemidler at informere andre om, hvem de er, må de i stedet bruge ord. Samtidig har det nonverbale sprog den største indflydelse og effekt på kommunikationen. Med et kropssprog, som er præget af sygdom, giver vilkårene et ringe afsæt for at lære hinanden at kende, det være sig patient og sygeplejerske eller patient og medpatient.

Album nævner tre opgaver, som patienter står over for (4): De skal finde sig til rette i afdelingen, lære hinanden at kende og finde ud af, hvordan de skal være sammen. Dernæst skal de leve op til disse skjulte aftaler. Den sidste opgave er at arbejde med den usikkerhed, som er kommet ind i tilværelsen med sygdommen. Man kan forestille sig, at patienter i samme afdeling ville give hinanden stort spillerum i forhold til, hvordan det er tilladt at opføre sig. Men faktisk viser det sig, at de stiller krav til hinanden om ikke at træde ved siden af. Patienter bevæger sig på sporet mellem yderpunkterne for normal adfærd. Omgangstonen er høflig. Nærheden er flygtig, men skattes, fordi man ikke siden skal stå til ansvar. Patienter åbner sig for hinanden og øser ud af bekymringer, erfaringer og tanker på en måde, som de ikke ville gøre over for deres nærmeste. Åbenheden giver patienterne indsigt og forståelse for deres lidelse og behandling. Men meget personlige forhold berøres ikke, f.eks. hjemlige problemer. Konflikter undgås og afværges, hvis der er optræk til dem. Tavshed er pinlig, altså taler man sammen. Denne indforståede pagt om ikke at træde ved siden af lægger en dæmper på udbrud af fortvivlelse, vrede og glæde. Det er slidsomt at være høflig hele tiden, siger en patient (4).

En ensom proces

At være patient er en ensom proces og tilstand samtidig med, at patienter stort set er sammen med andre hele tiden. I *Laila Pertou Ringkøbings* undersøgelse ”At være patient i vor tid” (5) nævner patienterne den krævende proces, de skal igennem, med mange tanker, nu da de er erklæret syge. En kvinde beskriver, at hun blev så forskrækket, at hun gik ind i sin egen verden og spekulerede. En anden konstaterer, at nok taler man med familie, venner og mange andre, men ”inderst inde er du jo ▶

- trods alt alene med det. Dine reaktioner og dine egne følelser, dem er du jo alene med.”

Det personlige rum og urørlighedszonen

Alle mennesker ejer et personligt rum, som andre kan respektere eller overskride bevidst eller ubevidst. Rummet består af fire zoner. Inderst finder vi den intime zone (0-0,5 m). Som regel får kun familie, nære venner eller elsker lov til at komme så tæt på. Vi kan lukke op for den personlige zone (0,5-1,2 m), når vi er til fest eller sammen med venner. På arbejde eller i sammenhænge, hvor der er personer, vi ikke kender så godt, træder den sociale zone til (1,2-4 m). Den offentlige zone (over 4 m) bruger vi, når vi taler til en gruppe, f.eks. når en lærer underviser (1). Zonerne er ikke cirkulære med kroppen som midtpunkt, men udbreder sig mest på forsiden af kroppen. Vi beskytter os mod indtrængen, når vi folder armene hen over brystet eller vender ryggen til. Zonerne er præget af vores kulturelle normer og knytter sig til vores personlighed. Hanson kalder zonerne for afstandsbobler. Tilstrækkelig mange krænkelser – og nogle gange kun én – skader personen.

Den danske filosof og teolog *K.E. Løgstrup* skriver om urørlighedszonen (6), som *Løgstrup* tidligere har kaldt blufærdighed. Det er han gået bort fra, muligvis fordi blufærdighed begrænser sig til en psykisk størrelse, som er forbundet med rødmen og forlegenhed. At være blufærdig forbinder vi ofte med noget kropsligt, som igen er præget af den moral og konvention, der gælder på en given tid. Det er ikke dækkende, skriver mag.art., ph.d. i litteraturvidenskab *Nils Gunder Hansen* om etik i sygeplejen (7).

Når det personlige rum er fysiske sfærer, så forstår jeg urørlighedszonen som den åndelige form. Vi kan invadere en persons urørlighedszone med ord. Sige ord, som blotter personen og aldrig kan forblive usagte. Derfor kan de også krænke. Sygeplejerskerne *Widäng* og *Fridlund* giver et eksempel (8): Ved stuegang på en flersengsstue spørger en patient lægen om en levertest. Lægen svarer, at han kan se, at patienten har drukket for meget alkohol. Bagefter er patienten meget vred og siger: "... at det er min egen damned business, men nu har I alle hørt det!" Medpatienten, som fortæller om episoden, siger, at han forstår mandens vrede over at blive stillet til skue over for de andre og måske også over for sig selv.

Tab af frihed

I hverdagen klæder vi os efter humør, efter hvilken opgave vi skal løse, eller hvilket tøj der ligger øverst i bunken. Det er ikke muligt for mange patienter. Det er næppe ukendt for nogen, at man kan føle sig

fysisk utilpas i noget bestemt tøj, at man kan føle sig forkert. I psykiatrien er en væsentlig del af plejen og behandlingen at styrke identiteten, selvværdet og selvagtelsen. På den baggrund har det i adskillige år været en selvfølge, at patienter klæder sig i deres eget tøj.

Virginia Henderson skriver, at mennesket oplever tab af frihed, når hans tøj bliver taget fra ham, eller han ikke selv må vælge sit tøj. Denne taktik kan anvendes som en chikane og straf (9).

Det kan have et formål at tage tøjet fra en person eller forhindre ham i selv at vælge sit tøj. På behandlingsinstitutionen for misbrugere, Egeborg, tilbringer patienterne den første tid i hvide badekåber. Formålet må være at sætte patienterne i et ingenmandsland, mens de lægger afstand til deres tidligere identitet, inden de skaber sig en ny.

På Guantanamo-basen er fangerne klædt i orange kedeldragter. Fangerne er fortrinsvis muslimer, og fangedragten ligner ikke deres almindelige tøj. Samtidig er de meget synlige i den orange dragt. Enhver bevægelse registreres.

Hospitalstøj er syet til brug ved sengeleje, altså i samme kategori som nattøj. At bære nattøj alle døgnets timer bidrager til, at patienten bevæger sig tilbage på et tidligere udviklingsstrin og bliver barn igen, skriver *Henderson* (9). Det forklarer måske, hvorfor nogle patienter "flytter ind i tøjet." De fralægger ansvar for sig selv en tid.

Blufærdigheden efterladt derhjemme

Det kan måske forklare den "betydningsmættede mangel på orden," som *Kari Martinsen* (3,10), får øje på, når patienter færdes ugenert på hospitalet, altså i det offentlige rum, i patientskjorte, trusser og sokker. Det synes, som om blufærdigheden, der er bundet til identiteten, er efterladt hjemme. Dette er genstand for stadig undren i personalegruppen. Netop fordi patienter, som umiddelbart synes at fremstå som mennesker med integriteten i behold og ved deres fulde fem, gør det. Hospitalstøjet lægger en dæmper på aktivitet, fordi patienten forbinder "nattøjet" med søvn. *Henderson* opfordrer til at begrænse dette, "hvis vi ønsker at forhindre patienten i at trække sig tilbage fra livet" (9).

Man har undersøgt tøjs betydning for spontan fysisk aktivitet på, hvor længe 57 kirurgiske patienter var indlagt (11). Målet var at afgøre, om det fremmer mobiliseringen af patienterne, som forebygger postoperative komplikationer. 28 patienter blev opfordret til at gå i eget tøj snarest muligt efter operation. 29 patienter fik ikke denne opfordring og valgte at gå i hospitalstøj, indtil de forlod sygehuset. Den fysiske aktivitet blev målt ved hjælp af et slags ur på det ikke-dominante håndled. Målingen begyndte 24 timer før indlæggelse og til dagen

efter udskrivelse. Resultatet var ikke signifikant, men viser en tendens til, at patienterne i eget tøj kom hjem omkring 10 timer førend gruppen i hospitalstøj. I øvrigt blev det konkluderet i undersøgelsen, at brugen af eget tøj blev accepteret af sygeplejersker og patienter og ikke gav problemer i plejen eller komplikationer i form af infektion (11).

Privathed er af betydning for patienter

”Privathed mellem agtelse og krænkelse” er en undersøgelse af patienters oplevelse af privathed under indlæggelse på hospital (10). Forfatteren, sygeplejerske *Birgit Bidstrup Jørgensen*, har anvendt en hermeneutisk fænomenologisk metode med semi-strukturerede interviews af fire informanter, som var erfarne patienter. Fokus var på patienternes levede erfaringer af privathed. Ordet privathed findes ikke på dansk, men er en oversættelse af det engelske ord *privacy*, som betyder privatliv, hemmelighed, uforstyrrelse og ro (10).

Privathed er betydningsfuld for patienter. Den er deres følgesvend, mens de er indlagte, ligesom den er for alle os andre, som ikke er syge. Undersøgelsen viser, at patienter forbinder privathed med autonomi, integritet og blufærdighed, og den indgår derfor i relationer. Det forklarer forfatteren ved hjælp af husmetaforen, hvor huset er menneskets selv. Alle huse ser forskellige ud både ude og inde, men de har alle en dør. En dør kan åbnes for at lukke besøgende ind. Nogle tager imod og går indenfor, mens andre går forbi. Døren kan lukkes af husejeren for at få fred eller for ikke at se realiteterne i øjnene. Mennesker, der kommer forbi, kan lukke husets dør og lukke ejeren inde, eller de kan åbne døren mod ejerens vilje.

Med dette billedsprog kan vi se, hvordan medmenneskene enten agter eller krænker autonomi, integriteten og blufærdigheden.

Krænkelse af privathed giver stress, som udløser forsvarsadfærd. Det kan komme til udtryk som dårlig opførsel set med sundhedspersonalets øjne, og den vanskelige patient er skabt (10).

I en svensk undersøgelse ønskede forfatterne at finde ud af, om der er overensstemmelse mellem sygeplejerskers og patienters holdning til privathed og patienternes behov for privathed (12).

120 patienter og 42 sygeplejersker, som varetog plejen af de respektive patienter, blev spurgt om deres generelle opfattelse af privathed, både den uden for hospitalet i hverdagslivet og privathed, som den opleves på sygehuset. Deltagerne i undersøgelsen skulle score henholdsvis 20 udsagn om generel privathed og 13 andre udsagn om privathed på hospital.

I forhold til generel privathed scorede sygeplejer-

sker og patienter stort set ens. Patienter med højere uddannelse viste en tendens til at ønske mere privathed. Det svarer til, hvordan Album fandt, at de samme patienter trak sig ud i periferien af fællesskabet (4).

I den svenske undersøgelse udtrykte kvinderne generelt større behov for privathed end mændene. De scorede højere end mændene i udsagnene ”at kunne tale med lægen eller sygeplejersken i enrum,” ”kunne være alene, når jeg har brug for det” og ved udsagn, som omhandlede kropsspleje.

Sygeplejerskers og patienters scoring i forhold til patienters ønske om privathed på sygehus afveg ikke meget fra hinanden, men sygeplejerskerne scorede højest. Forfatterne antager, at patienter forventer at opleve brud, når det gælder privathed, og derfor scorer lavere end sygeplejerskerne.

Bäck og Wikblad anfører, at undersøgelsen har



visse begrænsninger. For det første det lave antal patienter, for det andet, at sygeplejersker besvarer spørgeskemaet ud fra et idealbillede og ikke med udgangspunkt i praksis. Til slut fremhæver forfatterne, at patienterne er socialiserede til at forvente lav ”privacy,” men det betyder ikke, at de føler sig tilpas, understreger de.

Vigtigt at bevare kontrollen

På et svensk hospital blev 17 mandlige patienter interviewet om deres opfattelse af integritet (8). Selvrespekt, værdighed og tillid var nøgleordene, som kom frem. At bevare kontrol er vigtigt. Så vigtigt, at patienter undlader at oplyse om følsomme emner som f.eks. privatliv og alkohol. Det kræver mod at sætte grænser, men det er vigtigt, og det kan gøres på mange måder, ofte kraftfuldt. Enten ved at forlange at få opfyldt sine ønsker og behov, undgå at besvare spørgsmål, protestere eller være vanskelig. Patienterne forventer at blive set og re- ▶

Tøjet er vores kulturelle hud. Vi klæder os efter regler og normer, som gælder i det omgivende samfund.

- spekteret som en hel og troværdig person. Det betyder dels at lytte og stille relevante spørgsmål til patienten, dels at have tiltro til patientens udsagn om, hvad han mener, der er galt med ham. Personalet skal være til at stole på og være dygtige til deres fag. Og så forventer de mandlige patienter at deltage i beslutninger om behandling og pleje.

Ren og velplejet

I sygeplejerske *Randi Lima Uglands* hovedopgave i sygeplejevidenskab har hun ønsket at kortlægge, hvilke opfattelser patienter har om betydningen af at være ren og velplejet (13). Samtidig har hun spurgt patienterne, om de mener, dette behov bliver imødekommet, mens de er indlagt.

104 patienter, 58 kvinder og 46 mænd mellem 23 og 94 år blev spurgt.

Det betyder meget for patienter at føle sig rene og velplejede og at se ud og lugte, som de plejer. Derfor barberer mændene sig, selvom det næsten er det eneste, de orker. Patienterne forbinder det med at være et værdifuldt menneske og føle at blive mødt med respekt. Det har også betydning for humøret. Omkring halvdelen svarede, at de ikke fik vasket og plejet sig i det omfang, de ønskede og havde behov for, og det er svært at bede om hjælp. Ikke at være ren og velplejet kan fremme en følelse af skam og forlegenhed. Nogle patientudsagn får Ugland til at fremsætte den tanke, om det betyder noget ikke at være velplejet, når patienten skal modtage og forstå information (13).

Hygiejne

Mange vil fremføre hygiejne som argument for fortsat at anvende hospitalstøj på samme måde, som sygeplejepersonale har gjort det i adskillige år.

Talrige undersøgelser viser, at håndhygiejne er den væsentligste enkeltfaktor til at forebygge hospitalsinfektioner, og i disse år vender fokus sig også mod patienternes håndhygiejne (14). Patienter kan overføre smitte indirekte til hinanden gennem bestikket i salatskålen, som går fra hånd til hånd på frokostbuffeten, eller når de afleverer et ugeblad til nabopatienten.

Det er en sygeplejeopgave at forebygge infektioner ved bl.a. at sikre, at patientens tøj er rent og tørt. En fordel ved at anvende hospitalstøj er, at patienten kan skifte ofte, hvis tøjet forurenes af blod eller andet.

Patienttøj kan tåle hyppig vask, hvorimod privat tøj ikke altid kan vaskes eller vaskes grundigt nok. Ved at kombinere patientens beklædning af hospitalstøj og privat tøj kan det være muligt at nå et kompromis, som tilgodeser hygiejnen og patientens ønske om at se ud, som han plejer.

Hygiejnesygeplejersker kan bidrage til nytænk-

ning med hensyn til, hvordan hospitalstøj og privat tøj kan anvendes. Er det eksempelvis nødvendigt i dagkirurgien og på patienthotel?

Fem eksempler fra virkeligheden

Fem eksempler viser, hvordan hospitalstøj anvendes, og hvordan patienter kan reagere herpå.

Patienten retter ind

En kvinde kommer til dagklinikken for at få foretaget et kirurgisk indgreb i håndledet. Hun bliver bedt om at klæde om til patienttøj: undertrøje, trusser, skjorte, sokker og badekåbe. Dernæst skal hun gå tilbage til venterummet, hvor der sidder mange mennesker, kvinder og mænd med et andet ærinde og i deres eget tøj. Kvinden fortæller mig, at hendes blufærdighedsgrænse er overskredet og lidt til. Hun føler sig nøgen og meget lille. Det kan være anledning til undren at skulle klæde om fra inderst til yderst, når man skal opereres i et håndled. Er patienten uforberedt herpå, kan det forstærke en eventuel usikkerhed eller nervøsitet og svække patientens mod til at sige fra. Kvinden vælger at gøre, som Album beskriver. Hun retter ind og træder ikke ved siden af ved at protestere.

Dagkirurgi er præget af effektivitet og systematik. Der er kun kort tid for personalet til at pejle sig ind på, hvilken person de har budt velkommen. Derfor kan man netop spørge patienterne om, hvor de helst vil opholde sig efter omklædning eller ændre arbejdsgangen på stedet.

Kæmper for at bevare sin identitet

Isabelle Schwartzbach beretter i en artikel i Ugeskrift for Læger (15): "Det er klart, at hvis jeg havde været sød (klædt om til patienttøj og lagt mig i sengen (forfatterens bemærkning)), ville jeg kunne have undgået den næste halve times diskussioner, men at være sød er ikke ligefrem en af mine målsætninger i livet. Det er derimod at bevare min identitet på sygehuset. Når man er indlagt så meget, som jeg er, kan man ikke tillade sig at fralægge sig sin identitet igen og igen, for så bliver man en anden – i værste fald bliver man patient, også når man ikke er indlagt."

Denne patient er erfaren, og hun kender mulighederne på sygehuset for at opnå mere privathed. Hun kræver respekt og kæmper for sin integritet. Hun er bevidst om sin egen situation og handlekraftig. Men hun vil givet blive betragtet måske ikke som vanskelig, men som udfordrende, fordi hun har diskuteret med personalet.

En pårørende i natskjorte

Det er tidlig morgen på intensivafdelingen, og min nattevagt er ved at slutte. På vej til skyllerummet

vågner jeg op, da jeg ser en ældre, spinkel og lille kvinde gå ned ad gangen på vej ud af afdelingen i hospitalstøj dvs. i skjorte, trusser og sokker. Min første tanke er, at det er en dement medicinsk patient, som har forvildet sig ud på en af hospitalets mange, lange gange. Det viser sig at være hustruen til en af patienterne, som lige har været forbi for at se til sin mand. Mine kolleger og jeg undrer os. Hvad får en ældre kvinde til at gå i patienttøj, når hun ikke er patient? Og hvad får hende til at gå rundt i det offentlige rum næsten afklædt?

Eksemplet handler om en pårørende, men er taget med, fordi der er meget symbolik i episoden. Hun påkalder sig opmærksomhed, som plejepersonalet ikke kan undgå at reagere på. Hun er ikke patient, men har patienttøj på, måske fordi det er praktisk. Ikke desto mindre sender kvinden et andet signal, end hvis hun var kommet i sit eget nat-tøj med en kåbe over. Det er måske utilsigtet og ubevidst. Hendes spinkelhed er ikke nødvendigvis tegn på skrøbelighed, men på mig fremstod hun næsten nøgen både fysisk og psykisk, gennemsigtig og uden modstandskraft. Om hun har overskredet en personlig grænse ved at gå næsten bar, eller hun gør som et barn, hvor det er naturligt og tilladt at være sparsomt påklædt, er ikke til at vide. I denne situation er det vigtigt at afklare, om tolkningen svarer til virkeligheden ved at tale med kvinden og handle derefter.

Ny og skrøbelig identitet

En nybagt mor overflyttes fra patienthotel til barselsafdelingen, fordi hendes barn har behov for tættere observation og behandling. Uopfordret klæder moderen om fra eget tøj til hospitalstøj. De fleste andre nybagte mødre på afdelingen går i patienttøj. Det er rart at skifte tøj ofte, når man lige har født. På patienthotellet har denne mor gået i sit eget tøj, men skifter nu til hospitalstøj. Hun er chokeret og reagerer ved at skifte, eller også tror hun, at hun skal skifte.

At blive mor føjer en ny dimension til ens liv og identitet. Man står på mange måder på bar bund og ikke mindre, hvis ens barn er sygt. Den nybagte mors identitet er skrøbelig. Måske viser hun det ubevidst ved at tage patienttøj på. Når hun har det på, så har hun krav på opmærksomhed, hjælp og omsorg.

Mod og styrke til at sætte grænser

”Jeg har i dag skrevet til Radiumstationen for at gøre opmærksom på, at jeg er utilfreds med at skulle møde halvt afklædt, hver gang jeg er til kontrol ... Jeg finder fremgangsmåden stødende. Ikke fordi den krænker min blufærdighed, men fordi det indebærer, at der er en ulighed mellem lægen og mig: han har jo tøj på sin krop.”



Citatet fra *Jørgensens* kandidatspeciale (10) stammer fra ”At dø med værdighed” af *E. Holst* (15). Citatet viser noget af det mod og den styrke, der skal til for at sætte grænser. Her overdøver sygehuselets mål om effektivitet respekten for det enkelte menneske. Jeg får det indtryk, at patienten skal sidde parat og lige klar til, at lægen kan tjekke ham eller hende på det sted på kroppen, som er sygt. Hos patienten udløser situationen en følelse af ikke at blive mødt med respekt og agtelse af denne patients værdighed.

Kan påvirkes af at være klædt i patienttøj

Widäng og Fridlund henviser til menneskerettighederne, hvor individets ret til privathed og integritet er nedfældet (8). I de sygeplejeetiske retningslinjer (16) står, at sygeplejersker skal arbejde ►

Patienttøj er også en slags uniform, fordi det er ensartet i sin udformning og angiver, hvilken gruppe bæreren tilhører.

►► **BLÅ BOG.** *Mette Poulsdatter Kürstein* er uddannet sygeplejerske fra Århus Kommunehospital december 1985. Hun har arbejdet et par år i primær sektor, Århus Kommune, og på anæstesiologisk/intensiv afdeling I, intensivafsnit 10 for børn på Skejby Sygehus.

Siden 1998 har hun været ansat på anæstesiologisk/intensiv afdeling I, Y-observationsafsnit, gynækologi/obstetrik, Skejby Sygehus, hvor hun er nøgleperson for dokumentation med kliniske retningslinjer som arbejdsområde.

Specialuddannelse for sygeplejersker i intensiv sygepleje 2000.

Publikation: Håndhygiejne i praksis. En beskrivende undersøgelse af håndhygiejnestandarden i en børnegruppe og en voksengruppe i et thoraxkirurgisk intensivafsnit. Anæstesiologisk/intensiv afdeling I, Skejby Sygehus. September 1997.



►► BOKS 1. Litteratursøgning

Litteratursøgningen er udført i samarbejde med en bibliotekar ved Sundhedsvidenskabeligt Bibliotek, Aarhus Universitet, i september og oktober 2005.

Der er søgt i PubMed, Google, artikelbasen, infomedica, folkebibliotek, den danske forskningsdatabase, SveMed+, norart, *Sygeplejersken*, statsbiblioteket, Cochrane, Web of Science, Cinahl, Embase og PsychInfo.

Søgeordene var: patienttøj, hospitalstøj, patient clothes/clothing, private clothing, hospital clothes/clothing, clothing concept, patient(s), inpatients, nursing, nurse, partnership, practice guidelines, hygiejne, guidelines for infection control, hospital infection, privacy, coping strategy, dignity, autonomy, psychology, milieu, empowerment, body image, sociology, personality, respect, attitude, social status, self esteem, self concept, attitude to health.

► for at bevare patientens værdighed og integritet. Personalets fortrolighed med organisationen, de fysiske rammer, regler, rutiner og deres egne roller kan gøre blind og døv. Fortroligheden og erfaringen øger kompetencen, hvis personalet reflekterer over, hvad de gør, hvordan og hvorfor. Øget kompetence sætter personalet i stand til at udøve individuel pleje og dermed værne om værdigheden og integriteten.

Henderson bragte mig på sporet til at kunne forklare, hvorfor hospitalstøj er utidssvarende i modellen og i, hvordan tøjet bliver brugt. Hun beskriver tøjet som noget, vi forbinder med sengeleje og søvn. Men patienter i dag får kun lov til at ligge i deres senge, hvis det er nødvendigt for behandlingen, eller hvis de er meget syge. Med andre ord skal patienttøj opfylde andre krav og behov nu end tidligere, i hvert fald for de oppegående og selvhjulpne patienter. Samtidig vil der også fremover være brug for at anvende tøjet, som det altid er blevet gjort.

Jeg indledte artiklen med at stille fire spørgsmål. Hvorfor har patienter hospitalstøj på? Hvordan føles det at være i dette tøj? Påvirker det patienterne at have patienttøj på? Og hvis det gør, hvordan kommer det så til udtryk?

Til første spørgsmål kan jeg nu svare, at det bunder i tradition.

Hvordan det føles at have patienttøj på, kræver to svar. For det første, om det føles godt på kroppen i pasform, stoffets struktur og materiale. Det er også vigtigt, at det er nemt at tage på og af, både hvis patienten skal klare sig selv, eller personalet skal give en hånd. Næste svar må handle om den psykologiske mekanisme ligesom svaret på spørgs-

målet, om patienterne påvirkes af at have patienttøj på. Hanson har givet os en indføring i tøjets betydning for identitet og selvopfattelse, og Album har vist os sider af patientkulturen. I undersøgelser om privathed, integritet og kropspleje er patienterne kommet til orde (10,12,13).

Resultaterne efterlader ingen tvivl om, at patienter bliver udfordret mentalt og nogle gange grænseoverskridende. Ord som selvrespekt, værdighed, blufærdighed og autonomi er omdrejningspunkter for patienterne. Litteraturen og de fem nævnte eksempler styrker min antagelse, at patienter kan påvirkes af at være klædt i patienttøj. Set i lyset af nutidens tanke om patienten som forbruger vil det være interessant at undersøge feltet mere indgående. En forbruger har krav på bedste behandling. Et nyt syn på hospitalstøj kan betyde større frihed for patienter.

Fem anbefalinger

- Sygeplejepersonale på alle niveauer gennemgår rutiner for brug af patienttøj og analyserer baggrunden derfor.
- I samråd med hygiejnesygeplejersker udvikles retningslinjer for, hvordan hospitalstøj kan anvendes i de respektive afdelinger og afsnit på somatiske sygehuse.
- Der udvikles nye modeller af patienttøj til mere alsidig anvendelse, f.eks. både herre- og damemodeller til oppegående patienter.
- Plejepersonalet vejleder patienterne individuelt i anvendelsen af tøj. F.eks. ved at anbefale dem at tage privat tøj på til en lægesamtale.
- Plejepersonalet skal være opmærksomt på de sig-

naler, som patienten viser med sine handlinger, sit kropssprog og tøj, eget eller patienttøj, og ind-
drage denne viden i sygeplejen.

*Mette Poulsdatter Kürstein er ansat på
Anæstesiologisk/intensiv afdeling I,
Y-observationsafsnit,
gynækologi/obstetrik, Skejby Sygehus.
mkuerstein@oncable.dk*

Litteratur

- Hanson T. Selviscenesættelse – hvorfor, hvordan. Nørhaven Book. Viborg: Aschehougs Forlag; 2003.
- Damkjær S. Patient og sygeplejerske – et møde mellem kroppe. I: Hansen HP (redaktør). Omsorg, krop og død. En bog om sygepleje. København: Gyldendal; 1998. p. 135-58.
- Martinsen K. Øyet og kallet. Bergen: Fagboklaget; 2000. p. 26.
- Album D. Nære fremmede. Pasientkulturen i sykehus. [1995?] Oslo: Institutt for sosialforskning (INAS).
- Ringkøbing LP. At være patient i vor tid. En undersøgelse af patienters oplevelse af at være patient set i et eksistentielt, samfundsmæssigt og sygeplejefagligt perspektiv. (Kandidatspeciale nr. 47/2004). Aarhus Universitet: Institut for Sygeplejevidenskab; 2004. p. 48.
- Løgstrup KE. System og symbol. 2. udgave. København: Gyldendal; 1997; p.174-83.
- Hansen NG. Løgstrups etik og sygeplejens praksis. I: Hansen HP (redaktør). Omsorg, krop og død. En bog om sygepleje. København: Gyldendal; 1998. p 33-58.
- Widäng I, Fridlund B. Self-respect, dignity and confidence: conceptions of integrity among male patients. J Adv Nurs 2003;42(1):47-56.
- Henderson V. Sygeplejens grundlæggende principper. København: Dansk Sygeplejeråd; 2000; p.39-40,54.
- Jørgensen BB. Privathed mellem agtelse og krænkelser. En undersøgelse af patienters oplevelse af privathed under indlæggelse på hospital. Kandidatspeciale nr. 2/2002. Aarhus Universitet: Institut for Sygeplejevidenskab; 2002.
- Despond O, Buchser E, Sprunger A, et al. Influence of patient's dressing on spontaneous physical activity and length of hospital stay in surgical patients. Soz Praventivmed 1999;44(1):8-13.
- Bäck E, Wikblad K. Privacy in hospital. J Adv Nurs 1998;27:940-45.
- Ugland RL. Ren og velstelt? Oslo: Oslo Universitet: Institutt for Sykepleievitenskap; desember 1998.
- Banfield KR, Kerr KG. Could hospital patients' hands constitute a missing link? J Hosp Infect 2005;61(3): 183-8.
- Schwartzbach I. 1001 hospitalsnat. Ugeskr Læger 2001;163:7213-7.
- Sygeplejeetiske retningslinjer. www.dsr.dk/dser Søgt 20.10.05.

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Kürstein MP. Hospital Clothing is outdated. Sygeplejersken 2006;(6)28-37. Why do patients wear hospital clothes? What does it feel to wear these clothes? Does wearing hospital clothes affect patients? And if it does, how does it manifest itself? The article seeks to answer these questions. Very little research has been done on the subject, for which reason reference is also made to literature relating to self-staging, patient culture, basic nursing skills and a number of surveys of patients' experiences and opinions. The surveys focus on privacy, integrity and body care. Five examples of everyday life at a hospital supplement the overall impression of how wearing hospital clothes affects patients. With reference to nursing ethics guidelines on the right of the patient in relation to integrity and dignity, the author urges closer scrutiny of the field and new thinking in relation to the use of hospital clothes.

Keywords: hospital clothes, nursing, integrity, patients' experiences.

Læsertest

- I enrum skal du tænke på en situation, hvor du havde valgt forkert tøj. Hvordan følte det i kroppen? Hvordan påvirkede det din adfærd? Blev du usikker, vred eller måske ked af det? Eller var du ligeglad?
- Kan du genkende en oplevelse med en patient, som måske erfarede det samme på sin krop i patienttøj? Hvordan reagerede patienten, og hvad gjorde du?
- Tag diskussionen op i personalegruppen: Hvordan anvender vi hospitalstøjet i vores afdeling? Hvorfor?
- Diskuter det, I ser på foto side 30. Ligner det billeder, som kunne være taget i jeres afdeling? Hvad gør I, hvis situationen opstår?
- Diskuter det, I ser på foto side 35. Ligner det billeder, som kunne være taget i jeres afdeling? Hvad gør I, hvis situationen opstår?
- Se på foto side 28. I personalegruppen kan I drøfte, om det altid er muligt at finde tøj i depotet, som passer? Er der lange bukser nok? Er der badekåber nok?

Plejhjemstilsyn. En spørgeskemaundersøgelse på 61 plejehjem i Vestsjællands Amt viser, at der er store udsving i trænings- og aktivitetstilbuddene til plejehjemsbeboerne. Der var flest beboere i fysioterapeutisk træning på de plejehjem, der havde egne træningslokaler og terapeuter.

Store udsving i træningstilbud

Siden 2002 har embedslægeinstitutionerne aflagt årlige, uanmeldte tilsynsbesøg på alle landets kommunale plejehjem. Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning (1) skal tilsynet bl.a. vurdere, om beboere, der ud fra en sundhedsfaglig vurdering har særligt behov herfor, tilbydes fysisk aktivitet til vedligeholdelse af funktionsniveau, og om der gennemføres genoptræningsaktiviteter i de tilfælde, hvor de ifølge et skriftligt genoptræningstilbud skal foregå.

Embedslægeinstitutionen for Vestsjællands Amt ønskede at vurdere plejhjemmene og kommunernes trænings-, aktivitets- og beskæftigelsestilbud mere systematisk. Institutionen udsendte derfor inden tilsynsbesøgene i 2003 et spørgeskema til de 61 plejehjem i amtet, som Embedslægeinstitutionen fører tilsyn med. Spørgeskemaet blev udsendt til plejhjemmene i maj og juni 2003. Der kom svar fra alle plejehjem i alle amtets 23 kommuner.

Svingende antal i træning

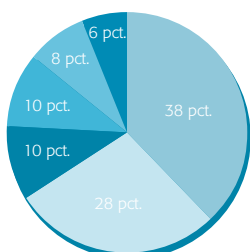
Med hensyn til træningsfaciliteter og terapeutressourcer kunne plejhjemmene deles i tre hovedgrupper (se også tabel 1 side 40):

- En tredjedel af plejhjemmene havde egne træningslokaler og terapeuter.
- Halvdelen havde ikke egne terapeuter, men rådede over eget lokale eller kunne bruge et centralt træningscenter i kommunen.
- Resten (ni plejehjem) havde ikke adgang til træningsfaciliteter overhovedet.

De 61 plejehjem havde i alt 2.205 beboere. På svartidspunktet modtog 14 pct. af beboerne fysioterapeutisk træning (tabel 2 side 43).

Andelen af beboere i træning i de enkelte kommuner varierede mellem 0 og 42 pct. Dette kan skyldes reelle forskelle i tilbuddene og muligvis også i plejetyngde, men det kan ikke udelukkes, at forskellig opfattelse af spørgsmålet kan have haft betydning for spredningen.


En del af forklaringen er, at plejehjem, der udelukkende bebos af psykiatriske beboere eller beboere med svær demens, måske har mindre behov for fysioterapeutisk træning til beboerne. Det gælder f.eks. en af de største kommuner i amtet, hvor ingen af ►



►► ALMEN MOBILISERING

Hvor ofte har personalet mulighed for at ledsage beboerne på gåture uden for institutionen?

- flere gange dagligt – 6 plejehjem – 10 pct.
- én gang dagligt – 17 plejehjem – 28 pct.
- én gang ugentligt – 23 plejehjem – 38 pct.
- én gang månedligt – 6 plejehjem – 10 pct.
- sjældnere end én gang månedligt/aldrig – 5 plejehjem – 8 pct.
- uoplyst – 4 plejehjem – 6 pct.



Andelen af plejehjemsbeboere, der var i fysioterapeutisk træning i de 23 vestsjællandske kommuner, varierede fra 0 til 42 pct.

►► Tabel 1. Træningsindsats på plejehjem

	Ja (pct.)	Nej (pct.)	Uoplyst (pct.)
Råder plejehjemmet over eget træningslokale?	28 (46)	33 (54)	0 (0)
Har plejehjemmet egne fysio- og/eller ergoterapeuter?	25 (41)	35 (57)	1 (2)
Hvis plejehjemmet ikke har egne lokaler, rådes da over faciliteter andetsteds i kommunen? (N = 33)	22 (66)	10 (30)	1 (3)
Kan ressourceforbrug til evt. transport være en barriere for optræning af beboere uden for huset?	21 (34)	40 (66)	0 (0)
Har plejehjemmet skriftlige retningslinjer for træningstilbud til beboerne?	33 (54)	26 (43)	2 (3)
Har plejehjemmet modtaget genoptræningsplaner fra sygehus?	26 (43)	33 (54)	2 (3)
Har plejehjemmet et mindstetilbud om almen mobilisering af beboerne (f.eks. én ledsaget tur udendørs ugentligt)?	16 (26)	43 (70)	2 (3)
Er der planer for vedligeholdelsestræning og mobilisering for hver enkelt beboer?	15 (25)	45 (74)	1 (2)
Er der tilbud om fysisk aktivitet til vedligeholdelse af beboernes funktionsniveau?	58 (95)	1 (2)	2 (3)
Er der tilbud om beskæftigelse, tilpasset beboerens funktionsniveau?	58 (95)	3 (5)	0 (0)

N = 61 plejehjem hvis ikke andet er anført

► 107 beboere modtog fysioterapeutisk træning. Samtlige plejehjemsboliger i kommunen findes i sådanne specialplejehjem. Andelen af beboere i fysioterapeutisk træning i de enkelte plejehjem varierede mellem 0 og 88 pct. 10 af de 61 plejehjem svarede, at ingen beboere for tiden modtog fysioterapeutisk optræning.

Af tabel 3 side 43 fremgår, at der også var en klar sammenhæng mellem plejehjemmets adgang til lokaler og terapeutressourcer inden for egne rammer og andelen af beboere, der modtog træning. Flere trænede, hvis faciliteterne var der.

Tallene kunne tyde på, at bevidstheden om behov for træning er større, når fysioterapeuter yder træning ude i plejehjemmene. Reelle forskelle i beboersammensætningen med hensyn til behov for træning kan dog også have betydning. Som nævnt modtager færre beboere træning på plejehjem for demente og psykisk syge.

En tredjedel af plejehjemmene angav, at ressourceforbruget til transport kunne være en barriere for optræning af beboere uden for huset. Undersøgelsen kan ikke afgøre, om begrundelsen er personalets tidsforbrug, offentlige eller privatøkonomiske forhold. Hvis det drejer sig om den kommunalt forpligtede genoptræningsopgave, er den i princippet gratis for borgeren inkl. transport.

Af de ni plejehjem, der ikke havde adgang til træningsfaciliteter overhovedet, angav fire praktiserende fysioterapeut som ressource.

Det er Embedslægeinstitutionens indtryk, at sidstnævnte i plejehjemmenes øjne har en begrænset rolle. Der kræves lægehenvielse, hvis ydelserne skal gives med sygesikringstilbud. Det bør undersøges, om vederlagsfri fysioterapi, som kan gives til visse handicapgrupper, er en underudnyttet ressource blandt plejehjemsbeboere.

Diagnoser inden for grupperne erhvervede neurologiske lidelser, ulykkesfølger og inflammatoriske leddelider, der er berettigede til vederlagsfri fysioterapi, er hyppigt forekommende blandt plejehjemsbeboere. Der kunne derfor være et potentielt stort udekket behov, som må undersøges nærmere og evt. tildeles

større opmærksomhed på plejehjemmene og i de kommunale træningscentre. De nævnte diagnosegrupper omfatter bl.a. dissemineret sclerose, parkinsonisme, følger efter apopleksi, større amputationer og leddegigt.

Motion og aktiviteter

Almen mobilisering og aktivering var ligeledes et område med stor spredning. Det er bekymrende, at personalet på 11 af de 61 plejehjem kun havde mulighed for ledsaget gåtur én gang månedligt eller sjældnere.

Det er Embedslægeinstitutionens indtryk fra tilsynene, at denne aktivitet mange steder nedprioriteres, efter det oplyste på grund af mangel på personaleresourcer. En del kommuner tilbyder, at langtidslidende kan udføre denne opgave, hvilket en del plejehjem betegner som en vigtig ressource. Etablering af et mindstetilbud om almen mobilisering ville være en udmærket deklARATION på plejehjemmets tilbud.

Det var kun en tredjedel af plejehjemmene, der havde planer for vedligeholdelsestræning og mobilisering for hver enkelt beboer, men plejehjemmene arbejder mange steder med indførelsen af handleplaner og beskriver og vurderer i stigende grad beboernes behov på dette område.

Det er dog Embedslægeinstitutionens indtryk, at der i nogle kommuner er en meget stramt administreret politik på ydelsesområdet, således at en borger, der ikke af visitationen har fået bevilget en relativt blød ydelse som f.eks. en ledsaget spadsertur, næppe ville kunne regne med at få tilbuddet.

Næsten alle plejehjem angav at have tilbud om fysisk aktivitet med henblik på vedligeholdelse af beboernes funktionsniveau (vedligeholdelsestræning) og beskæftigelsestilbud. Kun ét plejehjem svarede nej til spørgsmålet om vedligeholdelsestræning, mens tre plejehjem svarede nej til at have et beskæftigelsestilbud. Heraf angav ét som begrundelse, at der ikke var fysiske rammer til dette tilbud.

Langt hovedparten af plejehjemmene havde et – ofte velstruktureret – beskæftigelsesprogram, oftest med faste personaleres-



ARKIVFOTO: DAVID TROOD/SCANPIX

Andelen af beboere, der var i fysioterapeutisk træning i de enkelte plejehjem, varierede fra 0 til 88 pct.

►► **SVARPERSONERNE.** 36 af de 61 spørgeskemaer blev udfyldt af en sygeplejerske, som i langt de fleste tilfælde var leder af plejehjemmet, ni af anden plejeuddannet person og tre af fysio- eller ergoterapeut. Otte havde ikke anført nærmere uddannelsesbaggrund, eller lederen var ikke-plejeuddannet, mens fem svarpersoner ikke havde anført stilling eller uddannelse.

►► **PLEJEHJEMMENE.** De 61 plejehjem havde i alt 2.205 beboere (i gennemsnit 36 beboere pr. plejehjem, median 33, spændvidde 8-84). Fem af plejehjemmene (med i alt 134 beboere) oplyste ikke antallet af beboere i fysioterapeutisk træning. Andelen af beboere i træning på det enkelte plejehjem er derfor beregnet på basis af de øvrige 56 plejehjem. Andelen af beboere i træning i den enkelte kommune er ikke udregnet, hvor der mangler oplysninger om et eller flere af kommunens plejehjem.

sourcer afsat til dette område. Tilbuddene var meget varierende, nævnt blev især gymnastik, gåture, dart og anden motion, rengøring, madlavning, bading og borddækning, håndarbejde som vævning, maling, træværksted og stoftryk, sang, højtlesning, musik, film, banko, foredrag, fest og udflugter, erindringsværksted, terning- og kortspil, havearbejde samt gudstjeneste.

Tre plejehjem fandt dog ikke, at de havde et sådant tilbud. Hertil kom enkelte plejehjem, som havde anført ”kaffe” eller ”socialt samvær,” hvilket kunne dække over et ikke særligt forpligtende tilbud.

Plejepersonalet tager initiativet

Godt halvdelen af plejehjemmene havde skriftlige retningslinjer for træningstilbud. Flertallet af plejehjemmene havde vedlagt retningslinjerne, som ofte var identiske med kommunens kvalitetsstandard eller servicedeklaration for træningstilbud til alle borgere, dvs. også ikke-plejehjemsbeboere.

Kvaliteten af retningslinjerne var meget forskellig. Kommunens kvalitetsstandard/servicedeklaration omfattede, når de var bedst, formålet med ydelsen, hvad den bestod af, hvem der kunne ansøge om træning, hvem der iværksatte og udførte den, hvor lang tid og hvor den foregik, samt transportforhold. Kommunerne har siden den 1. april 2002 skullet udarbejde kvalitetsstandarder for træning i kommunalt regi (2,4,6). Kommunernes landsforening har på sin hjemmeside en skabelon for en kvalitetsstandard for kommunal genoptræning (3).

På to tredjedele af plejehjemmene var det ergo- eller fysioterapeuter, der havde kompetence til at afgøre, om træning skulle iværksættes (andre svar var visitator og egen læge). Denne andel kan være højere, idet svaret ”visitator” formentlig nogle steder dækker terapeutgruppen.

Det er helt overvejende plejepersonalet, der tager initiativ til, at træning iværksættes. Det var tilfældet på 59 plejehjem. En del nævnte desuden egen læge, ergo- eller fysioterapeut og borgeren/pårørende som initiativtager.

Plejehjemmene havde på svartidspunktet kun ringe erfaring

med at få genoptræningsplaner fra sygehusene. Over halvdelen af plejehjemmene (33 plejehjem) havde på svartidspunktet endnu ikke modtaget en genoptræningsplan fra et sygehus, og mange af de øvrige plejehjem havde kun modtaget en genoptræningsplan i ét tilfælde. Fire af de 26, der havde set planer, svarede, at de ikke havde mulighed for at gennemføre træningen ifølge planen.

De meget få genoptræningsplaner, der var modtaget, kan skyldes, at sygehusene endnu ikke havde fået udarbejdelsen af genoptræningsplaner etableret, at plejehjemmet ikke havde fået den tilsendt, eller at udarbejdelse og fremsendelse af genoptræningsplan endnu ikke havde været relevant for personer, der blev udskrevet til plejehjem. Sygehuslovens bestemmelser om det kommunale ansvar for genoptræning (5) trådte i kraft den 1. juli 2001. Sygehusene i amtet havde frem til den 1. juli 2003 udsendt ca. 300 genoptræningsplaner til borgere i eget hjem. Det månedligt fremsendte antal planer er siden steget betydeligt. Genoptræningsplaner skal udleveres til borgeren selv og den praktiserende læge, men ses ikke nødvendigvis af plejehjemmets personale.

Begrebsafklaring påkrævet

Ved tilrettelæggelsen af undersøgelsen og ved vurdering af svarene har det været et potentielt problem, at de anvendte begreber kan være uklart definerede. Det kan f.eks. være uklart, om et kommunalt træningscenter, der er fysisk tilknyttet, men ikke organisatorisk sammenhængende med plejehjemmet, er blevet opfattet som en del af plejehjemmet.

I spørgeskemaet havde Embedslægeinstitutionen anvendt betegnelser som ”optræning,” ”fysisk træning,” ”træning,” ”fysioterapeutisk optræning,” ”genoptræningsplan,” og ”vedligeholdelsestræning.” Vi havde ikke selv gjort os fuldstændigt klart, hvordan begreberne skulle defineres, men dog betragtet ”genoptræningsplan” som defineret i sygehusloven, og ”vedligeholdelsestræning” som defineret i servicelovens § 73 a stk. 2.

Ifølge Kommunernes Landsforening og Amtsrådsforeningen ►

► har der reelt været usikkerhed om, hvad genoptræning er, og hvem der har ansvar for hvilke typer af genoptræning, idet sygehusloven og serviceloven tillægger henholdsvis både amterne og kommunerne et ansvar for genoptræning (2-4.) Desuden kan kommunerne lade deres del af genoptræningsopgaven udføre af praktiserende fysioterapeut. Hertil kommer, at sygesikringsloven giver patienter med nærmere definerede, overvejende neurologiske lidelser ret til vederlagsfri fysioterapi hos praktiserende fysioterapeut.

Seks plejehjem har nævnt praktiserende fysioterapeuter som alternativ ressource, men reelt eksisterer denne ressource dog for alle beboere, hvis de opfylder de diagnostiske kriterier, og den praktiserende læge skriver en henvisning. De to involverede ministerier har for nylig udsendt en vejledning, der præciserer begreberne og tydeliggør ansvaret for træningsindsatsen i amter og kommuner (4).

Med brug af betegnelsen "fysioterapeutisk optræning" mente vi at kunne udskille de beboere, der rent faktisk modtog behandling/træning af en fysioterapeut. Imidlertid kan nogle svarpersoner have inddraget beboere, der fik træning af plejepersonale, som initialt var blevet instrueret af fysioterapeuter.

Endelig kan der være usikkerhed med hensyn til, hvordan tilbud om "fysisk aktivitet" afgrænses i forhold til "almen mobilitet" og "beskæftigelse."

Som grundlag for en sikker vurdering er der derfor behov for en begrebsafklaring såvel hos embedslæger og deres sygeplejekonsulenter som hos plejehjemsledere og plejepersonale, og muligvis også hos kommunernes terapeuter og visitatorer (sidstnævnte har kun i beskedent omfang deltaget i besvarelsen af spørgeskemaet). Begrebsafklaring må også være hensigtsmæssig på centralt niveau, dvs. i Kommunernes Landsforening, Amtsrådsforeningen og ministerierne.

Anbefalinger og forslag

På baggrund af undersøgelsen må det anbefales plejehjemmene/kommunerne:

- at sikre, at de opfylder servicelovens krav om træningstilbud
- at udarbejde skriftlige retningslinjer for træningstilbudet, f.eks. i form af en servicedeklaration
- at afklare grænseflader mellem amtets og kommunens forpligtelser på træningsområdet
- at undersøge, om vederlagsfri fysioterapi i tilstrækkeligt omfang tilbydes beboere med relevante lidelser
- at sikre tilfredsstillende fysiske faciliteter, transportmuligheder og kvalificeret faglig visitation til træningsopgaven
- at udarbejde handleplaner på træningsområdet for alle beboere
- at sikre et mindstetilbud om fysisk aktivitet, herunder ledsagede gåture

►► LOVBESTEMMELSER OM TRÆNING

Servicelovens bestemmelser om kommunens tilbud om optræning af borgere med behov herfor:

§ 73. Kommunen sørger for tilbud om hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

§ 73 a. Kommunalbestyrelsen har pligt til at tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse.

Stk. 2. Kommunen sørger for tilbud om hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder til personer, som på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov herfor.

Sygehuslovens bestemmelse om amternes tilbud om genoptræning efter sygehusudskrivning:

§ 5 f. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om, at amtskommunerne tilbyder en genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for fortsat genoptræning ved udskrivning fra sygehus.

Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse af 11. juni 2001 om udarbejdelse af genoptræningsplaner ved udskrivning fra sygehus:

§ 1. Amtskommunen eller Hovedstadens Sygehusfællesskab skal tilbyde en genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, ved udskrivning fra sygehus. Genoptræningsplanen skal være skriftlig.

Stk. 2. Genoptræningsplanen skal udleveres til patienten senest i forbindelse med udskrivningen og sendes til patientens praktiserende læge sammen med udskrivningsbrevet efter aftale med patienten.

§ 2. Genoptræningsplanen skal udarbejdes sammen med patienten. Mangler patienten evnen til at give informeret samtykke, skal sygehuset tilbyde at udarbejde genoptræningsplanen sammen med patientens pårørende.

Stk. 2. Genoptræningsplanen skal indeholde en beskrivelse af patientens funktionsniveau ved indlæggelsen, funktionsniveauet på udskrivningstidspunktet samt det funktionsniveau, der kan forventes som resultat af genoptræningen.

Stk. 3. Det skal fremgå af genoptræningsplanen, hvornår genoptræningen påbegyndes, og hvor den skal foregå, hvis der er tale om andet end egen træningsindsats. Om muligt skal en tidsplan for genoptræningen og kontrol og opfølgning indgå i beskrivelsen.

Sygesikringslovens bestemmelser om adgang til vederlagsfri fysioterapi for visse patientgrupper – Bekendtgørelse om tilskud efter sygesikringsloven til fysioterapeutisk behandling:

§ 7, stk. 1. Til handicappede personer med medfødt eller arvelig lidelse, erhvervede neurologiske lidelser, fysiske handicap som følge af ulykke eller nedsættelse af led- eller muskelfunktionen som følge af inflammatoriske gigttilfælde yder den offentlige sygesikring et tilskud på 100 pct. af det i godkendt overenskomst mellem Sygesikrings Forhandlingsudvalg og Danske Fysioterapeuter fastsatte honorar pr. konsultation, herunder holdtræning.

►► **Tabel 2. Andel beboere, der modtager fysioterapeutisk optræning, efter plejehjemstype**

	Antal i træning	Antal beboere	Andel i træning
Plejehjem for demente og psykisk syge (N = 7 plejehjem)	6	226	3 pct.
Andre plejehjem (N = 49 plejehjem)	292	1845	16 pct.
Alle plejehjem (N = 56 plejehjem)	298	2071	14 pct.

Fem plejehjem med i alt 134 beboere oplyste ikke, hvor mange beboere der var i træning. Andelen af beboere i træning i de enkelte plejehjem varierede mellem 0 og 88 pct. 10 plejehjem havde ingen beboere i træning.

►► **Tabel 3. Andel beboere i fysioterapeutisk optræning, efter plejehjemmets adgang til ressourcer**

	Antal i træning	Antal beboere	Andel i træning
Plejehjem med både eget træningslokale og egne terapeuter (N = 19 plejehjem)	181	826	22 pct.
Plejehjem med enten eget træningslokale eller egne terapeuter (N = 12 plejehjem)	84	665	13 pct.
Plejehjem med hverken eget træningslokale eller egne terapeuter (N = 25 plejehjem)	33	580	6 pct.
N = 56 plejehjem (alle plejehjem)	298	2071	14 pct.

- at sikre, at beboerne har adgang til et relevant og differentieret beskæftigelsestilbud.

Det kunne herudover være en relevant forskningsopgave at undersøge, om forskelle i kapacitet, fysiske faciliteter og organisation betyder forskelle i det træningstilbud, den enkelte borger modtager. Endelig må der være behov for en modelbeskrivelse for optimalt træningstilbud til plejehjemsbeboere, med anvisninger på nødvendige fysiske faciliteter, og dokumentation for den krævede træningsintensitet og -varighed til forskellige målgrupper.

*Hans Trier er ansat i Embedslægeinstitutionen for Vestsjællands Amt
hat@vsj.eli.dk*

Litteratur

1. Vejledning til landets embedslægeinstitutioner om tilsyn med plejehjem, plejeboligbebyggelser og tilsvarende boligenheder. København: Sundhedsstyrelsen; december 2001.
2. "Gråzoner – genoptræning." ARF notat af 29. september. 2003.
3. "Genoptræning – et oplæg til inspiration og debat." KL november 2001.
4. Vejledning om træning i amter og kommuner. København: Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet, juni 2004.
5. Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse af 11. juni 2001 om udarbejdelse af genoptræningsplaner ved udskrivning fra sygehus.
6. Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse af 21. august 2004 om kvalitetsstandarder og frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp m.v.

Masteruddannelsen i Sundhedsinformatik

ÅBENT HUS

Aalborg Universitet København
Lautrupvang 15, 2750 Ballerup

Lørdag den 22. april 2006 kl. 9.00 – 22.00

Alle interesserede er velkomne til at deltage i dagens program, der byder på:

- Præsentation af uddannelsen
- Deltagelse i projektseminarer og kurser
- Gæsteforelæsning v/Ivan Lund Pedersen, MI sundhedsinformatik og EPJ chef i Roskilde Amt

Der vil i løbet af dagen og aftenen være rig mulighed for at tale med uddannelsens vejledere og nuværende studerende.

Vi håber med arrangementet at kunne dække netop dit behov for nærmere kendskab til Masteruddannelsen i Sundhedsinformatik, der specielt henvender sig til dig, der har en relevant videregående uddannelse på minimum bachelorniveau samt mindst 2 års relevant erhvervs erfaring. Læs evt. på forhånd om uddannelsen på www.v-chi.dk. Vejbeskrivelse på www.ihk.dk/kontakt



v/Virtuelt Center for Sundhedsinformatik
Tlf.: 9635 8809/9635 9880
Mobil: 2879 1732 (benyttes den 22. april)

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

Din mening. Det vrirler med etiske dilemmaer i sygeplejen. *Sygeplejersken* vil gerne høre, hvad du ville gøre, hvis ... Læs historien nedenfor og send dine overvejelser til: redaktionen@dsr.dk tirsdag den 11. april kl. 08.00. Det må højst fylde 1.000 tegn uden mellemrum. Redaktionen bringer et udvalg af svarene i næste nummer af *Sygeplejersken*.

Brug dit læringsrum fornuftigt

Anders er sygeplejestuderende i hjemmeplejen, hvor han har været i fire uger. Han tager nogle besøg på egen hånd og konfererer hver eftermiddag med sin kliniske vejleder om, hvordan besøgene er gået, og hvilke problemstillinger han er stødt på.

En formiddag kommer Anders hjem til *Fru Mikkelsen* for at dosere medicin. Hun sukker tungt og besværer sig over at sidde inde og se foråret folde sig ud.

"Ved du, at det er syv måneder siden, jeg sidst har været på gaden?" spørger hun.

"Næh, hvorfor?" spørger Anders.

Fru Mikkelsen fortæller om skiftende hjemmehjælper med for lidt tid og for lidt viden om manglende ressourcer på alle tænkelige planer.

"Godt," siger Anders. "Skal vi så ikke køre en tur op ad hovedgaden og runde parken nu?"

Fru Mikkelsen overvejer et øjeblik, men krykker sig så ud i entreen, hvor hun tager hat og frakke på. Anders ringer til næste borger på listen og siger, at han bliver en halv time forsinket.

Om eftermiddagen fortæller han sin vejleder om en vellykket tur i parken. Vejlederen er ikke tilfreds.

"Jeg synes, du skal reflektere, før du handler," siger hun. "Du er i et læringsrum, og det synes jeg, du skal udnytte."

"Jeg vil bare gerne være en god sygeplejerske," svarer Anders.

Tror du, Anders bliver en god sygeplejerske?



Dilemma fra Sygeplejersken nr. 8

Anna er indlagt på en firsengsstue. Da lægen under stuegangen beder Anna knappe skjorten op, så han kan lytte til hende, svarer hun, at det vil hun kun, hvis også han knapper sin skjorte op.

Hun er sin egen

Umiddelbart er der jo ikke noget, der tyder på, at Anna er nogens patient. Hun er først og fremmest sin egen, og hospitalsatmosfæren har ikke fået hende til at glemme hverken sin værdighed eller sin integritet.

Desværre glemmer vi af og til, at patienterne er selvstændige mennesker med et liv uden for hospitalet. De sygeplejeetiske retningslinjer siger meget tydeligt, at:

Sygeplejersken skal arbejde for, at patienten bevarer sin værdighed og integritet (2.4), og at sygeplejersken skal beskytte patienten mod krænkende handlinger (2.5).

I dette tilfælde har sygeplejersken øjensynligt glemt de sygeplejeetiske retningslinjer.

Hvis jeg var dén sygeplejerske, ville jeg takke patienten for at have erindret mig om dem.

Kirsa Ahlebæk, rektor, ansat på Bornholms Sundheds- og Sygeplejerskole, medlem af Sygeplejeetisk Råd.

Det tænker alle

Jeg tror, at Anna udtrykker det, som de fleste patienter i virkeligheden brænder inde med.

Det er ikke rart at skulle blotte sig, når der er fremmede til stede. Det glemmer vi som sundhedspersonale, muligvis fordi nøgenhed er en naturlig del af vores arbejde.

Sygeplejersken handlede derfor fuldstændigt korrekt, da hun hentede en skærm. Spørgsmålet er, om ikke afdelingen bør tage situationen op til overve-

jelse og evt. fremover gøre det til en fast procedure ved stuegang og andre situationer, hvor patienten skal blotte sig, at have en skærm med.

Maibritt Kronborg Larsen, sygeplejerske.

Rollen udspillet

Hvordan ville jeg reagere?

Jeg ville tage skærmen med ud, så de fire patienter igen kan se hinanden og få grinet færdig. De tider er forbi, hvor sygeplejersken er mellemmand i dialogen mellem læge og patient.

Anna har ikke brug for at blive støttet under undersøgelsen, og der er ingen ordinationer, der skal udføres.

Sygeplejerskens rolle er udspillet, og lægen har fået sig et lille kursus i blufærdighed.

Benedikte Kristensen, sygeplejerske, ansat i Kolding Kommune.

Fremhæv guld-kornene

Merete Bjerrum

Fra problem til færdig opgave

København:

Akademisk Forlag 2005

168 sider, 199 kr.

ISBN 87-500-3559

Bogen giver en god og instruktiv beskrivelse af, hvordan man kommer fra A til Z, når man skal udfærdige en problemorienteret opgave. Der er, som det er nævnt i forordet, lagt vægt på systematikken i skriveprocessen og opgavestrukturen. Det resulterer i, at man som studerende her har en bog, som kan hjælpe en med at komme rundt i hjørnerne ved opgaveskrivningen.

Forfatteren ønsker tilsyneladende at henvende sig til en bred målgruppe af opgaveskrivere og beskriver derfor det problemorienterede projekt som en "undersøgelse," det kan måske virke lidt forvirrende på professionsbachelorstuderende, når de første gang skal skrive en projektrapport, hvori der indgår krav om anvendelse af akademisk arbejdsmåde. Ordet "undersøgelse" dækker i denne sammenhæng mere, end det man i alment sprogbrug forstår ved en undersøgelse.

Der er dog ingen tvivl om, at man som studerende her står med en metodebog, som kan føre en igennem projektarbejdet og give svar på mange af de spørgsmål, som dukker op undervejs.

Når bogen er så instruktiv, får læseren behov for eksempler. Her har forfatteren valgt at inddrage et eksempel, som bliver anvendt ud fra forskellige vinkler gennem store dele af bogen.

Kapitlerne om problemformulering, undersøgelse og diskussion er meget grundige og anvendelige i gennemgangen af skriveprocessens faser hen mod bearbejdningen af det videnskabelige problem, som ønskes undersøgt. Styrken er det instruktive i forhold til processen, men svagheden er, at det eksempel på problemformulering, som anvendes, ikke umiddelbart virker som det mest hensigtsmæssige til illustration af det, teksten ønsker at fremhæve.

Bogen er fyldt med gode huskereglere og vigtige elementer, man som rapportskrivende studerende kan have glæde af at



være opmærksom på. Desværre står de inde i teksten, så for at få alle med kræver det en nøje gennemlæsning af bogen. Det kan måske være svært at nå, når man er i gang med et større projekt. En bedre fremhævning af guld-kornene kunne derfor hjælpe læserne til at opsamle dem før og under skriveprocessen.

Beskrivelsen af problemundersøgelsen må siges at være bogens allerstørste force. Det er her, den tilføjer markedet noget nyt, som kan være til stor gavn for de studerende.



Opin Instituttet

4-årig Terapeutuddannelse
1-årig Basisuddannelse

Kalundborgvej 60
4300 Holbæk
Tlf. 5949 9110

www.opin.dk


e-mail: info@opin.dk

Derimod er afsnittene om konklusion og især om perspektivering ikke dybtgående, og de studerende må her søge hjælp i andre bøger.

Bogen afsluttes med en liste over anvendelig litteratur ordnet efter emne. Listen er fyldestgørende, men virker for detaljeret i betragtning af den målgruppe, bogen henvender sig til.

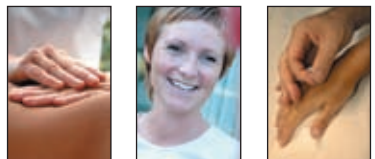
Bogen er et godt supplement til markedets øvrige bøger om opgaveskrivning, men den er ikke helt tro mod sin målgruppe, idet den på nogle områder er meget grundig og på et meget højt niveau, hvori- mod andre vigtige områder nærmest er forbigået.

*Af Cecilie Sveistrup,
cand.scient.soc., sygeplejerske.
Underviser på Københavns Amts
sygeplejerskole, Herlev.*



KURSER OG UDDANNELSER

- Nordlys Massage**
-
- Berøringsterapi**
-
- Integreret Coaching**
-
- Akupressur & Akupunktur**
-
- Terapeutisk Samtale**



www.nordlys.dk - Tlf. 8681 1081

Det sidder mellem ørerne

Fru *Gerda* har slidgigt i hofterne og en tennisalbue, der dukker op, hver gang hun gør rent. Og nogle gange en forstuvet tunge af at råbe efter gemalen, der også lider af alderdommens gener. De får hjælp til at vende nullermænd og luften underbukser, kommunen bringer mad samt holder have og rydder sne.

Frøken *Sille* klarer sig selv; bad og mad, hus og have. Frøken *Sille* mangler et ben, et bryst og alle tænderne i undermundten, men det forstyrrer ikke store ånder på 88 år, og det er ånd, det handler om.

Hvad er det, der gør, at vi opfatter vores lidelser og handicap forskelligt?

Vi kalder det funktionsevne i vores fagsprog, evnen til at fungere. Men koncentrerer os i øvrigt mest om at beskrive funktionsniveauet. Det er også meget mere synligt og ulige nemmere at vurdere.

Med famlende pen og lidt prosa i baglommen forsøger vi os indimellem med at notere, at sindet er lyst og egenomsorgen stor, men det dækker ikke. Det er noget andet, en indre dims, der styrer opfattelsen af selv smerte og tab, og den lader sig ikke fange eller beskrive.

Vores redskab til at fange evnedimsen er diverse kreative spørgsmål suppleret med tværfaglige test, som COPM. Så bliver vi klogere på, hvad patienten kan, og hvad patienten selv synes om det. Men det siger ikke noget om, hvorfor nogle mestrer livet på trods af uendelige handicap, mens andre klapper sammen som en ostesouffle, når vejret er dårligt.

Heller ikke fælles sprog I eller II når derind. Vi kan lave lige så mange kasser og niveauer, der fletter sig ind i hinanden, der er ikke bid.

Og store filosoffer har givet op over det mentale farvesyn, og forskere har endnu ikke fundet det gen, som kvalitetsoplevelser er bundet til, men du genkender det, når du møder det som en trykkende sur bøvns i et formørket sind, eller som det flagrende gardin i en lys og venlig *Karl Larsen*-stue.

Jeg husker en gammel kone, jeg besøgte som hjemmesygeplejerske. Hun havde en anamnese som en telefonbog (de gule sider), og kroniske ledforandringer og smerter havde krøllet hendes krop, men sjælen fik de ikke.

"Hvordan gør du?" spurgte jeg hende. "Hvordan kan du blive ved med at hamle op med smerte og tab?"

"Det er noget, der sidder mellem ørerne," sagde hun.

Hende vil jeg gerne klone. Ikke for at spare på den dyre hjemmehjælp. Heller ikke for at være nærig med hjælpemidler og slet ikke for at slippe for at lægge øre til bekymrede an-

modninger om mere eller hurtigere hjælp.

Kun fordi jeg under alle en optik, der er påvirket af en holdning og en tro på, at der er en udvej, og at livet ikke er det værste, man har, når verden opleves igennem den dér dims mellem ørerne.

PS

Når socialministeren aktuelt er ude og lede efter kvalitet i ældreplejen, så vil jeg anbefale hende også at kigge dér. Der foregår så meget mellem ørerne.

redaktionen@dsr.dk

"Jeg husker en gammel kone, jeg besøgte som hjemmesygeplejerske. Hun havde en anamnese som en telefonbog (de gule sider), og kroniske ledforandringer og smerter havde krøllet hendes krop, men sjælen fik de ikke."

5 faglige minutter skrives på skift af tre sygeplejersker:



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



Jørn Ditlev Eriksen, sygeplejerske, forstander på botilbuddet Slotsvænget.



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