



Sygepleje til den
døende patient
med smerter

Nyt www.dsr.dk

Log på hurtigt og
vind gode præmier

SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING  NR. 2 • 28. JANUAR 2011 • 111. ÅRGANG

Hjemmeplejen



Ingen har styr på de gamles medicin

Sygeplejerske
opfinder tryksårspude

O

NYE VEJE I SYGGEPLEJE

PFINDERPRISEN

Deltag i konkurrencen

2 INDHOLD

KORT

- 6 Deltag i konkurrencen Opfinderprisen**
Sygeplejersken søsætter konkurrencen Opfinderprisen. Bedste idé belønnes med 10.000 kr., mens 2.- og 3.-pladsen hver får 5.000 kr.
- 9 Sygeplejerskestillinger reddet**
Et spareforslag i Jammerbugt Kommune ville erstatte 21 sygeplejersker med social- og sundhedsassistenter.

TEMA

- 12 Ingen har styr på de gamles medicin**
To hjemmesygeplejerskers gennemgang afslørede, at 18 gamle borgere fik forkert medicin, fordi kommunen ikke fik besked om medicinændringer af egen læge eller fra sygehuset. Men lægerne har også et problem. Ingen af dem har det fulde overblik.
- 16 En fælles udfordring for alle involverede**
Så længe ingen læger har det fulde overblik over en borgers medicinering, kan hjemmesygeplejersken ikke udføre sin del af opgaven på forsvarlig vis. Fem eksperter giver deres syn på sagen.

BAGGRUND

- 28 Der, hvor sengen trykker**
En sygeplejerske mener, at hun har fundet en del af løsningen på, hvordan man undgår tryksår. Hun har opfundet en pude, som i efteråret blev testet med stor tilfredshed hos patienterne.
- 31 Sygeplejerske springer ud som opfinder**
De seneste otte år har Kirsten Sivertsens liv budt på et væld af udfordringer i erhvervslivet. Hun har tilføjlet titlen opfinder på visitkortet, som i forvejen indeholdt titlen sygeplejerske.

NYT FRA DSR – DIN ORGANISATION

- 36 Leder: Velkommen til verdens bedste profession**
I lyset af de mange besparelser er der ikke noget at sige til, hvis de nye studerende overvejer, om de nu også har valgt helt rigtigt. Men der er rigtig god grund til at slå fast, at der er tale om et øjebliksbillede.
- 37 Sparekrav presser faglig kvalitet og arbejdsmiljø**
Dansk Sygeplejeråds Kreds Midtjylland advarer i sit hørings-svar til Region Midt om, at den fremlagte omstillingsplan vil presse den faglige kvalitet og true befolkningens tryghed.
- 44 Log på hurtigt og vind gode præmier**
Glæd dig til Dansk Sygeplejeråds nye hjemmeside, der går i luften 31. januar. Nyt design og nye funktionaliteter skal forbedre sygeplejerskers muligheder for at dele faglig viden. Log på fra starten og vind præmier.
- 48 Emblemet går i arv**
Tre generationer af sygeplejersker i samme familie. I familien Ravnsborg får emblemet en særlig betydning, når Ann Ravnsborg i 2012 overtager mormors embleme fra 1962.



FAG

54 Faglig information

56 Sygepleje til den døende patient med smerter

Smarter er en subjektiv og kompleks oplevelse. Optimal smertelindring kræver viden om, hvad der udløser og modificerer smerterne.

61 Hvad forstår patienterne ved fejl?

En undersøgelse viser, at flere end hver tredje har været ude for fejl eller har haft negative oplevelser. Flere end hver femte oplever, at fejlen efterfølgende har medført mén.

66 Fem udfordringer i afdelingsledelsen

Fremtidens lederskab omfatter mange komplekse udfordringer. Lederne skal skabe rammer, der sikrer, at personalet kan gavne patienterne bedst muligt i et fragmenteret og højt specialiseret sundhedsvæsen.

I HVERT NUMMER

- 4 Statistikken
- 8 Test din viden
- 8 Studerende i praksis
- 11 Dilemma
- 22 Anmeldelser
- 26 Parentes
- 33 5 faglige minutter
- 34 Mig og mit job
- 35 Navne/Mindeord
- 70 Stillingsannoncer
- 72 Kurser/møder/meddelelser
- 74 Kontakt

Forsidefotos: iStock og Søren Svendsen.

www.sygeplejersken.dk

- Søg i artikelarkivet
- Find manuskriptvejledninger
- Skriv en kommentar til noget, du har læst i Sygeplejersken.



Med armen i alleryderste position og resten af kroppen i en umulig, nærmest flyvende stilling nåede han fjerbolden, sekundet før den ramte gulvet i badmintonhallen. Til gengæld gav akillesenen op på stedet – revet over!

Da min bekendte af uddannelse er ingeniør og af sind udpræget iværksættertype, humpede han efterfølgende i kælderen og frembragte af stumper i skuffer og skabe en "dime", som ikke bare kunne aflaste smerterne, men også fremskynde helingsprocessen.

Tilskyndet af flere begejstrede speciallæger tog han udfordringen op og indstillede sig på et liv som indehaver af patentet til et vidunderinstrument, som der uden tvivl ville blive stor efterspørgsel efter og dermed sikker økonomisk gevinst i vente. Men, men, men!

Rådgivningen var utilstrækkelig eller måske ligefrem forkert. Finansieringen var en gældsfælde, og grådige og tyvagtige fabrikanter stod i kø for at tilrane sig deres uberettigede del af kagen.

I dag er projektet i form af adskillige sagsmapper stuvet af vejen i selvsamme kælder, hvor idéen blev skabt.

Sygeplejerske Kirsten Sivertsen, Roskilde, som vi præsenterer i dette nummer af Sygeplejersken, kom heldigvis helskindet igennem forløbet med realisering af en genial idé, som kan afhjælpe et alvorligt problem for mange patienter, nemlig tryksår.

Vi bringer Roskildeopfinderens historie som led i lanceringen af "Opfinderprisen", et tiltag, som skal fremme kreative og skæve løsningsmodeller inden for sygeplejen, udtænkt og udført af sygeplejersker.

Redaktionen ser frem til at kunne præsentere et væld af gode, gennemtænkte idéer. For vi ved, at de findes derude.



Efterlønnere er mere syge

AF JULIE WINTHER BENGTSOEN, JOURNALIST

En ny opgørelse fra Statens Institut for Folkesundhed påviser en forskel i helbredet mellem erhvervsaktive og efterlønsmodtagere i aldersgruppen 60-64 år. Forskningsleder mener, at opgørelsen kan gøre efterlønsdebatten mere saglig.

Hvor godt synes du selv, dit helbred er? Det spørgsmål har Statens Institut for Folkesundhed stillet danskere mellem 60 og 64 år, og der er forskel på svarene fra de erhvervsaktive og dem på efterløn.

79 pct. af efterlønnere mener selv, at de har et godt helbred. Det tilsvarende tal for de 60-64-årige, som stadig er på arbejdsmarkedet, ligger 10 pct. højere. Den erhvervsaktive gruppe består overvejende af folk med en lang uddannelse, mens kun 13 pct. af dem har en kort uddannelse.

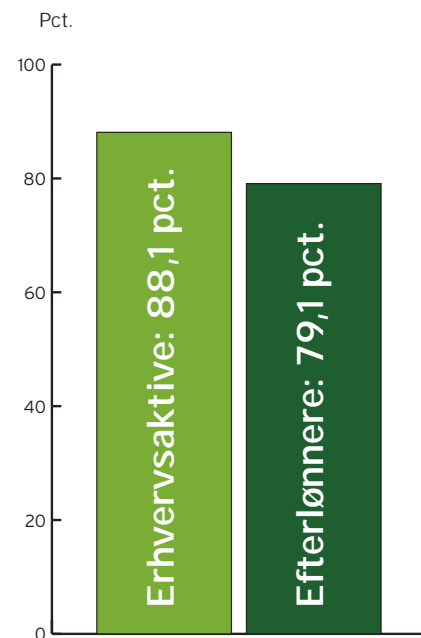
Ifølge forskningsleder ved Statens Institut for Folkesundhed, Henrik Brønnum-Hansen, kan opgørelsen bruges til at påvise, at efterlønnen har fungeret, som den skulle:

"Efterlønsmodtagerne har helt generelt et dårligere helbred end erhvervsaktive. Man kan diskutere, om det er meget dårligere, men der er en helt systematisk forskel mellem de to grupper, når det kommer til indikatorer for deres helbred. Kombineret med at uddannelseslængden betyder meget for, om folk bruger efterlønsordningen, så ser det ud til, at den har fungeret efter hensigten," siger han.

Forskellen mellem det selvvaluerede helbred hos erhvervsaktive og efterlønnere afliver ifølge Henrik Brønnum-Hansen myten om, at efterlønsmodtagere er højtuddannede golfspillere:

"Det tyder på, at dem med kort uddannelse har mere brug for at gå på efterløn. Det er jo næppe på grund af økonomien, for man taber jo noget ved at gå på efterløn," siger han. Henrik Brønnum-Hansen mener, at man kan bruge opgørelsen i

Så mange synes, de har et godt helbred



Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne 2005, Statens Institut for Folkesundhed.

den aktuelle efterlønsdebat, fordi den bidrager med relevant viden:

"Skal efterlønnen reformeres, skal det ske på et sagligt grundlag. For det passer jo ikke, at der ikke er forskel på helbredet mellem erhvervsaktive og efterlønnere," pointerer han.

Ud over forskelle i helbred mellem erhvervsaktive og efterlønnere ridser opgørelsen også forskellene op mellem efterlønnere og førtidspensionister. Den tydeliggør, at førtidspensionister generelt har et noget dårligere helbred end efterlønsmodtagere. Kun knap 36 pct. mener, de har et godt helbred.

Tallene er indsamlet under Sundheds- og Sygelighedsundersøgelserne i 2005 og blev for nylig opgjort af Statens Institut for Folkesundhed.

” Nu er det vigtigste, at jeg får et job. Drømmejobbet er urealistisk. Nu vil jeg have et arbejde, hvor mine kompetencer bliver udviklet.

Nyuddannet sygeplejerske Signe Oppegaard i Dagbladet Holstebro den 15. januar 2011.

Målret indsatsen over for syge borgere

Kommunernes forebyggelsesindsats skal rettes mod de borgere, der har størst behov, f.eks. borgere med diabetes, KOL eller hjerte-kar-sygdomme, som har brug for hjælp i forhold til rygestop, bedre kostvaner, motion og lignende. Sådan lyder meldingen fra KL, der i et nyt udspil lægger op til en ny prioritering i indsatsen over for kronisk sygdom og andre lidelser. Læs mere på www.kl.dk > nyheder > Flere nyheder > KL: Målret indsatsen over for syge borgere

To nye kliniske retningslinjer er klar

"Klinisk retningslinje for ernæring til patienter indlagt med KOL i exacerbation" skal identificere patienter i ernæringsmæssig risiko, forebygge vægttab under indlæggelse og fremme vægtøgning efter udskrivelsen. Retningslinjen indeholder anbefalinger for screening, beregning af energibehov og ernæringsplan ved udskrivelsen. "Klinisk retningslinje for rensning af akutte og kroniske sår: Sæbe, skyllevæsker og skylletryk" gør op med brug af sæbe til rensning af akutte og kroniske sår, i stedet anbefales vandhanevand. Sår med inflammation eller fastsiddende forurening renses med skyllevæske under tryk.

Læs mere på www.kliniskeretningslinjer.dk

Forebyg mobning på arbejdspladsen

Syv forebyggende indsatsområder kan ifølge en ny håndbog forhindre mobning på arbejdspladsen. Det handler bl.a. om at indføre en mobbepolitik og at lære at håndtere sagerne. Håndbogen er udarbejdet af Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, NFA, i samarbejde med CRECEA på baggrund af forskningsprojektet "Mobning og Chikane på arbejdspladsen." Den kan downloades gratis på www.arbejdsmiljoforskning.dk



ILLUSTRATION: GITTE SKOV

Der intet overblik over mikset og mængden af medicin til ældre medborgere.

Der skal styr på gamles medicin

Når flere læger er involveret i behandlingen af hjemmeboende ældre, har ingen af dem det fulde overblik over de ældres medicin. Hjemmesygeplejen bliver mangelfuldt informeret og har reelt ingen mulighed for at dosere korrekt, viser projekt fra Københavns Kommune.

Et reumatologisk ambulatorium sender en dement gammel kvinde hjem med en ny recept uden at underrette egen læge eller hjemmesygeplejen.

Egen læge ændrer i en anden borgers medicin uden at underrette hjemmesygeplejen, fordi han ikke ved, at borgeren har hjælp til medicindosering.

Disse typiske eksempler, hentet fra Københavns Kommune, illustrerer, hvor store konsekvenser det har for syge ældre, at

ingen læger har overblik over de ældres samlede medicinering. I projektet besøgte to erfarne hjemmesygeplejersker 18 borgere og gik deres hylder og skabe igennem. I alle hjem fandt de receptpligtig medicin, som ikke stod på hjemmesygeplejens medicinliste, og som egen læge heller ikke altid kendte til.

(kb)

Læs mere i temaet om medicindosering side 12.



ARKIVFOTO: ISTOCK

Rehabilitering af hjerneskadede har god effekt

Rehabilitering af personer, der har fået en hjerneskade, har på en række områder positiv effekt. En ny undersøgelse fra Sundhedsstyrelsen viser god effekt af tværfagligt samarbejde omkring indsatsen til personer med erhvervet hjerneskade i hospitalsregi. Desuden er der moderat eller god evidens for bl.a. fysisk genoptræning, arbejdsmarkedsintegration og sprogræning. Endelig viser rapporten, at der er effekt af tilbud til parø-

rende som f.eks. telefonrådgivning, information og undervisning.

Formålet med undersøgelsen, som er en medicinsk teknologivurdering (MTV), er at bidrage med rådgivning til, hvordan regioner, kommuner og andre aktører bedst tilrettelægger hjerneskaderehabilitering, så indsatsen har fagligt høj kvalitet for den enkelte person.

En central konklusion i rapporten er, at rehabilitering i højere grad skal koordine-

res på tværs af sektorer og internt i regioner og kommuner, hvis der skal sikres sammenhæng og gode resultater. Det gælder også koordinering i forhold til sikring af de faglige kompetencer på alle niveauer, og at indsatser tilbydes relevant og rettidigt.

(bes)

www.sst.dk søg på "hjerneskaderehabilitering".

Bippere hjælper patienter på skadestuen

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

Ventetiden på skadestuen kan føles lang, men et nyt forsøg med bippere giver patienterne større bevægelsesfrihed og betyder samtidig færre afbrydelser for personalet.

Lise Gartmann faldt på isen, da hun var ved at skovle sne foran sit hus i Brønshøj. Denne mandag sidder den 49-årige fotograf begravet i en kriminalroman, mens hun venter på at komme til på Bispebjerg Hospitals skadestue. På bordet ved siden af ligger en lille rund sort bipper, der lyser rødt, når det er hendes tur. Siden 22. december har skadestuen på Bispebjerg Hospital indført et forsøg med bippere, så patienterne kan bevæge sig frit rundt på hospitalsområdet i ventetiden. Den 8. januar fulgte skadestuen på Frederiksberg trop. Målet med bipperne er at lette ventetiden ved at give patienterne bevægelsesfrihed og mindske antallet af afbrydelser for personalet. Projektet er en af de mere end 40 nye idéer, i det såkaldte Innovationsforum på Frederiksberg Hospital (se boks side 7).



Lise Gartmann faldt på isen, da hun var ved at skovle sne foran sit hus i Brønshøj. Hun synes, det er positivt, at bipperen giver hende mulighed for at gå rundt på hospitalsområdet, mens hun venter på at komme til.

Ligesom pizzabarer og restauranter udleverer flere danske skadestuer nu bippere, som lyser, når patienterne kommer til. Systemet er allerede indført på Glostrup Hospital, flere steder på Rigshospitalet og i udvalgte ambulatorier på OUH.

"Det er fint, at jeg får mulighed for at gå i kiosken og bevæge mig ud på området. Det gør det lettere at vente," siger Lise Gartmann.

Skadestuen på Bispebjerg er landets

største og behandler hvert år 43.000 patienter. Denne vinter har tilstrømningen af patienter til skadestuen på Bispebjerg Hospital været så stor, at patienter i nogle tilfælde har måttet vente op til 12-14 timer på at komme til.

Holder ventetiden nede

"Vi forsøger at holde ventetiden nede på tre timer for de patienter, der ikke har øjeblikkelig brug for hjælp. Men nogle gange går der meget længere tid, og i de tilfælde kan vi sende patienterne hjem

OPFINDERPRISEN

NYE VEJE I SYGEPLEJE

Deltag i konkurrencen Opfinderprisen

Der bliver eksperimenteret med kreative og skæve løsningsmodeller inden for sygeplejen. Sygeplejersken søsætter konkurrencen Opfinderprisen.

En anæstesisygeplejerske har opfundet en mere stiksikker kanyler og søger aktuelt patent. En børnesygeplejerske har skrevet en e-bog til børn af psykisk syge hjemmeboende forældre. Og en afdeling tilbyder nu deres patienter selv at gå til operationsgangen. Det er tre eksempler på sygeplejerskers nytænkning og kreativitet.

Sygeplejersken inviterer alle medlemmer af Dansk Sygeplejeråd til at deltage i konkurrencen "Opfinderprisen - nye veje i sygepleje". Indsendte idéer eller opfindelser kan omfatte fysiske redskaber, måden arbejdet er organiseret eller ledet på, nye pædagogiske metoder eller en ny måde at bruge viden på. Der kan være tale om nye ting eller ting, der implementeres på en ny måde.

10.000 kr. til vinderen

Vinderen, der belønnes med 10.000 kr., kåres af en jury. 2.- og 3.-pladsen belønnes hver med 5.000 kr. og kåres af læserne.

Hvis du eller I har en opfinder i maven - eller vil indstille en leder eller kollega til Opfinderprisen - er det tid til at begynde at forberede sig. Startskuddet til konkurrencen lyder 31. januar samtidig med, at Dansk Sygeplejeråd lancerer sin nye portal. Konkurrencen løber over seks måneder, og regler og deltagervejledning kan du læse på næste side eller på den nye hjemmeside www.dsr.dk efter den 31. januar. (er)

Læs også artiklen på side 28-32 om sygeplejerske Kirsten Sivertsen, som har opfundet en tryksårspude.



Mere tilfredse patienter og færre afbrydelser af personalet. Det er ifølge de to afdelingssygeplejersker, Rikke Steener Olsen (tv.) og Birgitte Taasby, de umiddelbare gevinster ved at udlevere bippere til patienterne.

med en aftale om, at de kan komme tilbage på et bestemt tidspunkt,” siger afdelingssygeplejerske Birgitte Taasby fra skadestuen på Bispebjerg Hospital. Hun fortæller, at brikken har haft en positiv effekt.

”Patienterne har allerede taget brik-

Medarbejdere bag 40 opfindelser

Hospitalsdirektør Jonatan Schloss tog i sommer initiativ til et innovationsforum drevet af medarbejderne.

Via et samarbejde med sygeplejerske og direktør Pernille Weiss Terkildsen, konsulentfirmaet Archimed, og en lavpraktisk tilgang har medarbejderne allerede nu iværksat mere end 40 projekter. Ud over bippere på skadestuen, har Innovationsforum bl.a. sat projekter i værk om lydløse patientkald, robotdispensering af medicin, USB-nøgle med journal til udskrevne patienter.

ken godt til sig og har forstået systemet. Og for personalet betyder brikkerne, at der er færre afbrydelser og mere ro på afdelingen,” siger Birgitte Taasby.

Samme melding kommer fra afdelingssygeplejerske Rikke Steener Olsen fra Frederiksberg Hospitals Skadestue:

”Jo, flere måder, du kan tilbringe ventetiden på, jo bedre. Det er en fordel, at patienterne ikke er tvunget til at sidde i venteværelset.”

Den kommende tid vil videnskabelig assistent Jakob Sabra fra Aalborg Universitet måle, hvad bippene betyder for personalets arbejdsmiljø og patienternes oplevelse af deres ventetid. Evalueringen vil også sætte fokus på, hvilken betydning bevægelse har for patienternes forventning til de fysiske rammer og deres indretning.

Bippere giver patienter bevægelsesfrihed

Skadestuen på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital udleverer som et forsøg en bipper til patienterne. Projektet er sat i gang af Innovationsforum på Frederiksberg Hospital i samarbejde med firmaet Discovery Systems. Som et led i forsøget vil der blive udarbejdet en evaluering, der bl.a. undersøger, hvordan patienterne tager imod bippene, og hvordan de påvirker personalets arbejdsmiljø. Bippere bruges allerede på Glostrup Hospitals Skadestue, flere steder på Rigshospitalet og i udvalgte ambulatorier på Odense Universitetshospital.

Deltagervejledning til Opfinderprisen

Hvad er en opfindelse?

En opfindelse ses i konkurrencen som idéer eller nye opfindelser, der ifølge opfinderen/opfinderne ikke er brugt på samme måde tidligere. Der kan være tale om helt nye ting eller ting, der implementeres på en ny måde. Opfindelser kan omfatte:

- Fysiske redskaber
- Måden arbejdet er organiseret på
- Måden arbejdet bliver ledet på
- Pædagogiske metoder
- En ny måde at anvende eksisterende viden på.

Betingelser for at deltage

1. Der skal være tale om en grundlæggende idé, som kan omsættes til handling, og som giver en merværdi for patienter/borgere, sygeplejersker og/eller organisation.

2. Der skal være en eksperimenterende tilgang til løsningen af en udfordring.
3. Der skal være en kort anbefaling fra en relevant fagperson (en leder, samarbejdspartner eller anden relevant person) om idéens potentielle realisering.
4. Løsningen skal være selvudtænkt af en eller flere sygeplejersker i fællesskab – altså må der ikke stå profitdrevne interesser bag.
5. Deltagerne må kunne godtgøre, at idéen er deres egen, og at den ikke har været anvendt tidligere.

Temaet er **temperaturmåling, test dig selv eller en kollega**. Ved du f.eks., hvilket temperaturmålingsredskab der mest præcist måler kropskernetemperaturen hos voksne indlagte hospitalspatienter?

1. Ændringer i kropstemperaturen er en vigtig indikator for sundhed og sygdom, men hvor reguleres kroppens kernetemperatur?

- I hjerteklapperne, der registrerer ændringer i blodets temperatur.
- I hypothalamus, der registrerer ændringer i blodets temperatur.

2. Hvad betyder non-invasiv måling inden for temperaturmåling?

- Måling i øre, mund eller aksil.
- Måling i en arterie, i oesophagus eller i blæren.

3. Hvorfor er temperaturmåling i øret en omdiskuteret temperaturmålingsmetode?

- Man mistænker, at termometret måler temperaturen i selve øregangen og ikke strålingsvarmen fra trommehinden.
- Man mistænker, at termometrenes kvalitet er for dårlig.

4. En aksiltemperatur er let at tage, men er det en sikker målemetode?

- Mindst lige så sikker som oraltemperatur.

- Stedet anses for at være det mest upræcise sted for måling.

5. Hvilken måling afspejler mest akkurat og præcist patientens kropskernetemperatur?

- Rektal temperaturmåling.
- Oral temperaturmåling.

(er)

Læs svarene på side 35.

Kilde: Center for Kliniske Retningslinjer; www.kliniske-retningslinjer.dk > temperaturmåling

STUDERENDE I PRAKSIS

Værdig sygepleje

AF SIRI STORCK JENSEN, SYGPLEJESTUDERENDE PÅ PROFESSIONSHØJSKOLEN METROPOL, MODUL 12

Selv om man er rustet med teoretisk viden om palliation, kan man føle sig usikker, når man står over for en døende patient.

Som eventyrlysten udvekslingsstuderende valgte jeg at drage til broderlandet Sverige på modul 11. Her oplevede jeg for første gang, hvad det indebærer at stå ansigt til ansigt med et døende menneske. Før denne svære, men efterfølgende livsbekræftende episode havde jeg skrevet opgave om tidens betydning i mødet med den døende patient. Etikken i palliation blev her teoretisk belyst til et funklende 12-tal, men at se og opleve den værdige sygepleje blive udført i praksis var meget mere værd end den høje karakter.

Den morgen prøvede jeg, som altid, ihærdigt at forstå, hvad der blev sagt under rapporten. Mest af alt lød det i mine ører som en lang svensk melodi. Jeg forstod dog, at min vejleder og jeg skulle stå for sygeplejen til en ustabil patient med leversvigt. Vejlederen fortalte, at han var kendt i afdelingen fra tidligere, og at han i mange år havde haft et alkoholmisbrug.

Det kunne man da heller ikke se bort fra, da jeg trådte ind på hans enestue. Jeg kunne se, at det hårde liv havde præget ham, selv om han ikke var over 40 år. Han havde gråligt snavs på de gullige fingre, en tatoveret tåre på den ene kind, og han var iført en T-shirt med teksten "Utbränd".

Selv om jeg tidligere på studiet havde skrevet teoretisk opgave om palliation, modvirkede det ikke min følelse af usikkerhed i situationen.

Nogen tid efter trak de pårørende i klokkesnoen. Min vejleder hastede derind, patienten var desværre gået bort. Efter de meget følelsesladede pårørende havde taget afsked, blev det min tur. Patienten så ved dette gensyn helt anderledes ud.



Rosen på brystet, som min vejleder havde placeret i hans nu rene hænder, var rød, frisk og smuk. En stor kontrast til det ellers så stærke billede, jeg havde fået tidligere på dagen. Et lille lys var tændt, og Bibelen var placeret på bordet. Han lå nu fredfyldt og udstrålede værdighed.

Selv om han havde været misbruger i mange år, så jeg gennem min vejleders humanistiske menneskesyn, hvordan værdig sygepleje kunne udføres i praksis.

Oplevelsen har efterfølgende gjort mig stærk både fagligt og personligt. Den har inspireret mig til at følge i min vejleders fodspor og håbe på, at I som sygeplejersker vil prøve at gøre det samme næste gang. I står over for et døende menneske, der har levet hårdt.

Er du sygeplejestuderende, og har du oplevet en situation, hvor du lærte noget af en patient, en pårørende eller en fagperson i sundhedssektoren, så skriv til os. Send din historie til jb@dsr.dk. Den må højst fylde 2.000 tegn uden mellemrum. Du får 500 kr., når din historie bliver bragt i Sygeplejersken.

21 sygeplejerskestillinger reddet i Nordjylland

AF RASMUS BONDE STOUBY, JOURNALIST

Et spareforslag i Jammerbugt Kommune ville erstatte 21 sygeplejersker med social- og sundhedsassistenter. Nu er forslaget trukket tilbage.

Spareforslaget fra Social-, Sundheds- og Beskæftigelsesforvaltningen lød på, at 21 sygeplejersker skulle erstattes med social- og sundhedsassistenter og nattevagten ligeså. Forslaget, der blev kendt den 3. september 2010, fik sygeplejerskerne til at reagere prompte. I løbet af de næste 12 dage fik sygeplejerskernes tillidsrepræsentant med hjælp fra Dansk Sygeplejeråd i Kreds Nordjylland udarbejdet et høringssvar og sikret sig bred opbakning til indholdet, også hos social- og sundhedsassistenterne og lægehuse- ne i kommunen. De skabte også kontakt til medierne og afholdt et dialogmøde med Socialudvalget i kommunen og senere et møde med Økonomiudvalget.

Indsatsen bar frugt. Politikerne valgte at se bort fra forslaget, og man fandt i fællesskab en løsning, så der fortsat er en sygeplejerske på nattevagt i Jammerbugt Kommune.

"Der er brug for alle kompetencer, men sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter er uddannet til noget forskelligt, og det er det, politikerne ikke altid forstår," siger formand for Dansk Sygeplejeråds Kreds Nordjylland, Jytte Wester.

Sygeplejerskerne oplevede stor opbakning fra borgerne i kommunen. Et vægtigt argument fra sygeplejerskerne var nemlig, at Jammerbugt Kommune i forvejen har en af landets laveste normeringer. Med den nye sundhedslov er kommunen forpligtiget til at tage sig af flere og mere komplekse sygeplejeopgaver. Op-

gaver, som Jammerbugt Kommune ifølge Jytte Wester ikke helt kan leve op til.

"Det halter. Kommunen er ikke klar til at tage patienterne. Det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde fungerer ikke tilstrækkeligt," siger hun.

Politikerne lyttede

Men spareforslaget og de efterfølgende møder med kommunens politikere har alligevel åbnet op for en positiv udvikling.

"Alle vores møder med kommunen har været rigtig, rigtig gode. Politikerne har spurgt ind og lyttet, og der har været en god dialog, fortæller fællestillidsrepræsentant Majbritt Ulstrup.

I forvaltningen havde man spareforslaget om at erstatte sygeplejersker med social- og sundhedsassistenter med som en mulighed blandt flere, men havde selv svært ved at anbefale løsningen som ideel.

"Vi var enige med sygeplejerskerne i, at dette ikke var en rigtig god model," siger direktør i Social- og Sundhedsforvaltningen, Jane Hvas.

På fire årlige dialogmøder giver politikerne mulighed for at møde de ansatte i sundhedssektoren. Efter sidste møde med Økonomiudvalget nåede man frem til en løsning, hvor nattevagten kommer til at sidde på plejecenteret. Den løsning er netop vedtaget.

Fremover har kommunen planer om to nye projekter. Ét, hvor sygeplejerskerne selv står for visitationen af borgeren og tager direkte kontakt til social- og sundhedsassistenterne, hvis de skal tage over, og et andet projekt, hvor sygeplejersker selv tager INR-målinger og foretager en vurdering af medicineringen.

VERDEN RUNDT

USA satser på bachelorer

Andelen af sygeplejersker med en Bachelor of Science in Nursing, BSN, skal op fra 50 til 80 pct. i USA.

Det anbefaler The Institute of Medicine i en ny rapport, der belyser behovet for sygeplejersker med indførelsen af den nye sundhedslov. Loven skal inkludere 32 millioner amerikanere. Se sygeplejeproffesor Linda Aikens artikel i The New England Journal of Medicine.

Kilde: www.nejm.org

Stort behov for kliniske ekspertsygeplejersker

Behovet for at udvide sygeplejerskernes arbejds- og ansvarsområde i primærsektoren i USA er stort for at bremse væksten i forbrug af sundhedsydelser på hospitaler.

I følge en artikel i The New England Journal of Medicine bør Advanced-practice registered nurses, APRN's, have lov til at udnytte deres potentiale fuldt ud i alle stater.

Kilde: www.nejm.org

Hjælp til sygeplejersker i Haiti

Jordskælvet i Haiti ødelagde sygeplejeskolen i Port-au-Prince og dræbte 200 studerende.

Kort efter jordskælvet bidrog International Council of Nurses, ICN, med 50.000 amerikanske dollars for at hjælpe lokale sygeplejersker med telte, tæpper og andet udstyr. ICN etablerede herefter en fond for at støtte sygeplejersker og sygepleje i Haiti.

I oktober 2010 besøgte ICN's præsident, Rosemary Bryant, Haiti for at møde lokale sygeplejeledere, og i december støttede ICN sygeplejerskers træning i kolerabekæmpelse.

Læs mere om ICN's hjælp til sygeplejersker i Haiti på www.icn.ch

Forkert kurve

I Sygeplejersken nr. 1/2011 var der byttet om på to kurver for mænds og kvinders overvægt i "Statistikken" på side 13. Den røde kurve skulle have været for mænd og den blå for kvinder. Vi beklager fejlen.

Redaktionen

Bortvist efter undervisningsfoto på Facebook

Man skal tænke sig om, inden man overvejer at lægge et foto af sig selv eller sine medstuderende på Facebook. Det vidner flere sager fra USA om, hvor studerende er blevet bortvist eller har måttet gå et semester om.

Fem amerikanske sygeplejestuderende er blevet smidt ud af deres sygeplejeskole, The Johnson County Community College i Kansas, USA, efter at én af dem på sin private Facebook-side offentliggjorde et foto af fire af sine medstuderende, mens de fremviste en moderkage. Fotoet var taget i forbindelse med en undervisningssituation.

Bortvisningen fra skolen blev begrundet med, at de studerende med deres handling var med til at ødelægge undervisningsmiljøet, og at de ikke levede op til professionel opførelse.

Manglende regler

Den studerende, som lagde fotoet på Facebook, har lagt sag an mod skolen med hjælp fra en advokat. De studerende havde bedt deres underviser om tilladelse til at tage fotoet og ikke fået nej, og da de efterfølgende blev bedt om at fjerne billedet, gjorde de det straks. Skolen har ikke regler, der omfatter sociale medier.

På en anden amerikansk sygeplejeskole fik det ligeledes konsekvenser for to studerende, da de tog et billede af sig selv i fuld isolationsdragt og lagde det på Facebook. De fik at vide, at de skulle gå et semester om.

Kilde: www.scrubsmag.com > Facebook photo leads to dismissal from nursing school

(sbk/lha)

” En af mine fornemste opgaver bliver at arbejde med at ændre kulturen på min arbejdsplads til en no blame-kultur. I min kultur har det været almindeligt nærmest at få slag over fingrene, hvis man lavede en fejl. Nu skal vi vende det hele på hovedet og arbejde med, hvordan vi kan lære af vores fejl. Det bliver super sundt.

Nyansat risikomanager i Roskilde Brandvæsen Carsten S. Petersen i den sjællandske lokalavis Sydvesten den 19. januar 2011.

Sygeplejehistorisk Museum sætter spot på mænd i sygeplejen

Dansk Sygeplejehistorisk Museum i Kolding åbnede den 3. januar en særudstilling for at markere, at det er 60 år siden, Rigshospitalet tog mandlige sygeplejeelever ind. Udstillingen består af billedsamlingen ”Mænd er også sygeplejersker” og en samling presseklip om mændenes vej ind i sygeplejen. Udstillingen løber til 30. november 2011. Læs også artikler om mænd i sygeplejen i Sygeplejersken nr. 8/2010.

(sbk)



Stitch – et møde mellem dansen og kirurgien

Tre kirurger medvirker sammen med seks dansere i danseforestillingen Stitch, der har premiere 29. januar på Dansescenen i København. Forestillingen handler om den menneskelige krop. Koreografen Martin Forsberg fortæller til Rigshospitalets personaleblad Indenrigs, at han blev inspireret til forestillingen af neurokirurg Jannick Brennum, der satte spørgsmålstegn ved, om man bytter hjerne eller krop, hvis man i fremtiden kan transplantere en hjerne. De tre kirurger, der medvirker i forestillingen er: Plastikkirurg, overlæge Drzewiecki Krzysztof, Rigshospitalet, neurokirurgisk klinikchef ved Rigshospitalet og formand for Dansk Neurokirurgisk selskab, Jannick Brennum, og overlæge ved Bispebjerg Hospital, Jens Bagger. Læs mere på www.dansehallerne.dk

(sbk)

AF JETTE BAGH, FAGREDAKTØR • ILLUSTRATION: PIA OLSEN

Rie er 24 år, sygeplejestuderende og i praktik i hjemmeplejen. Hun har glædet sig til praktikken, men indser efter 14 dage, at der er rigtig mange gamle, plejkrævende mennesker i kommunen. Det skuffer Rie. Hun vil være sundhedsplejerske og har ikke tænkt sig at vie gamle mennesker mere opmærksomhed end højst nødvendigt under sin uddannelse. En tirsdag morgen fortæller hendes vejleder, at Rie nu er moden til at have en opgave på egen hånd. Hun skal hjælpe Asta på 92 år med personlig hygiejne.

De har været i hjemmet før, så Rie ved godt, at til en start skal gebisset børstes, og så skal Asta i bad og have vasket hår. Rie overvejer. Hun har ikke spor lyst til at bevæge sig ind i det store hus til den gamle dame, som gerne selv vil bestemme rækkefølge og tempo, uden at have sin vejleder med. Hun spørger vejlederen, om der ikke er noget mere spændende, hun kan køre med til. "Hvad med ham den unge med nyopdaget diabetes?" Vejlederen ser på hende: "Hvem skal så hjælpe Asta?" "En af de andre," mener Rie.

Hvad tænker du? Læs nedenfor, hvad vores panelmedlemmer mener, og skriv evt. dit svar på www.sygeplejersken.dk under Dilemma eller på [Facebook.com/sygeplejersker](https://www.facebook.com/sygeplejersker)

Svar 1.

Der er ikke umiddelbart tale om et klinisk etisk dilemma, da der ikke er en aktuel situation, hvor en patient ikke har følt sig mødt. Men den sygeplejestuderendes grundholdning kan med tiden føre til flere etiske dilemmaer i den kliniske sygeplejepsiksis. Det vækker min bekymring, at der anvendes ord som "gebisset børstes", og at den studerende ikke finder ældrepleje interessant. Det er et led i uddannelsen, at den studerende skal lære sygepleje til den ældre medborger. At den studerende så senere i sin karriere vælger børnesygepleje og videreuddanner sig til sundhedsplejerske, er ikke det primære fokus for denne praktikperiode.

Hvad jeg tænker? At vejlederen bør tage en forventnings-samtale med den studerende, hvor der ikke kun tales afstemning af forventninger, men hvor den studerendes grundholdning til sine medmennesker og til faget sygepleje bør drøftes. Grundlaget for udøvelse af sygepleje skal, ifølge De Sygepleje-etiske Retningslinjer, være respekt for medmennesket, og sygeplejen skal ydes uden nogen form for diskrimination.

Af Dorte E.M. Holdgaard, oversygeplejerske, exam.art., SD, MPS, formand for den lokale kliniske komité ved Aalborg Sygehus.

Svar 2.

Den studerende og den kliniske vejleder har sammen drøftet formålet for den kliniske periode. Vejlederen har udtænkt en plan, hvor den studerende kan arbejde selvstændigt inden for et studierelevant område, og så vil den studerende hellere noget andet!

Situationen er bestemt ikke ukendt, og den er en særlig udfordring i klinikken. Vejlederen vil på én gang gerne være meget imødekomende over for den studerendes ønsker på den ene side, og på den anden side ved den erfarne vejleder, at der er



områder i sygeplejen, der ikke er prestigefyldte, men stadig en væsentlig del af sygeplejen.

Rie er på vej til at blive sygeplejerske, og en af forudsætningerne for at være sygeplejerske er at være velfunderet, og det er netop her, vejlederen kan gøre en forskel ved at vælge opgaver, så der sker læring.

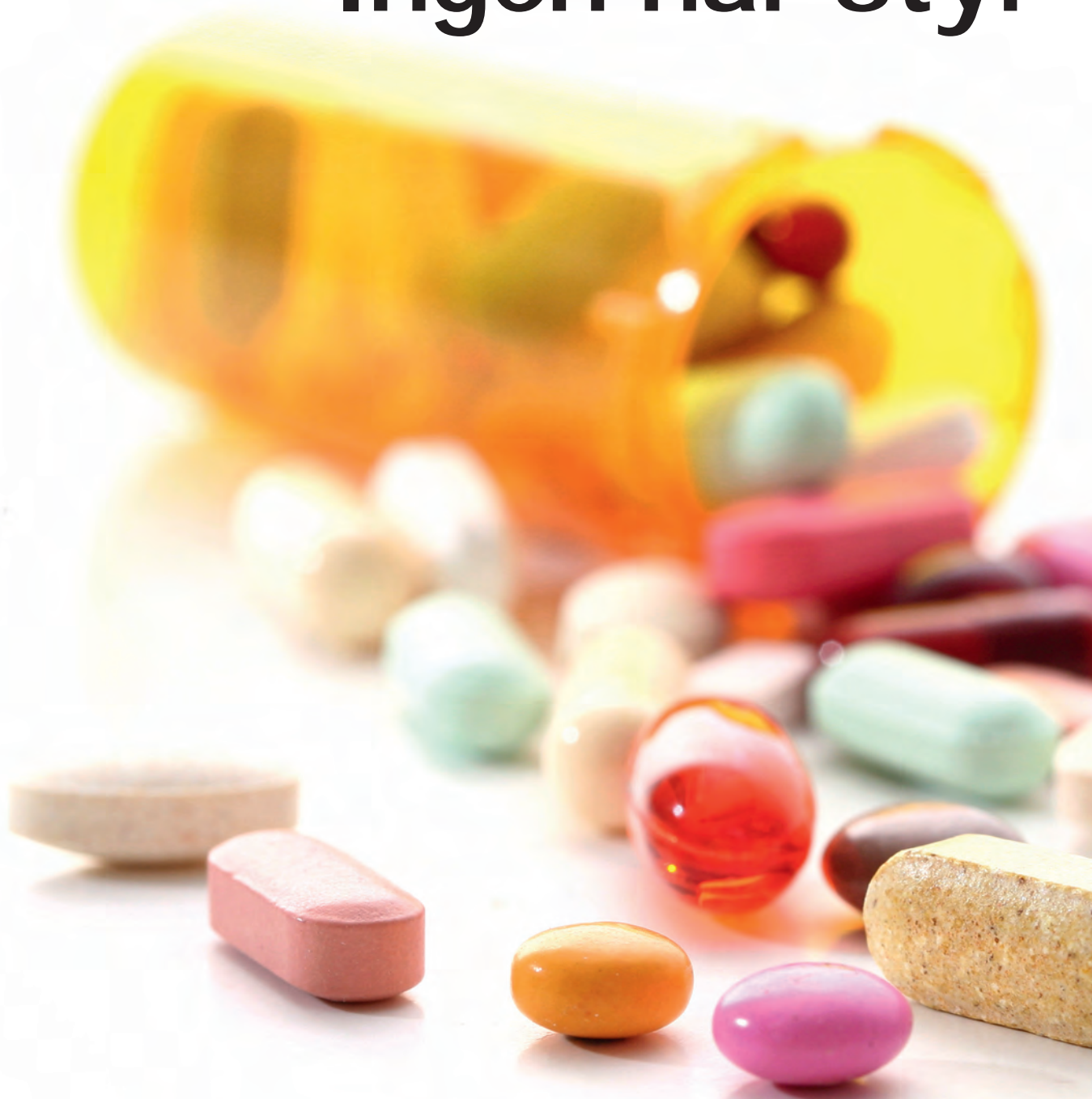
Læring er også at kunne påtage sig opgaver, som ikke er så tillokkende, netop fordi patienter har krav på sygepleje uanset forhold og vilkår, og vi sygeplejersker har pligt til at yde den!

Rie kan meget vel repræsentere en kultur, der kan være farlig for sygeplejen, idet vi tror, vi kan vælge de opgaver, vi har lyst til og lade andre tage de resterende.

Dybest set kan alle sygeplejersker påtage sig pleje på det ikke-specialiserede niveau, men gør vi det?

Af Grete Bækgaard Thomsen, formand for Sygeplejeetisk Råd, www.dsr.dk/ser

Ingen har styr



på de gamles medicin

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST

To hjemmesygeplejerskers gennemgang afslørede, at 18 gamle borgere fik forkert medicin, fordi kommunen ikke fik besked om medicinændringer af egen læge eller fra sygehuset. Men lægerne har også et problem. Ingen af dem har det fulde overblik.

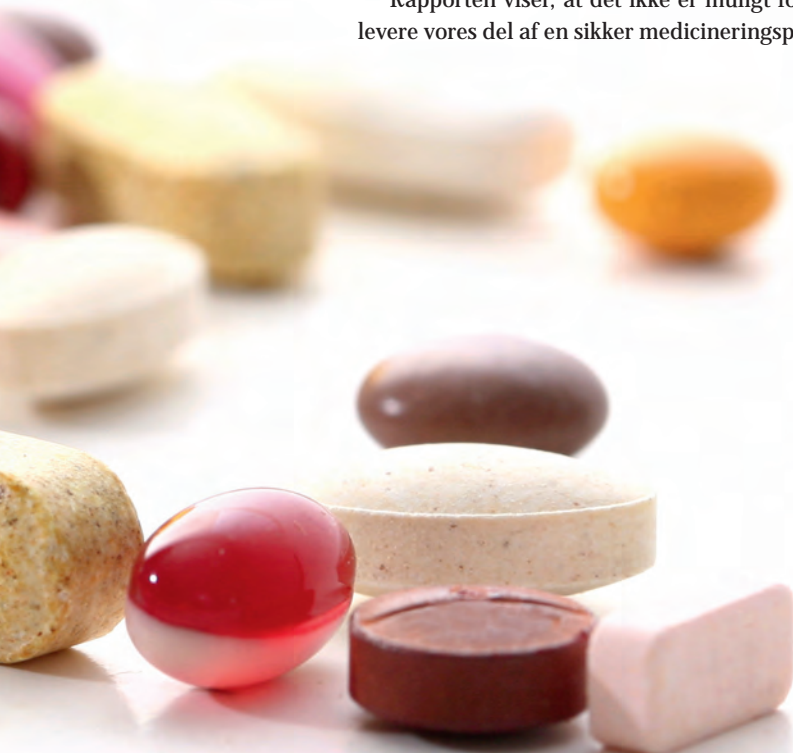
Hjemmesygeplejersker har i årevis brugt tid på at kontakte egen læge og sygehusafdelinger for at få opklaret mangler og uklarheder i de ordinationer, de skal dosere medicin ud fra. Nu konstaterer en rapport fra Københavns Kommune, at hjemmesygeplejerskerne simpelthen ikke får de oplysninger, de har brug for. Det er reglen, ikke undtagelsen.

”Rapporten viser, at det ikke er muligt for os at levere vores del af en sikker medicineringsproces,”

konstaterer kommunens sundhedsdirektør Anne Mette Fugleholm.

I 2009 besøgte to hjemmesygeplejersker 18 ældre københavnere, som alle brugte mere end tre lægemidler. Sygeplejerskerne kiggede grundigt i skabe og på hylder, og i samtlige hjem fandt de receptpligtig medicin, som ikke passede med den medicinliste, hjemmesygeplejersken havde trukket i kommunens omsorgssystem.

De 18 borgere anvendte i gennemsnit 10 lægemidler hver. De blev behandlet af tilsammen 43 læger, og ingen af disse læger havde et overblik over den samlede medicinering. Det lykkedes i alle tilfælde sygeplejerskerne at få opklaret, hvad den enkelte borger skulle have, men det tog i gennemsnit omkring seks timer pr. borger. Og det var til tider et større detektivarbejde, fortæller Mette Ja- ▶



Hjemmesygeplejerske Mette Jacobsen fandt problemer hos samtlige ældre borgere, hun besøgte i Københavns Kommunes projekt.



FOTO: SØREN SVENDSEN

► cobsen, en af de to hjemmesygeplejersker, der deltog i projektet.

”Et grelt tilfælde var en dement dame, der gik til kontrol i et reumatologisk ambulatorium, hvor de hverken gav besked om nye ordinationer til egen læge eller til os,” husker hun.

”De tog for givet, at hun selv kunne administrere sin medicin, så hun fik bare en recept med hjem. Men det kunne hun slet ikke.”

Under besøget hos den gamle dame fik Mette Jacobsen og projektsygeplejersken øje på en apotekerpose, der lå under en skænk, og de fik lov til at kigge i den: ”Der ligger både en recept og medicin, der slet ikke er startet op endnu. Vi kan se, at apoteket, recepten er indløst på, ligger langt væk, i en helt anden kommune. Så vi spørger borgeren, og det er åbenbart der, hendes datter bor.”

Mette Jacobsen ringede til datteren, og det viste sig, at hun havde fundet recepten hjemme hos sin mor. ”Hun turde ikke andet end at hente medicinen, og så lagde hun den og håbede på, at vi nok fandt

den. Det gjorde vi så også, men det var ret længe efter, at borgeren skulle have haft det.”

Lægernes forsømmelser

Sygeplejerskernes medicingenemgang afslørede mange forskellige forklaringer på, at omsorgssystemets medicinlister ikke var opdaterede og korrekte. Nogle gange var det egen læge, der ikke havde givet hjemmesygeplejen besked, andre gange sygehuslæger eller praktiserende speciallæger, der havde ordineret medicin uden at underrette egen læge eller hjemmesygeplejen.

Det var problemer, Mette Jacobsen udmærket kendte til i forvejen.

”En typisk situation er, når en borger kommer hjem efter en indlæggelse. Hvis hospitalet har en medicinstatus fra en tidligere indlæggelse, så går de måske efter den i stedet for at ringe til egen læge eller os for at høre, hvad patienten egentlig får.

Når borgeren så kommer hjem med en medicinliste fra hospitalet, så er det, man tænker: Hov, hvor er det præparat, de ple-

jer at få? Det giver ingen mening, at det skulle være seponeret, og det står der heller ikke. Så må man ringe til hospitalet, og det bruger hjemmesygeplejersker rigtig meget tid på.”

Men selv om manglerne var velkendte, var hun alligevel overrasket over, hvor mange der var af dem.

”Rigtig, rigtig mange havde medicin, som vi ikke vidste, at de tog, og som egen læge ikke vidste, at de tog. Det var medicin, der tit havde stor betydning for resten af det, de fik, og som måske slet ikke passede sammen med den øvrige medicin.

Men det er rigtig vigtigt, at vi ved besked med alt, hvad borgerne får. Ellers kan det jo være, at de observationer, vi laver, ikke har noget at gøre med den medicin, vi kender til, men med noget andet.”

Seks timer pr. borger

I projektet fik hver af de 18 borgere to besøg, og de blev ikke sluppet, før sygeplejerskerne havde fået en afstemt, opdateret medicinliste godkendt hos borgerens egen læge. Efter første besøg tog det i gennemsnit sygeplejerskerne fire timer og 25 minutter at udrede en borgers medicinering. I forbindelse med andet besøg brugte de yderligere halvanden time pr. borger på udredning.

Altså i alt omkring seks timer pr. borger. Så det siger sig selv, at en hjemmesygeplejerske med 20 minutter til en medicindosering slet ikke har mulighed for at nå til bunds i de problemer, der gemmer sig under overfladen. For Mette Jacobsen var det en svær overgang at vende tilbage til daglig praksis efter projektet.

”Det var svært at lade være med at gå i dybden og begynde at spørge ud. Det er

Det Fælles Medicinkort

Det Fælles Medicinkort, FMK, er et system, der skal omfatte alle ordinationer til den enkelte borger. Læger på sygehuse, i almen praksis og speciallægepraksis skal dele informationerne, og andre sundhedspersoner, der deltager i behandlingen, f.eks. sygeplejersker, skal have adgang til oplysningerne.

Regionerne har forpligtet sig til at tage FMK i brug i løbet af 2011, og det samme har de praktiserende læger ved den seneste overenskomstfornyelse. Det forventes, at praktiserende speciallæger indgår en tilsvarende aftale i de kommende overenskomstforhandlinger med Danske Regioner.

Den enkelte borger får adgang til at se sit eget medicinkort på www.sundhed.dk

Læs mere på www.sdsd.dk Søg på Fælles Medicinkort.

Kvinde, 75 år: Ni ukendte lægemidler på hylden



svært bare at tage skyklapper på,” siger hun.

Københavns Kommune har fulgt projektet op på flere fronter. Nye medicinvejledninger og instrukser, bedre dokumentation. For at sætte gang i den faglige udvikling har man ansat fem nye faglige sygeplejeledere, og man arbejder på et nyt mailsystem, som skal gøre det let og hurtigt for hjemmesygeplejen at kommunikere med de praktiserende læger.

Men grundlæggende er der tale om overordnede, landsdækkende problemer, understreger rapporten. Helt afgørende for at få dem løst er, at alle læger, der ordinerer medicin til en borger, gør det i et fælles system, Fælles Medicinkort, som skal tages i brug i løbet af 2011.

Det understreger alle parter med en andel i medicineringen, og Mette Jacobsen er enig i, at det vil løse en stor del af problemerne. Hun ser også frem til, at hjemmesygeplejerskerne kan maile med de praktiserende læger, og at det bliver lettere at få overblik over forløbet i en borgers medicinering i kommunens omsorgssystem.

”Men hvis det skal blive rigtig godt, skal hjemmesygeplejersker også være selvvisiterende. Vi kan godt spotte de borgere, der har brug for en medicinudredning, og hvis vi selv kan vurdere den tid, der er brug for, kan vi nå langt.”

kbj@dsr.dk

Københavns Kommunes rapport ”Sygeplejefaglig indsats over for hjemmeboende borgere, som anvender flere lægemidler samtidigt” kan hentes på www.kk.dk Søg på titlen. Ved at søge på titlen + ”Resume og initiativer” får man også Københavns Kommunes forslag til løsninger.

En kvinde på 75 år skal have doseret fire præparater ifølge medicinarket fra kommunens omsorgssystem. I løbet af to besøg konstaterer hjemmesygeplejersken:

- Det kolesterolsænkende præparat, der findes i hjemmet, er et andet end det, der står på medicinskemaet. De to præparater er ikke synonyme.
- Ud over de fire præparater på medicinarket findes ni andre receptpligtige lægemidler i hjemmet: medicin mod slidgigt, lettere og stærkere smertestillende midler, sovemedicin, angstdæmpende medicin, inhalationsmedicin for vejrtrækningen og øjendråber. Præparaterne er ordineret af egen læge inden for de seneste to-fem måneder.
- Borgeren klager over kvalme og ondt i maven.
- Borgeren oplyser, at egen læge også har ordineret noget for maven.
- Borgeren oplyser, at egen læge har givet B12-injektion, selv om det er aftalt, at hjemmesygeplejen skal give B12.
- Hjemmesygeplejen kender ikke borgerens behandling for angst, søvnproblemer, vejrtræknings- og øjenproblemer.
- Egen læge kender ikke behandling af øjenproblemer, som er ordineret af speciallæge.
- Der foreligger ingen udtrappingsplan for vanedannende medicin.
- Borgeren har ikke overblik over sin medicinering og kan ikke selv administrere øjendråber og inhalator.
- Der er ingen overvejelser om, hvorvidt borgerens kvalme og maveproblemer kan have sammenhæng med hendes medicin.

Hjemmesygeplejersken og projektsygeplejersken bruger i alt ca. 12 timer på udredning af medicin og kontakt til egen læge om observationer. Udredningen bliver besværliggjort af forskellige problemer i kontakten til egen læge:

- Lægen har ikke tid til at gennemgå medicin ved opringning, men beder om en fax om problemerne.
- Svarfax fra lægen sendes til forkert nummer.
- Sygeplejersken må rykke for svarfax, før den bliver sendt igen.

Denne case og tre andre er udførligt beskrevet i rapporten ”Sygeplejefaglig indsats over for hjemmeboende borgere, som anvender flere lægemidler samtidigt”, som kan hentes på www.kk.dk Søg på titlen.

Københavns Kommune

En fælles udfordring for alle involverede

Så længe ingen læger har det fulde overblik over en borgers medicinering, kan hjemmesygeplejersken ikke udføre sin del af opgaven på forsvarlig vis, siger Københavns Kommunes sundhedsdirektør Anne Mette Fugleholm.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST

Der er ingen simpel løsning på de problemer, som Københavns Kommune har af-dækket i medicineringen af ældre hjemmeboende borgere, og der skal ske noget på flere niveauer, fastslår Københavns Kommunes sundhedsdirektør Anne Mette Fugleholm.

"Nationalt er det helt afgørende, at alle skal have adgang til fælles medicinoplysninger, og her vil det Fælles Medicinkort være en del af løsningen," siger hun med henvisning til det fælles system, som skal tages i brug af praktiserende læger, sygehuslæger og speciallægepraksis i løbet af 2011 (se boks side 14).

"Men en anden helt afgørende ting er, at der skal ske en placering af ansvaret for at have overblik over patientens medicin. Lige nu siger Sundhedsstyrelsen, at det har den sidst ordinerende læge. Men i virkeligheden fungerer det ikke."

Anne Mette Fugleholm anerkender, at det er et vanskeligt ansvar at løfte, for det store problem er, at der ikke er et fælles overblik over den medicin, den enkelte patient har ordineret på et givet tidspunkt.

"Mange peger på, at det skal være de praktiserende læger, der er tovholdere, også i medicineringsprocessen. Men det kræver både, at de vil bruge den tid, det tager, og at de får informationerne.

Vi peger på, at regionerne i langt højere grad bør foretage medicinafstemning, specielt på den sårbare gruppe af ældre



FOTO: KØBENHAVNS KOMMUNE

Sundhedsdirektør Anne Mette Fugleholm: "Vi kan ikke have ansvaret. Medicin er en lægelig opgave."

medicinske patienter, der har mange forskellige sygdomme og bliver indlagt flere gange."

Umulige vilkår for dosering

"Der står faktisk i standarderne i den danske kvalitetsmodel, at hospitalerne skal medicinafstemme. Men det sker ikke, så vi vil gerne have nogle projekter i gang med vores region for at få skærpet opmærksomheden om det," tilføjer Anne Mette Fugleholm.

"Og så skal informationerne selvfølgelig kommunikeres ud til egen læge og os som kommune, ligesom det skal kommunikeres, hvis man ændrer på borgernes medicin i et ambulatorium."

Der er også ting, kommunen kan gøre bedre, tilføjer Anne Mette Fugleholm. Man arbejder f.eks. på en bedre dokumentation og på et elektronisk kommunikationssystem, der skal lette kontakten til de praktiserende læger.

"Vi skal måske også ind i en helt anden samarbejdsstruktur med de praktiserende læger. Det vil vi gerne, også et tættere samarbejde om systematisk medicin-gen-gang hos enkelte borgere og på plejehjem. Men hidtil har vi ikke haft held med at få de praktiserende læger med til det."

På de nuværende vilkår har hjemmesygeplejen simpelthen ikke mulighed for at levere deres bidrag til en sikker medicinering, det viser rapporten.

"Og det er rigtig graverende og uacceptabelt, at ingen har ansvaret," siger Anne Mette Fugleholm. "For vi kan ikke have det. Medicin er en lægelig opgave, og vi har ingen læger ansat. Vores projekt har vist, at sygeplejersker godt kan udrede den medicin, borgerne skal have. Men det kræver enormt megen tid, og det er i virkeligheden ikke hensigtsmæssigt. Vi er jo det yderste led i denne proces."

kbj@dsr.dk



FOTO: LÆGEFORENINGEN

Praktiserende læge Yves Sales: "Jeg og mine kolleger må tage en del af skylden."

Lægeforeningen

Hjemmesygeplejerskernes frustrationer er også vores

10 eller 16 forskellige lægemidler til et gammelt menneske er ikke usædvanligt i dag, og mange er både i behandling hos egen læge og i flere forskellige ambulatorier. Et kæmpeproblem, siger Lægeforeningen, og indtil videre et uløst problem.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST

Yves Sales, der er formand for Lægeforeningens Lægemedieludvalg, er selv praktiserende læge og forstår udmærket hjemmesygeplejerskers frustrationer over de medicinændringer, de ikke får besked om. Han deler den faktisk.

"Hvor gamle mennesker før i tiden måske fik to eller tre lægemidler, er det ikke usædvanligt i dag, at de får seks, 10 eller 16. De går i behandling på fire forskellige ambulatorier, samtidig med at de går hos den praktiserende læge, og vi aner ikke, hvad der sker. Det er et kæmpeproblem og lige nu et uløst problem," siger han.

"Jeg kan se, at sygeplejersker er frustrerede over, at der ikke er én læge, der har det endelige ansvar for den samlede medicinering. Men det ansvar er der ingen læge, der kan tage, for der er ikke nogen læge,

der har den samlede viden, og det er et problem."

Som andre praktiserende læger kender Yves Sales til epikriser, der er helt utilstrækkelige eller f.eks. henviser til medicinmoduler, som lægepraksis ikke har adgang til.

"Men jeg og mine kolleger må så også selv tage en del af skylden, når vi henviser en patient til indlæggelse eller ambulante behandling uden at anføre en samlet medicinoversigt for patienten.

Jeg må indrømme, at jeg heller ikke har helt overblik over, hvem af mine patienter der har hjemmesygeplejerske til medicinering, og hvor det ville være fornuftigt at sende medicinoplysninger til hjemmesygeplejersken.

Men det næste er så det tekniske. Det er

f.eks. meget nødvendigt, at sygeplejen får et elektronisk system, så vi kan kommunikere med et snuptag i stedet for at skulle bruge fax."

Også Lægeforeningen betragter det Fælles Medicinkort som det værktøj, der skal håndtere problemet.

"Hvis det bliver brugt efter hensigten, dvs. hvis alle ordinationer og ændringer bliver anført her, så har alle implicerede det nødvendige overblik, også sygeplejerskerne," siger Yves Sales.

"Men jeg kan være bekymret for, hvor lang vej der kan være, til Fælles Medicinkort fungerer på hospitalerne. Der er mange barrierer og grøfter, der henholdsvis skal brydes ned og fyldes op."

kbj@dsr.dk

ARKIVFOTO: ISTOCK

Regionerne

Fælles Medicinkort er løsningen

Sygehusene skal få bedre styr på epikriserne, og de praktiserende læger skal tage ansvar for, at der er orden og sammenhæng i patienternes medicin, mener sygehusejerne i Danske Regioner. Det Fælles Medicinkort vil gøre opgaven lettere.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST

”Umiddelbart tænker jeg, at mange problemer vil blive løst, når det Fælles Medicinkort bliver taget i brug i løbet af 2011,” siger formanden for Danske Regioners sundhedsudvalg, Ulla Astman (S) om hjemmesygeplejerskers vanskeligheder med at få opdaterede og korrekte oplysninger om borgernes medicin.

”Med det Fælles Medicinkort kan man dele oplysninger mellem praktiserende læger, sygehuse og kommuner. Vi har forpligtet os til at bruge det, praktiserende læger har også, og vi vil stille samme krav til speciallægepraksis i forbindelse med de kommende overenskomstforhandlinger.

Så mangler vi bare at få forpligtet kommunerne, og jeg har svært ved at forestille mig, at de ikke skulle gå med. Det er jo i deres egen store interesse.”

Under overenskomstforhandlingerne i december sagde regionerne nej til de praktiserende lægers krav om betaling for en systematisk og kritisk gennemgang af enkelte patienters samlede medicinering.

”Det burde det ikke være nødvendigt at lave særtaftaler om,” siger Ulla Astman. ”Når lægerne har en borger i konsultationen, er det en basal del af deres opgave at tjekke, at medicinen er i orden og korrekt,



FOTO: REGION NORDJYLLAND

Regionsrådsformand Ulla Astman: ”Med det Fælles Medicinkort kan man dele oplysninger mellem praktiserende læger, sygehuse og kommuner.”

og at der ikke er noget, der er i disharmoni med noget andet.

Så kan det godt være, at der nogle steder er brug for, at man får udskrivningsbreve hurtigere ud til de praktiserende læger. Det er heller ikke noget, der skal gives ekstra ressourcer til. Det må være en helt normal del af opgaven med at sætte patienten i centrum, at man sørger for, at den, der skal overtage ansvaret for patienten efterfølgende, er velinformeret. Det kan jeg kun opfordre til, at man opprioriterer.”

kbj@dsr.dk



ARKIVFOTO: ISTOCK



Tilsynschef Anne Mette Dons:
"Rigtig mange forsynder sig mod
de regler, der er på området."

Sundhedsstyrelsen

Bekymrende, at regler ikke overholdes

Sundhedsstyrelsen indskærper, at det er lægernes ansvar at videreformidle oplysninger om medicinændringer.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST

Hjemmesygeplejerskers medicindosering er en lægehenvist opgave. Derfor er det den henvisende læges ansvar at give hjemmesygeplejersken korrekte og fuldstændige oplysninger om den medicin, lægen har ordineret.

"Så det er for dårligt, hvis hjemmesygeplejersken ikke får de nødvendige oplysninger at arbejde ud fra," siger Sundhedsstyrelsens tilsynschef Anne Mette Dons.

Det er ikke muligt at udpege en enkelt part i medicineringsprocessen som dén, der har ansvaret og overblikket, mener Sundhedsstyrelsen.

"De praktiserende læger har en central rolle i det system, vi har bygget op i Danmark, hvor sygehusene jo er forpligtet til at sende epikriser til den praktiserende læge. Men man kan ikke placere det samlede overblik kun hos den praktiserende læge. Det, der sker, er, at rigtig mange forsynder sig mod de regler, der er på området," siger Anne Mette Dons.

"Der sker svigt mange steder, primært i overgangen mellem sektorerne, og det går ud over helheden.

Der er brug for, at de forskellige instanser taler sammen, og på baggrund af rapporten vil vi indskærpe regionernes forpligtelse til at informere videre om de ordinationer, patienterne får i afdelinger og ambulatorier."

Fremtidens løsning på problemerne er det Fælles Medicinkort, hvor alle ordinationer til den enkelte patient skal samles. Men hvad skal man gøre indtil da?

"For det første skal man tage epikriser alvorligt. Tage sin forpligtelse til at informere om medicinændringer alvorligt," siger Anne Mette Dons.

"Så må praktiserende læger også gribe i egen barm og f.eks. lade være med bare at genudskrive smertestillende uden at forholde sig til behovet, som rapporten også viser.

Og så er medicingennemgang ved en

praktiserende læge jo noget, der har været diskuteret overenskomstmæssigt. Sådan en medicingennemgang kunne der også være rigtig meget fornuft i."

kbj@dsr

Dansk Sygeplejeråd

Egen læge skal levere overblikket

Det Fælles Medicinkort må i brug så hurtigt som overhovedet muligt, mener Dansk Sygeplejeråd. For det er voldsomt kritisabelt, at hjemmesygeplejersker ikke har fuldstændige og opdaterede medicinlister at dosere og observere ud fra.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST

"Det er ikke rimeligt, at syge borgere, der går til læge og får ordineret medicin, ikke kan have tillid til, at lægen har et overblik over, hvilke andre typer medicin de får. De skal kunne have tillid til, at lægen får forholdt sig til, om der kan være uheldige sammenblandinger," siger Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen.

"Det er heller ikke rimeligt, at lægen ikke kan give et klart overblik over borgers medicin til de sygeplejersker, de giver opgaven videre til. Det undergraver jo fuldstændig værdien af hjemmesygeplejerskernes observationer af virkning og bivirkninger."

Grete Christensen understreger, at det Fælles Medicinkort er den langsigtede løsning. "Det skal tages i brug hurtigere end hurtigt."

Men indtil vi får det Fælles Medicinkort, kunne man måske indskærpe, at alle ordinationer, givet af speciallæger og andre, som minimum skal sendes til den praktiserende læge, så egen læge kan påtage sig ansvaret for, at deres patienter får tildelt den medicin, de har fået ordineret af forskellige instanser. Så er det den praktiserende læges ansvar at sørge for, at hjemmesygeplejersken rent faktisk har den fornødne information."

Praktiserende læger har ikke altid kendskab til, at deres patienter har hjemmesygepleje til medicindosering, for henvisningen til hjemmesygepleje kan lige så godt være kommet fra en sygehusafdeling.

"Men det kan ikke være så svært at få lavet en opdatering på. Hvis der skal være mening i, at de praktiserende læger skal



FOTO: KRISTIAN JUUL PEDERSEN

Formand Grete Christensen: "Et tættere samarbejde mellem praktiserende læger og hjemmesygeplejersker vil være ønskeligt."

være gatekeepere i vores system, skal de selvfølgelig have alle informationer, også hvis der bliver tildelt hjemmesygepleje. Det bør der også stå en oplysning om."

Lægen bør være patienternes garant for, at tingene er i orden, understreger Grete Christensen.

"Men et tættere samarbejde mellem praktiserende læger og hjemmesygeplejersker på dette felt vil også være ønskeligt. Hvis de får et tættere samspil om, hvad for virkninger og bivirkninger hjemmesygeplejerskerne ser, så får man også værdien af, at det er sygeplejersker, der kommer hos disse borgere."

kbj@dsr.dk



ARKIVFOTO: ISTOCK



INFORMATIONSMØDE

Tirsdag d. 15. marts kl. 16.00 på
Syddansk Universitet i Odense.

Master of

Public Management

Master of Public Management er en generel lederuddannelse, der sætter ledere i stand til at gå i spidsen for innovation og forandring med udgangspunkt i en specifik strategisk situation.

- Uddannelsen starter i august
- Ansøgningsfristen er 1. maj
- Kontakt mastersekretariatet på tlf. 65 50 33 27 eller e-mail: mpm@sam.sdu.dk
- Læs mere på www.sdu.dk/mpm

 SYDDANSKUNIVERSITET.DK

Klinisk Sygepleje | Konference 2011



Hvordan ser sygeplejens fremtid ud?

Tidsskriftet Klinisk Sygepleje og forlaget Munksgaard Danmark inviterer til konference fredag den 18. marts i København.

Vi har inviteret fire markante fagpersoner med forskellig baggrund til at fremlægge deres syn på sygeplejefagets mulige fremtidsbetingelser. Der vil blive diskuteret tendenser og forandringer inden for sygeplejefaget, men også i større sundhedspolitiske og samfundsmæssige sammenhænge. Efter oplæggene vil der være diskussion mellem oplægsholderne, og deltagerne vil få rig mulighed for at deltage i debatten.

Dagens oplægsholdere er

- **Herdis Alvsvåg:** Professor ved Haraldsplass Diakonale Høgskole, Bergen
- **Kirsten Lomborg:** Afdelingsleder og lektor ved Aarhus Universitet
- **Marit Kirkevold:** Professor ved Oslo og Aarhus Universiteter
- **Ute Juul Jensen:** Professor ved Aarhus Universitet

Pris for deltagelse: Kr. 950,00

Fuldstændigt program og tilmelding på
www.klinisksygepleje.dk

Læn dig tilbage og nyd!

To forfattere satte sig for at undersøge, hvordan ledere tænker. Med Machiavellis "Fyrsten" under armen og inspireret af de tanker om magtens mekanismer, der kommer til udtryk her, begiver de sig på en rejse for at undersøge sagen.

Det er et ambitiøst projekt, som i vid udstrækning lykkes. Måske fordi de spørgsmål, der drøftes, handler om forandringer og magt; den robuste organisation og den udvalgte leder/ledelse. Den personkreds, der svarer, er Philip Kotler, Dame Anita Roddick, Poul Nyrup Rasmussen m.fl.

Den robuste organisation drejer sig om, hvordan man sikrer loyalitet i en organisation både blandt undersætter og dem, der er tæt på én – for nu at bruge Machiavellis sprog. Oversat til nutidigt sprog vil man tale om godt følgeskab og om at sikre ejerskab for organisationens produkt eller mission, og hvordan modstand håndteres.

Her taler Poul Nyrup om vigtigheden af at bevare tilfredsheden blandt betroede medarbejdere og i organisationen, f.eks. ved at tænke fremtiden og strukturen ind i en sammenhæng, der er bæredygtig. Det drejer sig ikke om personens beslutning, men om beslutninger, der rækker fremad og bæres videre af ledere og medarbejdere.

Kotler åbner for det synspunkt, at fokus for ledelse bør være den ambition, man har på organisationens vegne og ikke den personlige interesse. Det drejer sig om at ansætte personer med anderledes kompe-

tencer, som er klogere på andet, end du er, og dernæst lede dem.

Machiavellis synspunkt på kontrol og struktur er, at den nye fyrste blot skal overtage den gamle fyrstes tilgang til strukturer og love, så er befolkningen tilfreds, men han pointerer samtidig, at hvis befolkningen har haft indflydelse, vil den aldrig acceptere diktatur.

I vore dages virksomheder skal medarbejdere derfor inddrages i beslutninger både for at sikre, at organisationen bevæger sig fremad, og af hensyn til udvikling og eventuelle organisationsforandringer.

En af Machiavellis pointer er fortsat aktuel og universel: at være bevidst om,

hvad man kan kontrollere, og hvad man ikke kan kontrollere, eller rettere at vide, hvad man ikke ved. Dette synspunkt underbygges af en it-distributør, som fortæller, at hver gang firmaet har forsøgt at forudsige brugernes ønsker, har de ramt ved siden af. Han fortsætter med at konstatere, at det handler om at være lydhør for trends, at koble observationer og undlade at forberede firmaet på noget, de ikke kan forberede sig på.

Bogen er absolut læseværdig. Det er en rejse, dels med forfatterne det meste af jorden rundt og et møde med interessante og indsigtfulde mennesker, dels en nutidig gennemgang af Machiavellis tanker, der stadig er aktuelle. Jeg kan derfor kun sige, læn dig tilbage og nyd den mentale rejse, der er løftet ud af tid og rum.

*Af Gete Bjerring,
ældrechef i Lejre Kommune.*



Sådan tænker ledere
Benjamin Holk Henriksen og
Frederik Lassenius
L&R Business 2010
192 sider - 299,95 kr.
ISBN 9788711422572

Bedst, når fokus er klinikken

Lærebogen "Transfusion og intravenøs væsketerapi" er blevet revideret og har fået den rammende titel "Immunologi og transfusionsmedicin". Bogen indeholder relevant viden for målgruppen sygeplejestuderende og færdiguddannede sygeplejersker, men kan også anbefales til andre, som ønsker viden om specielt immunologi.

Forfatterens udfordring har været, at de ønsker at komprimere en meget stor mængde viden til en bog på ca. 250 sider, og at bogen skal kunne læses som lærebog og ikke kun anvendes som opslagsværk, dette er dog et håbløst mål.

Bogen indeholder flere steder så megen

information, at de dele kun egner sig som opslagsværk. Til gengæld skal bogen roses for, at den specielt i de reviderede dele om immunforsvaret til fulde opfylder ønsket om at være en god lærebog. Disse dele kan derfor stærkt anbefales til alle, som ønsker viden og forklaringer, der kan bruges i klinikken til både behandling og observation af patienterne. En sidegevinst er, at man også får en forståelse af, hvordan ens eget, normale immunforsvar virker.

Bogen er oplagt til undervisning. Den indeholder forklaringer og informationer, der er meget vigtige i alle specialer, og som alle sygeplejersker derfor bør have et minimum af viden om. Mængdemæssigt

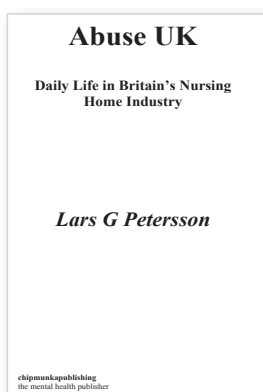
bør underviser dog som nævnt udvælge sider, specielt de dele der retter sig mod mere almindelige patienter. I nogle sektioner skal relevante sider vælges, og andre helt udelades, da forfatterne har valgt at beskrive selv sjældne tilfælde og bruge meget plads på områder som f.eks. blodtyper. Bogen kan med fordel redigeres strammere, så de enkelte kapitler bliver skrevet af udvalgte specialister i læge- og sygeplejerskegruppen. På den måde lægges fokus på det mest relevante, og målgruppen kan læse kapitlerne i et stræk. Kritikken ændrer dog ikke på, at bogen er blevet forbedret betydeligt, og specielt når forfatterne har fokus på klinikken, får

Upstairs downstairs

På sin hjemmeside præsenterer sygeplejerske Lars G. Petersson sig som svensk-født londoner, der er engageret aktivist for fred, psykisk sundhed, social retfærdighed og menneskerettigheder. Det er da også disse stikord i Peterssons virke som sygeplejerske, der er gennemgående for beskrivelserne af engelske, private plejehjem, ligesom det var det i hans tid som fængselspsygeplejerske i Danmark.

Siden 2002 har forfatteren arbejdet på flere private plejehjem i England og Skotland. Det har givet ham indsigt i mange uretfærdigheder, og med baggrund i disse har han skrevet en debatbog om misbrug. Det er misbrug og overgreb på personale, beboere, faglighed, regler/regelsæt for slet ikke at tale om misbrug af forfatterens tillid og de kvaler, det har medført. Man kan vel kalde det en "whistleblower"-bog. For Petersson har skrevet bogen for at gøre opmærksom på de overgreb, der sker, og som kan ske i en globaliseret tid i lande, der vælger at privatisere omsorg og pleje til ældre og skrøbelige mennesker.

På de private plejehjem bor mennesker, der har råd til det. Men penge kan ikke købe en fagligt forsvarlig og god pleje i et uigennemsigtigt tilsynssystem. På plejehjemmene var ansat personale med anden etnisk baggrund end britisk med lavere social prestige, så classeskel og racistiske holdninger blev tydelige for Petersson, der beskriver diskrimination af syge-



Abuse UK
Daily Life in Britain's
Nursing Home Industry
Lars G. Petersson
Chipmunkpublishing 2010
ISBN 10 849911541
218 sider 12.99 £
www.amazon.co.uk

plejepersonale fra asiatiske lande. Han oplevede selv at blive udsat for sexistisk chikane i et ledelsessystem, der var præget af nedladenhed og patroniserende holdninger. På hjemmene var der dårlig hygiejne, laissez faire-holdninger, udslidt materiel og bygninger, hvor remedierne ikke virkede. Der var besparelser og restriktioner på f.eks., hvor mange bleer der måtte bruges, og alt foregik i en destruktiv og knugende atmosfære, hvor disciplin snarere end hverdagsliv dannede ramme for omsorg. Petersson klagede til forskellige myndigheder, førte en sag, blev uretfærdigt behandlet og fik ikke den oprejsning, han havde lagt op til pga. en uigennemsigtig og uretfærdig proces.

Hvad kan vi lære af sådan en bog? Til stadighed at være opmærksomme på de etiske dilemmaer, der opstår på arbejdspladsen og på at have åbne fora til drøftelse af vanskelige situationer. Det ville

dog ikke have hjulpet på de plejehjem, som Petersson var ansat på, da også ledelserne beskrives som uduelige. På de sidste sider i bogen er en fortegnelse over de konkrete overgreb, han har været vidne til.

Bogen er ud kommet på et forlag, der har specialiseret sig i at give stemme til mennesker med psykiske problemer/samfundsmæssige problemstillinger, da forlaget ønsker at reducere ydmygelser og social uretfærdighed. Der er mange værdifulde og ærlige iagttagelser.

Bogen er skrevet på et letlæseligt engelsk, men den skæmmes noget af gentagelser og manglende redigering.

Af Marianne Mahler, sygeplejerske, MHP, ansat som sygeplejefaglig konsulent i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Indre By/Østerbro.

læseren en god forståelse for, hvordan denne viden skal bruges. Bogen kunne med fordel have holdt dette fokus på klinikken og på mere almindelige områder som blødning og hæmostase på bekostning af f.eks. Rhesus-immunisering og andre sjældne tilfælde.

Forfatterens ønske om, at bogen kan bruges som opslagsværk, er opfyldt, men jeg vil anbefale, at undervisere ikke bruger bogen som materiale, der skal læses fra ende til anden.

Af Jens Seeberg, Blood Manager, sygeplejerske, cand.scient.san., Rigshospitalet.



Immunologi og transfusionsmedicin
Ellen Taaning, Astrid Nørgaard og
Gitte Holm Glaas
Red. Margit Andersen, Mette Juul Bojsen-Møller og Oluf Nielsen
3. udgave,
Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck 2010
258 sider – 349 kr.
ISBN 978-87-17-04074-8

Praksisnær vejledning i palliation

Endelig kom den, bogen der kan blive et redskab til at få palliation ud til alle døende via fagpersoner i hjemmeplejen, på sygehuse og plejehjem.

Rita Nielsen, som er sygeplejerske på hospice, har det sidste år været en flittig skribent. For et halvt år siden udgav hun den anmelderroste bog "Venteværelset" og nu en grundbog om palliation tænkt som vejledning til personalet i ældreplejen. Bogen lever i bogstaveligste forstand op til at være en vejledning, læseren bliver ledt igennem det palliative område i selskab med en yderst kompetent guide. På under et hundrede sider får læseren illustreret rigtig mange aspekter af palliativ omsorg.

Bogen er gennemtænkt. Særligt overskueligt fortæller den om de muligheder, der er for at lindre plagsomme symptomer hos ældre mennesker på vej mod døden. Kort, præcist og professionelt får vi præsenteret palliationens kerne: lindring og livskvalitet. Palliation har været associeret med kræft, men palliation omfatter alle livstruende sygdomme.

Bogens målgruppe er social- og sundhedsassistenter, men den kan berige andre faggrupper. Karen og hendes familie optræder som gennemgående figurer og

er med til at gøre bogen levende og praksisnær. Ud over at præsentere "best practice" for lindring af plagsomme symptomer hos patienten får emnerne: pårørende, kommunikation, åndelig omsorg, etiske dilemmaer og kollegial omsorg også opmærksomhed.

Vi er gået ind i et nyt år, hvor både ramme og indhold for at gennemføre opkvalificering af omsorgspersonale i palliation

er på plads. Undervisningsministeriet har sikret gratis efteruddannelse af social- og sundhedspersonale igennem AMU, og denne bog sikrer indholdet.

*Af Jorit Tellervo, projektmedarbejder,
Palliativt Videncenter.
jt@pavi.dk*



Rita Nielsen
**Livets afslutning –
behandling, pleje og omsorg**
Unitas Forlag 2010
84 sider – 149 kr.
ISBN 978-87-7517-882-7

Den ypperste viden om ernæring

Bogen er revideret og udvidet i forhold til de to tidligere udgaver. Den er inddelt i syv hovedafsnit. Første afsnit er en grundig indholdsfortegnelse, der hurtigt guider læseren til det kapitel, der har interesse.

De følgende seks afsnit indeholder 45 kapitler. Overskriften for de enkelte afsnit er: ernæringsfysiologi, næringsstoffer, fra næringsstoffer til fødevarer og kost, særlige fødevarer, ernæring hos udsatte grupper og historie og perspektiv. Bogen afsluttes med et meget omfattende stikordsregister, der fungerer som god hjælp, når man vil finde rundt i bogen.

Der er tale om et værk, der favner meget bredt inden for ernæring hos mennesker. Kapitlerne er logisk strukturerede,

og der anvendes gode illustrationer og figurer. Forfatterne til de respektive kapitler er eksperter inden for deres felt, som derfor er udtryk for den ypperste viden om ernæring i Danmark.

Fokus er ernæringsvidenskab med afsæt i biokemi og fysiologi hos det raske menneske, men indholdet er også fundret på viden fra en række andre discipliner som arvelighedslære, kulturelle og sociale normer for valg af kost og ikke mindst sundhedsvidenskab med fokus på kost som sygdomsforebyggende middel.

Målgrupperne for bogen er studerende i gymnasiet, studerende på university colleges og studerende på universitære bachelor- og kandidatuddannelser. Det er mange og meget forskellige målgrup-

per, hvilket efter min vurdering gør, at bogen er velegnet som håndbog eller som opslagsværk om konkrete ernæringsmæssige problemstillinger, og som sådan bør den stå på uddannelsesstedernes biblioteker.

Fokus er kost som sygdomsforebyggelse, hvilket gør, at indholdet også kan anbefales til sygeplejersker i lægepraksis. Da der også er kapitler om forskningsmæssige problemstillinger, kan det også anbefales, at sygeplejersker, der vil gennemføre undersøgelser i praksis, læser de respektive kapitler for at få en indføring i grundlæggende begreber om ernæringsforskning.

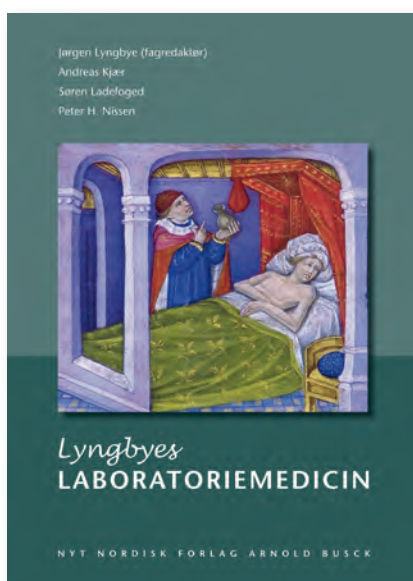
Specifikke sygeplejefaglige problemstillinger omtales ikke, ligesom kost til syge, eller hvordan man stimulerer syge

Et opslagsværk for specialister

Dette er så absolut et imponerende og digert opslagsværk for specialister, f.eks. på laboratorier, klinisk biologiske afdelinger eller sygehuse. Bogen byder på et væld af informationer, data, skitser og forklaringer. Værket indledes med et medicinsk historisk rids samt et overblik i forskning, analysemetoder og vurdering af prøvevar. Men det væsentligste afsnit er den alfabetiske fortegnelse over kliniske biokemiske prøver og fysiologiske laboratorieundersøgelser og vurderinger.

Fortegnelsen giver systematisk og grundig indsigt i og baggrund for at tage en bestemt prøve, herunder patientforberedelse, iagttagelser og omstændigheder for at tage prøven, referenceintervaller, tolkning af resultater, biologisk variation, faregrænser og risikomomenter.

Hvert opslag er en minutøs faglig gennemgang på højt niveau, hvor også patologiske nuancer beskrives. Bogen karakteriseres af sit specialiserede fakta- og detaljeringniveau. Sproget er derfor naturligtvis præget af præcise fagtermer, hvilket vil indskrænke målgruppen til specialister, som f.eks. skal tolke og kommentere laboratorieanalyser, vurdere, diagnosticere samt evt. formidle medicinske analyseresultater eller som hjælp



Jørgen Lyngbye et al.
Lyngbyes Laboratiemedicin,
2. udgave, Nyt Nordisk Forlag 2010
739 sider – 699 kr.
ISBN 978-87-17-04044-1

udgave af den norske udgivelse: Norsk Håndbok i Laboratiemedisin fra 1999. Fagredaktøren Jørgen Lyngbye er dansk medicinsk professor, specialist i klinisk biokemi og nuklearmedicin samt videnskabshistoriker.

*Af Ole Bjørke, sygeplejerske, lektor,
master i sundhedspædagogik,
Professionshøjskolen Metropol.*

til at afklare distinkte faglige diskussioner.

Gode opslagsbøger er en stor fornøjelse. Min vurdering vil være, at bogen vil finde god anvendelse i lægefaglig klinisk praksis, på laboratorier samt hos visse bioanalytikere, men ikke generelt i sygeplejefaglige sammenhænge. Det er nu ikke bogens skyld.

Bogen, som har fire lægefaglige forfattere, er en opdatering af en tidligere dansk

til at øge deres kostindtagelse, fuldstændig er udeladt, men det har heller ikke været redaktørernes eller forfatterens intention. Den viden må man søge i anden og mere sygeplejespecifik litteratur.

*Af Preben Ulrich Pedersen, lektor, ph.d.,
Center for Kliniske Retningslinjer,
Afdeling for Sygeplejevidenskab,
Institut for Folkesundhed,
Aarhus Universitet.*



Arne Astrup, Susanne Gjedsted Bügel,
Jørn Dyerberg, Steen Stender (red.)
Menneskets ernæring
624 sider – 558 kr.
3. udgave,
Munksgaard Danmark 2010
ISBN 9788762808843

PARENTES



Et koldt pust

Ved Rigshospitalets have ligger rygepavillonen, hvor patienter og pårørende må ryge. Nogle spadserer selv derned, andre kommer i kørestol eller med dropstativ. Til foråret starter en kampagne på hospitalet, der skal få de rygende patienter og pårørende væk fra indgangene og hen i rygepavillonen. Mange ved ikke, at den findes. Kampagnen skal også gøre opmærksom på de sundhedsskadelige virkninger ved rygning, f.eks. at sår heler langsommere, og at risikoen for infektioner er større. Siden 1997 har det været forbudt for ansatte at ryge på offentligt område, og personalet må derfor ikke bruge pavillonen.

Tryksår og behandlingen af dem kan være en smertefuld oplevelse for både patient og personale. Men nu mener en sygeplejerske, at hun har opfundet en del af løsningen på problemet. Hendes tryksårspuder blev i efteråret testet på et plejehjem, og både patienter og personale er begejstrede.

Der, hvor sengen trykker

AF JULIE WINTHER BENGTSO, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

De ser enkle ud. Råhvide oppustelige puder, trekantede og firkantede. Men man skal ikke lade sig narre, for tryksårspuderne til engangsbrug kan mere, end man umiddelbart skulle tro. Sygeplejerske Kirsten Sivertsen har selv opfundet dem og sat dem i produktion, og hun mener, de er en del af løsningen på problemerne med tryksår på både hospitaler og i hjemmeplejen.

Hjemmevant viser Kirsten Sivertsen rundt på akutplejeenheden på Vigerslevhus plejehjem i Valby, hvor hun tidligere har arbejdet som vikar. Nu er hun her for at teste sin opfindelse, inden puderne for alvor kommer på markedet.

"Spis dem, de er lavet af majs," foreslår hun med et smil. Tilbuddet er knap så fristende, da majsens har antaget et plastisk lignende udseende, men pointen er ikke til at tage fejl af: Puderne er yderst miljøvenlige.

Det er dog hverken, fordi de er spiselige eller miljøvenlige, at beboerne på Vigerslevhus er vilde med puderne. De er ganske enkelt behagelige, når de placeres under benene, under armene eller som støtte i sideleje, og så aflaster og forebygger de tryksår.

"En dement ældre dame, som jeg i flere dage havde lagt i seng med puderne, trak mig en aften ned til sig og hviskede: "Husk nu de dér!" Hun mente puderne," fortæller Kirsten Sivertsen stolt.

På en stue er social- og sundhedsassistent Rebekka Zahl Barthe i gang med at behandle en ældre herre, som har sår på

hælene. Under hans lægge ligger to af de oppustelige trekanter med spidsen nedad. Rebekka Zahl Barthe kan uden besvær komme til fødderne, som svæver frit ud over puderne.

"Puderne aflaster rigtig godt, og det giver en god arbejdsstilling, så man kan komme til at pleje. Jeg bruger dem på mange forskellige måder," forklarer hun.

Kirsten Sivertsen har under testningen lært, at personalet skal have grundig instruktion i at bruge puderne korrekt. Hun har dog ikke noget imod, at personalet eksperimenterer med brugen af puderne.

"Det er også o.k., så længe de også bruger dem på den rigtige måde," pointerer hun og fortsætter: "Faktisk kan jeg godt li-





Kirsten Sivertsen er sygeplejerske og opfinder. Hun har udviklet oppustelige puder, som kan forebygge og reducere tryksår. Vejen har været lang, men snart er hun klar til at afsætte sit produkt til både hospitaler og hjemmeplejen.

Tryksårspuderne er dels en trekantet, aflang pude og dels en flad pude med små, runde luftrum. Puderne kan bruges til aflastning af både ben og arme, og den trekantede kan desuden bruges som støtte i sideleje.

de, at det sætter gang i deres fantasi i forhold til, hvordan man bruger dem bedst.”

Forebyggelse frem for behandling

Idéen til puderne fik Kirsten Sivertsen, da hun arbejdede som hjemmesygeplejerske.

”Nogle gange i hjemmeplejen føles det, som om man aldrig laver andet end at behandle tryksår,” siger hun med et suk og hentyder til, at hun ofte har oplevet, at patienter har haft tryksår, når de er blevet udskrevet fra hospitalet.

Problematikken kender de også til på Vigerslevhus:

”Det er oplagt at teste dem her, for vi har problemer med tryksår og aflastning

gen af dem,” fortæller daglig leder af akutplejenheden Carina Nimb, som ser klare fordele for personalet i form af bedre arbejdsstillinger.

”Men selvfølgelig betyder det også noget, at borgerne er glade for dem,” pointerer hun.

Carina Nimb mener, det kan være en ►

Hvad er en tryksårspude?

Tryksårspuderne er lavet af biofolie af majs med adskillige luftkanaler. Det giver et dynamisk underlag, fordi puderne reagerer på kroppens passive bevægelser og lader blodet flyde frit i årerne.

Indtil videre består udvalget af en trekantet, aflang pude og en flad pude med runde luftrum. Puderne gør, at benene kommer op, så man undgår tryk på hælene, og puderne kan bygges op, så såret kommer over hjertehøjde, og man undgår ødem.

Kirsten Sivertsen har patenteret de trekantede puder. Hun har desuden indleveret en patentansøgning på de flade puder til stabling og på den særlige ventil på puderne.



Social- og sundhedsassistent, Rebekka Zahl Barthe, lægger puderne under benene, så hun kan pleje fødderne, uden at den ældre herre skal anstrenge sig.

- fordel, at produktet er udviklet af en fagperson som Kirsten Sivertsen, fordi hun har erfaring fra praksis.

Ifølge Kirsten Sivertsen opstår problemet med tryksår, fordi personalet ikke har de rette rutiner til og arbejdsmæssige forudsætninger for at undgå tryksår.

"Hospitalet siger, de laver tryksårsforebyggelse, men de er for længe om at reagere," påpeger hun.

Den holdning deler hun med ergoterapeut Ulla Moe, som i flere år har beskæftiget sig med tryksårsforebyggelse og er forfatter til bogen "Tryksår – smertefuldt for samfundet og den enkelte".

Ulla Moe startede i efteråret som konsulent i Kirsten Sivertsens firma Trialet.

Sammen er de ikke i tvivl om, at hvis ressourcerne bruges på den rigtige måde, kan man undgå de fleste tryksår.

"Personalet vil gerne, hvis de har mulighederne, men det kræver nogle investeringer fra starten at undgå tryksår. Derfor skal vi have fat på både politikere, ledere og borgere," siger Kirsten Sivertsen.

De to er enige om, at tryksår skal forebygges bedre, og at den proces starter med, at man laver en national undersøgelse af problemets omfang.

"Der findes ikke egentlige tal på, hvor meget problemet med tryksår koster samfundet. Det er kun gisninger. Der er lavet undersøgelser i andre lande og lokalt i Danmark, men det er jo ikke noget, man

bare kan overføre og gange op," påpeger Ulla Moe.

Kirsten Sivertsen har været i gang med udviklingen af puderne i otte år, og til februar vil de være helt klar til at blive afsat på markedet. Alt i alt har puderne indtil videre kostet 6 mio. kr. Kirsten Sivertsen har selv investeret en del af beløbet, mens resten er blevet investeret af firmaets direktør Peter Egelund og virksomheden Innovation MidtVest, som for et år siden tog Trialet ind som porteføljevirkomhed.

jwb@dsr.dk

Tag patent

For at beskytte din opfindelse kan det være en god idé at få den beskyttet gennem et patent eller at få den registreret som en brugsmodel. Ved at tage patent sikrer du, at det kun er dig, der kan tjene penge på at sælge eller fremstille den.

I Danmark er det Patent- og Varemærkestyrelsen, der behandler patent- og brugsmodelsansøgninger.

Læs mere på www.dkpto.dk

Sygeplejerske springer ud som opfinder

Patentansøgning, store investeringer og barske spilleregler i en branche, hvor ingen kan stole på hinanden. De seneste otte år har Kirsten Sivertsen liv budt på et væld af udfordringer i erhvervslivet. Hun har tilføjet titlen opfinder til visitkortet, som i forvejen indeholdt titlen sygeplejerske.

AF JULIE WINTHER BENGTSON, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

Det startede som en undren over, at tryksår fyldte så meget i arbejdet som hjemmesygeplejerske, og det har resulteret i trekantede og firkantede oppustelige puder af biofolie baseret på majs, som kan bruges til at forebygge og aflaste tryksår. Men vejen hertil har været lang og bakket. Og fyldt med plastik. Den har gjort Kirsten Sivertsen klogere på en branche, hvor ingen kan stole på hinanden, og hvor vejen fra idé til produkt er længere, end man lige skulle tro.

"Jeg har nok svejset 10 km plastik," fortæller Kirsten Sivertsen stolt, da hun i sit hjem i Roskilde fremviser den maskine, som hun har købt og delvist selv konstrueret. Den kan svejse tyndt plastik om til puder. Nu bruger hun den kun til nogle enkelte puder, for den egentlige produktion ligger i Løgstør hos en plastikfabrik.

Kirsten Sivertsen er 54 år og uddannet sygeplejerske og sundhedsplejerske. Hun har arbejdet med alt fra psykiatri til intensivafdelinger og hjemmeplejen. Nu er hun opfinder og godt på vej til at sælge sine tryksårpuder, som hun mener kan være med til at udrydde problemerne med tryksår både i hjemmet og under indlæggelse på hospitalet.

En undersøgelse fra Odense Universitetshospital viste i 2008, at hver tredje patient forlader sygehuset med tryksår eller begyndende tryksår.

I starten af 1990'erne arbejdede Kirsten Sivertsen netop som hjemmesygeplejerske, og her oplevede hun, hvor udbredte problemerne med tryksår er, og hvor dårlige mulighederne er for at forebygge dem.

"Vi foldede de ældres stramajpuder, og hvad vi ellers kunne finde at lægge under deres ben," fortæller hun.

Trekantet thailandsk pude

En dag kom hun ud til en ældre kvinde fra Thailand, som havde en trekantet pude af strå og halm.

"Den var smart som aflastning, fordi den ligesom almindelige puder ikke foldede sig ud, når man havde lagt den under benene. Jeg gik hjem og syede én til mig selv, fortæller hun.

Kirsten Sivertsen kunne se mulighederne i puden ved forebyggelsen af tryksår i sygeplejen, men hun gjorde først rigtigt noget ved idéen i 2002, hvor hun fik forbindelse til et firma, der netop producerede puder i plastfolie.

"Vi skulle have spist en fin forretningsmiddag, men de ville ikke skrive under på, at de ville holde idéen hemmelig. Så i stedet gik jeg min vej og spiste pølser på vej hjem," fortæller Kirsten Sivertsen med et skævt smil.

Gennem en erhvervskonsulent fik hun dog kontakt til et andet firma, som også svejser ting i plastik, og de hjalp hende med at udvikle formen på den oppustelige trekantede pude i et materiale, som minder om det, man laver spegepølsefolie af. Men hen ad vejen opstod der uenighed om, hvis idé puderne oprindeligt var, og samarbejdet gik i stykker.

Efter flere problemer med andre samarbejdspartnere kontaktede hun i 2006 plastindustriens brancheforening, som satte hende i kontakt med konsulent Peter Bøwadt. Han kunne se potentialet i Kir-

sten Sivertsens idé og henviste hende videre til Tom Weidner, som siden har været hendes erhvervskonsulent og nu sidder med i firmaets bestyrelse. De har hjulpet Kirsten Sivertsen med at søge patent, finde investorer og optage lån, så hun bl.a. kunne købe plastikvejsemaskinen til 150.000 kr.

Overlad noget til andre

Det er Kirsten Sivertsens erfaring, at man må turde afgive noget til andre for at få en idé og et firma op at køre. Men det kan også koste dyrt, hvis nogen undervejs stjæler ens idé, og det var et stort nederlag for Kirsten Sivertsen, da det skete for hende selv. Puderne blev i første omgang lavet af et materiale, som minder om det, man laver spegepølsefolie af. Men en samarbejdspartner tog retten til at forhandle det materiale på medicinalområdet, og han startede både firma og egen produktion af tryksårpuder. Hun viser et billede frem af en reklame for en pude, som ligner hendes til forveksling.

"Da jeg fandt ud af det, blev jeg bare rigtig, rigtig ked af det. Så gik jeg i kirke og besluttede mig for ikke at tænke på dem mere. Jeg kunne nok godt have ramt dem på patentet, som jeg har på de særlige trekantede rum mellem luftlommerne i puderne, men jeg gad ikke. For samtidig med at de havde fået rettighederne til folien, lavede jeg en stor afprøvning i Randers med puder, som jeg svejsede på min egen maskine. Og jeg fandt ud af, at materialet var plastikagtigt, det flyttede sig, og det blev for varmt, når man brugte dem. Patienterne kunne ikke lide det." ►



Kirsten Sivertsen er både sygeplejerske og opfinder. Hun har investeret de seneste otte år af sit liv, 2 mio. kr. og en hel masse tålmodighed i at udvikle oppustelige engangspuder, der kan aflaste og forebygge tryksår. Ved maskinen i hjemmet har hun svejset omkring 10 km plastik, mener hun selv.

- Omtrent samtidig fik hun tilsendt en prøve på noget biofolie af et firma, som havde hørt om hende, fordi hun havde været vidt omkring og kigge på maskiner til produktion og spejle efter investorer. Og det viste sig, at dette materiale baseret på majs skulle fungere meget bedre.

Kirsten Sivertsens arbejdsliv og vidensgrundlag er noget anderledes nu, end da hun arbejdede som sygeplejerske.

"Jeg ved alt om plastik og svejsning," griner hun og fortsætter: "Men det er en del af det. Man skal helt ned og vide noget om folier, svejsninger, hvordan maskiner ser ud, og hvad der skal til for at bygge en maskine op. Selvom det har været noget

af det sværeste, har jeg hygget mig med det. På et værksted skal du ikke være på ligesom ude hos patienterne."

For lidt over et år siden var de økonomiske midler ved at slippe op, og det var Kirsten Sivertsens mod også. Men i sidste øjeblik meldte virksomheden Innovation MidtVest sig ind som investor, og det reddede muligheden for at sætte puderne i produktion. Nu har hendes firma Trialet et kontor i Århus, produktion hos en plastikfabrik i Løgstør og store forhåbninger til fremtiden.

Ligesom at spille poker

Sammen med ergoterapeut Ulla Moe, der er konsulent i firmaet, har Kirsten Sivertsen præsenteret tryksårspuderne på medicinalmesser flere steder både i Danmark og Tyskland de seneste måneder, og modtagelsen har ifølge dem selv været "helt vild". F.eks. fik firmaet på to messer i Düsseldorf tilbud fra distributører i 66 lande. Kirsten Sivertsen lader sin direktør og medejer Peter Egelund om at tage sig af de rent forretningsmæssige ting med de nye kontakter. Så kan hun koncentrere sig om at afprøve puderne og udbrede viden om forebyggelse og behandling af tryksår.

At nå hertil har krævet utallige arbejdstimer, nedture, usikkerhed og en stor økonomisk investering:

"Lige nu skylder vi 6 mio. kr. væk. Det ville da være meget sjovt, hvis det gik den anden vej," bemærker hun med et smil.

Alligevel har hun ikke fortrudt:

"Jeg er i bund og grund sygeplejerske og vil gerne bare hjælpe nogen. Jeg ser dette som en form for sygepleje, der favner bredt. Jeg kan sørge for, at fru Hansen ligger dejligt, jeg møder personale ude på plejehjemmet, der siger, at puderne er fantastiske, og jeg har fået en masse positive tilkendegivelser på medicinalmesserne. Alt i alt er det jo en fantastisk anerkendelse."

Kirsten Sivertsen har lært reglerne at kende, og nu spiller hun spillet i erhvervslivet:

"Det er ligesom at spille poker, man kan da ikke bare stoppe, når man har de gode kort."

jwb@dsr.dk

Har du selv en opfinder i maven? Så er det nu, du skal komme ud af busken, for Dansk Sygeplejeråd giver innovative sygeplejersker muligheden for at vinde Opfinderprisen 2011. Læs mere om Opfinderprisen på side 6-7 i dette blad og på www.dsr.dk fra d. 31. januar.

Gode råd fra en opfinder

- Vær sikker på, at du har en god idé, og bliv løbende bekræftet i, at den er god.
- Find en kontakt, som er inde i erhvervslivet i forvejen. De har deres egne regler, og det lærer man på den hårde måde.
- Du skal turde afgive noget af andelen i firmaet. Ingen kan det hele.
- Vær stædig, og bliv ved.

Kirsten Dalby Rasmussen er 54 år og uddannet sygeplejerske på Holbæk Sygeplejerskole i 1980. I 1992 tog hun en SD i Uddannelse og Undervisning på Danmarks Sygeplejerskehøjskole, og i 2001 blev hun cand.pæd. fra DPU. Siden 1992 har hun undervist sygeplejestuderende - p.t. i Sygeplejerskeuddannelsen Metropol.



Produktionsskolen

Ved familiefester frygter jeg efterhånden øjeblikket, hvor opmærksomme faster Else spørger til mit arbejde. For det er ikke så let at besvare længere. Det er svært at huske alle de mange uddannelser i min professionshøjskole, og så tager det tid at få forklaret, hvor min uddannelse rent fysisk holder til, for vi flytter lidt rundt. Faster Else bliver også noget fjern under min lange redegørelse, men vågner igen, da jeg fortæller, at vi skam både har koncernadministration, adskillige direktører og mange chefer.

Efterfølgende har jeg hørt faster Else fortælle med stolthed i stemmen, at hendes niece arbejder på en stor produktionsskole med næsten lige så mange direktører som i Mærsk.

Og faster Else har fat i noget væsentligt. Jeg er jo stolt over min uddannelsesinstitution med både koncernadministration og direktører. Det er stærkt, at sprogbrug alene kan associere til landets førende industrivirksomhed.

En topledelse sysler udelukkende med vigtige ting. Så imellem den og mig er indskudt tre ledelseslag plus det løse. Det er trygt, der bliver passet på mig. Men under sidste besparelsesrunde blev min synlige, nærmeste leder fyret. Den sved. Og der er kun to ledelseslag tilbage plus det løse. Blev dog beroliget. Så snart "Kommunikation og Presse" fik revideret PowerPoint-præsentationen af organisationsdiagrammet, fik jeg igen en nærmeste leder.

Juleferien var dog i fare. Afholdelse af ferie skal drøftes med nærmeste leder, og sammen gennemanalyserer man, om tidspunktet er hensigtsmæssigt. Herefter skriftlig ansøgning på den rigtige blanket, som så underskrives. Og her hang min juleferie i en tynd tråd. Ingen leder og et ufærdigt organisationsdiagram. Meget mod min vilje tyede jeg til civilcourage, holdt ferie uden underskrift. Håber, det bliver sidste gang, jeg skal undvære en sparringspartner til noget så vigtigt.

I lighed med ferieblanketten har vi procedurer og retningslinjer for alt muligt. Tænker, det må være for at styrke sammenhængskraften. Frem med blanketten og så selvfølgelig tjekke, at det er nyeste udgave. Her kunne jeg fremsætte et lille, bitte juleønske: En instruks, der guider til senest reviderede instruks. Men pyt, jeg skal jo holde intellektet i topform.

Som jeg fortalte faster Else, skal min uddannelse atter flytte. Og her har koncernadministrationen ikke sparet på

noget. Progressive eksperter blev hyret til at afmontere antikke forestillinger om arbejdspladser. Vi kunne frit bestemme at sidde på storkontor. Enkelte kolleger sukkede. Men det hele beroede på en misforståelse. Det var slet ikke et storkontor, men et kompetencefællesskab. Enhver skepsis forstummede. For hvem vil sidde mutters alene på et kontor kun i selskab med egne kompetencer? Vi lærte også, at kopirummet er et vandhul. Og nej, faster Else, ikke noget med frostsprængte vandrør og gummistøvler. Det er et sted, vi mødes ligesom savannens dyr.

Kompetencefællesskabet skulle indrettes. Skriveborde og

” Vi kunne frit bestemme at sidde på storkontor. Enkelte kolleger sukkede. Men det hele beroede på en misforståelse. Det var slet ikke et storkontor, men et kompetencefællesskab.

reoler har trods alt ikke ændret sig til ukendelighed. Men det har stolene i møderum. Valget stod mellem lave, farvestrålende sækkestole eller kanvasstole ophængt som gyngende. Der skal nok blive brug for alles kompetencer i fællesskabet, når en og anden skal have en hjælpende hånd op fra gulvet eller vikles ud af kanvasgyngen.

Rigtig glædeligt baghjul til alle stordriftskeptikere.

redaktionen@dsr.dk

"5 faglige minutter" er en personlig tekst, som gør rede for sit indhold ved hjælp af fortællinger, skrøner, citater m.m. En klummeskriver skal ikke følge almindelige journalistiske krav om saglig, objektiv gengivelse af kendsgerninger.

*Jeg er alkoholiker
– men jeg drikker
ikke mere*

Minnesota-behandling har hjulpet titusinder til et bedre liv – uden alkohol. Vi kan også hjælpe dig.



Behandlingscenter
TJELE

SJÆLLAND - JYLLAND

Ole "Bogart"
Michelsen

Døgntelefon
70 20 40 80

www.tjele.com



HOUNISEN
-forti det er enkelt!

Lukket formalin system



Undgå påbud fra arbejdstilsynet, brug Hounisens lukkede formalin-system til dine vævsprøver. Systemet leveres med 2 glasstørrelser på 9 og 25 ml. Kan bruges til stort set alle vævsprøver.

Ring og bestil demonstration eller prøver på 86 21 08 00

MIG OG MIT JOB

Navn: Ole Toftdahl Sørensen, 45 år.

Stilling: Fra 1. januar ledende oversygeplejerske på hæmatologisk afdeling, Roskilde Sygehus. Uddannet fra Sygeplejeskolen i Herlev i 1998.



PRIVATFOTO

AF SUSANNE BLOCH KJELDSEN, JOURNALIST

Hvad er det bedste ved dit job?

"Jeg er jo blevet ansat til at opbygge en ny afdeling, og jeg kan godt lide at være den dagsordensættende fagligt. Jeg brænder for det udviklende perspektiv i mit job. At se sygeplejens muligheder og udfordringer. At få sygeplejen til at fylde på dagsordenen."

Hvad er det værste ved dit job?

"Det værste er, når ønsker og visioner ikke altid står mål med de realiteter, man er i – et klassisk ledelsesproblem. Vi vil jo egentlig gerne en hel masse i sygeplejen, men vi har ikke altid udfoldelsesmulighederne. Det er mit job som leder at gøre noget ved det."

Hvad ville du være, hvis du ikke var sygeplejerske?

"Det ved jeg ikke, de gange, jeg har tænkt over det, er jeg altid kommet tilbage til, at jeg ville vælge sygeplejen."

Hvad var dit første job som sygeplejerske?

"Sygeplejerske på mave-tarm-kirurgisk afdeling på Gentofte Hospital."

Hvad er det bedste job, du har haft?

"Det er det, jeg har nu, jeg er stadig på den grønne gren."

Hvad er det værste job, du har haft?

"Det var et job som timelønnet pædagog-medhjælper, hvor jeg stod der som helt ung uden redskaber med nogle børn, som reagerede patologisk, og jeg kunne ikke gøre andet end at handle i afmagt. Jeg havde døgnvagter og var alene om natten med ansvaret for otte børn. At være alene uden at være kvalificeret, det er simpelthen det værste, jeg har oplevet."

Hvad er det mest fagligt udfordrende i dit job?

"Den store udfordring er jo driften, helt klart. Med akkreditering kommer en masse ting, som udfordrer os fagligt. Det værste er, hvis perspektivet for den enkelte sygeplejerske nogle gange indskrænkes – for hvad er dagsordenen? De her kvalitetsmålinger måler på en anden måde end den måde, vi umiddelbart måler på som fagprofessionelle."

Med hvilke ord vil dine kolleger beskrive dig?

"En, man kan have tillid til og betro sig til, troværdig og resultatsøgende."

Hvad er det mærkeligste, en patient nogensinde har bedt dig om?

"Da jeg var sygeplejerske ude i klinikken, blev jeg altid spurgt "hvornår begynder du så at læse til læge?" Det er et ret mærkeligt spørgsmål, når man er sygeplejerske, det siger noget om, hvordan folk betragter sygeplejen."

Hvilke tre ting kan du ikke undvære i dit job?

"Dialog, min kalender og telefonen."

Hvordan slapper du af?

"Ved at rejse, tage i sommerhus og ved at se venner og familie."

Hvornår lod du sidst dit temperament løbe af med dig?

"Det handler tit om, at jeg oplever noget, som jeg synes er uretfærdigt, men jeg bliver sjældent vred. Jeg kan godt blive irriteret, hvis jeg oplever kolleger, hvor det handler om "mig, mig, mig", hvor man ikke har forstået, at man indgår i et fællesskab, og det, der gælder for én, gælder for alle."

NAVNE

Ny ledende oversygeplejerske til Roskilde

Ole Toftdahl Sørensen er ansat som ledende oversygeplejerske ved den nyoprettede hæmatologiske afdeling på Roskilde Sygehus. Han kommer fra en stilling som ledende oversygeplejerske ved endokrinologisk afdeling på Hvidovre Hospital.

Han har klinisk erfaring fra bl.a. kirurgisk gastroenterologisk afdeling på Gentofte Hospital og reumatologisk afdeling på Amager Hospital samt flere års ledererfaring som afdelingssygeplejerske, klinikoversygeplejerske og som ledende oversygeplejerske.

Som ledende oversygeplejerske skal Ole Toftdahl Sørensen være med til at opbygge den nye hæmatologiske afdeling på Roskilde Sygehus.

(hbo)

MINDEORD

Anne Hjarup

Kære Anne.

Din pludselige og alt for tidlige død kom som et stort chok for os ansatte i Tårnby Kommunes Hjemmepleje. Desværre nåede vi kun at kende dig i fire måneder, men du nåede alligevel med dit varme væsen, smukke ydre og store engagement at gøre et udsletteligt indtryk på os.

Du kom til os efter en periode, hvor du havde været væk fra sygeplejen. Du sagde, at du savnede det tætte samarbejde med patienter, og man var ikke i tvivl om, at det var det, du brændte for. Du havde et godt forhold til alle, både sygeplejersker, patienter og ikke mindst til hjemmehjælpergruppen. Du vil blive savnet.

Anne blev nytårsnat dræbt i en trafikulykke i Paris. Hun blev 50 år og efterlader sig seks døtre.

Vores tanker går til familien.

Æret være hendes minde.

Hjemmesygeplejerskerne i Tårnby Kommune.



Susanne Bissenbacher



Kirsten Christensen



Heine Rasmussen

Tre nye oversygeplejersker

I forbindelse med fusionering af afdelinger i psykiatrien i Region Syd er der udnævnt tre nye oversygeplejersker.

Susanne Bissenbacher, 52 år, er udnævnt til oversygeplejerske for den nyligt fusionerede Børne- og Ungdomspsykiatri Kolding-Augustenburg. Afdelingen samles fysisk i Aabenraa, når psykiatrisygehusets nye fysiske rammer er klar i 2013. Hun har siden 1998 varetaget stillingen som oversygeplejerske for Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Augustenburg og var i sin tid med til at starte denne afdeling op.

De to psykiatriske afdelinger i Kolding og Vejle har fusioneret, og Heine Rasmussen er udnævnt til oversygeplejerske i den nye samlede afdeling. Han har arbejdet inden for det psykiatriske område siden 1981 – de seneste 15 år som leder. Han er 53 år og kommer fra en stilling som oversygeplejerske på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Kolding.

Endelig er Kirsten Christensen udnævnt til oversygeplejerske for den nye samlede afdeling bestående af de tidligere afdelinger i Haderslev og Augustenburg. Afdelingen samles fysisk i Aabenraa, når psykiatrisygehusets nye fysiske

rammer er klar til indflytning i 2013. Hun kommer fra en stilling som oversygeplejerske for Almenpsykiatrisk Afdeling Kolding og har tidligere været oversygeplejerske på Grindsted-Brørup Sygehuse.

(hbo)

HVAD MENER DU?

www.sygeplejersken.dk

Denne uges spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:

Har du et godt helbred?

Læs "Statistikken" side 4 samt artiklerne om efterløn side 42 i dette nummer af Sygeplejersken.

Svar på spørgsmål stillet i Sygeplejersken nr. 21/2010:

Har du oprettet NemID?

Svar	antal	pct.
Ja	318	81,7
Nej	70	18,0
Ved ikke	1	0,3
I alt	389	100,0

Sygeplejersker kan glæde sig over PKA-overskud



Trods finanskrisen har PKA opnået et resultat for 2010 på hele 16,5 mia. kr. Det svarer til et afkast på 13,7 pct. Resultatet skyldes især gode afkast på aktier.

Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen, som er næstformand for PKA, glæder sig over resultatet, som kommer bl.a. sygeplejersker til gavn.

”Da det er et medlemsejet selskab, er der ikke nogen ejere, der skal tjene på resultatet, og det kommer derfor medlemmerne 100 pct. til gode. Det flotte resultat er klokkeklar dokumentation af, at arbejdsmarkedspensioner leverer gode afkast,” siger Grete Christensen.

PKA administrerer arbejdsmarkedspensioner for otte selvstændige pensionskasser med sammenlagt ca. 245.000 medlemmer. Heraf er godt 90 pct. kvinder. Medlemskredsen er tilknyttet faggrupper inden for social- og sundhedssektoren og kommunerne.

(mkc)

Tre nye private overenskomster

Dansk Sygeplejeråd har netop indgået overenskomst med tre nye private arbejdsgivere. Det drejer sig om vijkarbureauerne Medics Staff by PowerCare, Stenvej 21 B, 8270 Højbjerg, og ActivCare A/S + ActivCare Privat A/S, Valby Langgade 7 B, 2500 Valby.

Desuden er der indgået overenskomst med lægekonsultationen Børneklinikken v/Marta Nir, Peter Bangsvej 3, 2000 Frederiksberg.



LEDER

Velkommen til verdens bedste profession

Om få dage starter flere hundrede unge på sygeplejerskeuddannelserne rundt omkring i Danmark, og samtidig afslutter en stor gruppe studerende deres 3 ½-årige vej mod sygeplejerskeprofessionen. De nye studerende og nyuddannede sygeplejersker træder ind i et fantastisk fag med et væld af muligheder. Men de træder også ind i et fag, som lige nu er under en enorm omvæltning og under et meget stort pres fra omverdenen.

Vores profession står aldrig stille. Det er ikke noget nyt, at det blæser omkring os. Men lige nu trækker det op til storm. Dette nummer af *Sygeplejersken* indeholder en række artikler fra Midtjylland, hvor politikerne igen svinger spærkniven over sundhedsvæsenet. Og det er langt fra kun i Midtjylland, at spærkniven rammer. Mange steder oplever sygeplejersker og studerende, at der bliver afskediget medarbejdere og nedlagt stillinger.

Set i lyset af de mange besparelser er der ikke noget at sige til, hvis de nye studerende overvejer, om de nu også har valgt helt rigtigt. Eller at nyuddannede sygeplejersker, som har svært ved at finde et job, tænker på, hvad udviklingen betyder for deres fremtid. Men der er rigtig god grund til at slå fast, at der er tale om et øjebliksbillede. Prognoserne viser, at der bliver brug for alle sygeplejersker om ganske få år. Jeg synes, det er helt rigtigt at vælge en sygeplejerskeuddannelse og blive en del af verdens bedste profession.

Men gode fremtidsudsigter og lav ledighed er naturligvis en ringe trøst for de ledige sygeplejersker. Netop fordi der kommer til at mangle sygeplejersker i fremtiden, er det paradoksalt, at sundhedsvæsenet ikke passer bedre på sygeplejerskerne og fastholder dem i faget. Ledigheden har store omkostninger for den enkelte sygeplejerske, som ikke får lov til at bruge sine kompetencer. Og det er samfundsmæssigt helt ude i skoven, fordi situationen kan presse sygeplejersker til at forlade faget og dermed gøre manglen på sygeplejersker i fremtiden endnu større.

Det blæser omkring os. Men det er netop i uvejr, at fællesskabet blandt sygeplejersker træder i karakter. A-kassen gør alt, hvad den kan for at hjælpe de ledige i job. Og i Dansk Sygeplejeråd sætter vi gang i en række tilbud, som gør det muligt for ledige medlemmer at udvikle og vedligeholde deres faglige kompetencer.

Samtidig er der behov for langsigtede løsninger, så sundhedsvæsenet ikke hele tiden bliver kastet ud i nye sparerunder. Det er uholdbart, at medarbejderne aldrig får den arbejdsro, der skal til for at udvikle gode sundhedstilbud og bevare et sundt arbejdsmiljø. Så snart valgkampen er overstået, bør politikerne sætte sig sammen og vedtage et bredt sundhedsforlig, som kan sikre sundhedsvæsenet en bæredygtig økonomi flere år ud i fremtiden.

Vi har verdens bedste profession. Sygeplejersker gør hver dag en enorm forskel for patienterne. Lad os i fællesskab kæmpe for, at det også bliver sådan i fremtiden.

Grete Christensen

Grete Christensen, formand



"Fakkelloptoget gik over al forventning, og der var virkelig kampstemning. Både blandt borgere og politikere," lyder det fra sygeplejerske og initiativtager til fakkelloppet 11. januar, Lykke Dannemann Rernböck, Holstebro.

Sygeplejersker i Region Midtjylland siger fra

AF JULIE WINTHER BENGTSON, JOURNALIST • FOTO: TILSTED FOTO

Besparelser på ca. 500 mio. kr., nedlæggelse af job og ukendte konsekvenser for patienterne. Det er fremtidsudsigten i Region Midtjylland, hvis koncernledelsens spareplaner føres ud i livet. Sundhedspersonale og borgere samles om at protestere mod besparelserne.

Enderne når ikke sammen i budgettet i Region Midtjylland, og den 10. januar fik regionens medarbejdere indblik i koncernledelsens oplæg til besparelser. Oplægget "Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland" indeholder bl.a. planer om mere ambulante behandling og samling af specialer.

Størstedelen af besparelserne skal ske ved ændringer på det somatiske område, hvilket udgør 300 ud af de 500 mio. kr. Forslagene handler især om at samle afdelinger og funktioner på færre enheder, og det betyder bl.a. lukning af sygehuset i Brædstrup, fødeafdelingen og intensivaf-

delingen på Silkeborg Sygehus og børneafdelingen i Randers.

Medarbejdere og borgere i regionen er oprørte over spareplanerne, og flere tusinde af dem gik den 11. januar samlet i fakkeltog gennem Holstebro i protest mod nedskæringerne.

Lykke Dannemann Rernböck er sygeplejerske på Holstebro Sygehus og én af initiativtagerne til fakkelloppet. Hun pointerer vigtigheden af at sætte fokus på besparelserne:

"Vi er bange for, at besparelserne kommer til at ske for lukkede døre. Som personale er det lettere at gennemskue, hvad der sker, men det er jo også vigtigt, at befolkningen ved, hvad der foregår," siger hun.

Lykke Dannemann Rernböck er mest bekymret for besparelserne på det akutte område. Hendes egen afdeling, akutsengeafsnittet på Holstebro Sygehus, skal lukkes pr. 1. marts 2011.

"Det er mystisk, at man nedlægger akutsengeafsnittet i Holstebro, når man andre steder i landet opretter sådanne afdelinger, fordi de har en vigtig funktion," siger hun.

De offentliggjorte besparelser er endnu kun et forslag fra Region Midtjyllands koncernledelse. I de kommende uger skal planen behandles, og den endelige vedtagelse sker i Regionsrådet den 23. februar.

Læs mere om besparelserne i Region Midtjylland på:

www.dsr.dk/midtjylland og

www.omstilling.rm.dk.

Her kan du blandt andet læse koncernledelsens udspil "Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland."

Sparekrav i Region Midt presser faglig kvalitet og arbejdsmiljø

AF SØREN PALSBO, JOURNALIST

Dansk Sygeplejeråds kreds Midtjylland advarer i sit høringssvar til Region Midt om, at den fremlagte omstillingsplan vil presse den faglige kvalitet og true befolkningens tryghed.

Nedlæggelser af sygehuse i Grenaa og Ringkøbing. Flytning af specialer på kryds og tværs af Region Midtjylland og reduktion af sengepladser og i antallet af sundhedspersonale og administration. Det er nogle af hovedingredienserne i det sparekatalog, som har været i høring hos blandt andre Dansk Sygeplejeråd, og som nu skal behandles politisk i Region Midt. Målet er at opnå en besparelse på ca. 500 mio. kr. Den endelige vedtagelse skal ske i Regionsrådet den 23. februar.

Dansk Sygeplejeråd baserer sit høringssvar på indberetninger fra alle de berørte hospitalsenheder. Og Dansk Sygeplejeråd lægger ikke skjul på bekymring over de fremsatte spareforslag, selv om man også medgiver, at regionen er stillet over for store sparekrav.

Den samlede spareplan lægger op til

yderligere centralisering af de lægelige specialer på bekostning af almen behandling, pleje og omsorg i lokalområdet, hvor ikke mindst det medicinske område og området vedrørende de kronisk syge patienter giver anledning til bekymring. "I forbindelse med konflikten i 2008 oplevede vi, at det i mange afsnit var umuligt at opretholde nødberedskabet, fordi der ikke var tilstrækkeligt med sygeplejersker. Her må sikres det nødvendige personale," hedder det bl.a. i høringssvaret, der er stillet til regionsrådsformand Bent Hansen (S).

Brug for lokale løsninger

Dansk Sygeplejeråd anbefaler udbygning af sundhedshuse og akutklinikker, og at de udvikles til et lokalt sundhedstilbud til befolkningen. Af hensyn til akutberedskabet og befolkningens tryghed fraråder Dansk Sygeplejeråd meget stærkt, at det præhospitale område gøres til genstand for besparelser.

"Vi er meget bekymrede for, om det kommunale beredskab inden for den kor-

te tidsramme vil være i stand til at opbygge tilstrækkelige ressourcer til at kompensere for den store reduktion, særligt i den medicinske sengekapaletet," hedder det i høringssvaret.

Mangel på intensivpladser

Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at der ikke sker reduktion i regionens intensive kapacitet. "I dagligdagen er der ofte mangel på intensivkapacitet, hvor man er nødsaget til at sende intensive patienter ud på landevejene mellem hospitalerne."

Dansk Sygeplejeråd påpeger endvidere, at forslaget om reduktionen af sengepladser og den model, regionen lægger op til ved flytning af sengepladser, vil indebære en reduktion af kvalitetsniveauet for service, behandling og pleje og påvirke arbejdsmiljøet stærkt. Det vil det, fordi en afgivende afdeling realiserer en besparelse på 75 pct. af aktivitetsværdien (DRG), mens en overtagende afdeling alene får tilført 25 pct. af aktivitetsværdien. Det bør Regionsrådet gøre klart over for borgerne og over for de ansatte, hed-

"Nu er grænsen bare nået"

"Man kalder det fusionering, men reelt lukkes der en del sengepladser," siger Annette Askjær Dam, fællestillidsrepræsentant på Regionshospitalet



Holstebro, Hospitalsenheden Vest. Hun og hendes kolleger er stærkt bekymrede over udsigterne ved de bebudede omlægninger, der skal skabe balance i økonomien i Region Midt.

"Vi har haft faglige møder på alle fire sygehuse, og det er en stor ting, når man gør det i vest! Nu er grænsen bare nået. Vi synes, det er meget, at Hospitalsenheden Vest skal stå for 30 pct. af besparelserne i Region Midt," siger fællestillidsrepræsentanten.

"I de sidste to år har vi reduceret personalestaben med omkring 400, og i

budget 2010 er vi i gang med at reducere med yderligere 130. Af de seneste 130 er de 39 sygeplejersker, som bliver direkte opsagt. Derudover er der en del, som bliver omplaceret. Det akutte sengeafsnit har 37 sygeplejersker. Af dem er seks blevet opsagt, og 31 bliver omplaceret. Nogle af sygeplejerskerne får ekstra langt til arbejde, fordi nogle af omplaceringerne er til Herning Sygehus," siger Annette Askjær Dam.

Planlagte flytninger og fusioneringer vil få stor betydning for den opbyggede faglige kompetence, mener hun.

"Man har opbygget en stor faglig kapacitet på akutmodtageafsnittet gennem en årrække, og den kapacitet bliver nu splittet op. Otte sengepladser er bl.a. fusioneret ud på medicinsk afdeling."

Fællestillidsrepræsentanten konstaterer, at antallet af medicinske senge-

pladser i Hospitalsenheden Vest nærmest er halveret på få år:

"Vi har lukket 50 medicinske senge de seneste to år, og nu er vi i gang med at lukke 60 mere, så vi kommer ned på 103 senge i Hospitalsenheden Vest. Nu foreslås det at flytte hæmatologien til Viborg Sygehus. Det skaber problemer i forhold til lægernes uddannelse og fremtiden for den medicinske afdeling. Man har besluttet, at det kommende storsygehus i Gødstrup skal være et kræftcenter. Hæmatologien er netop et af de store specialer inden for kræftområdet, så det skaber stor bekymring i Hospitalsenheden Vest."

(sp)



der det i Dansk Sygeplejeråds hørings-svar.

"Med de besparelser, der ligger før 2011/2012, og som er ved at blive gennemført, kommer de foreliggende sparekrav på 776 mio. kr. faktisk op på samlet 1 mia. kr.," siger Else Kayser, Dansk Sygeplejeråds formand i Kreds Midtjylland.

Stramme produktivitetskrav

Else Kayser peger på, at Region Midt med de foreslåede samlinger af specialer strammer produktivitetskravene, idet der ved flytningen ikke finansieres fuldt for nye opgaver. Det betyder eksempelvis, at

man i Skejby ikke har råd til at ansætte nyt personale svarende til det øgede antal pædiatriske sengepladser.

"Ved at samle specialerne på denne måde lægger man meget massivt op til en produktivitetsstigning," siger Else Kayser.

"Både personale og patienter vil få længere til hospitalet, når specialerne samles. Dermed væltes budgettet både over på patienterne og på personalet pga. de længere afstande.

Kan den kollektive trafik understøtte de længere transportveje, eller tvinger man folk til at anskaffe en bil eller bil nummer to?" spørger Else Kayser.

Kredsformandens vurdering af, hvad omlægningerne betyder for sygeplejerskernes vej til arbejde, deles af bl.a. fællestillidsrepræsentant Annette Askjær Dam, Regionshospitalet i Holstebro. Hun peger på, at sygeplejersker, der skal følge deres speciale fra Holstebro til Herning, skal køre på en "temmelig håbløs vej, ikke mindst i myldretiden".

"I forvejen har vi her i Holstebro mange sygeplejersker, som tidligere arbejdede i Lemvig. Nogle af dem bor i Lemvig, andre bor helt oppe i Thyborøn. Vi har også sygeplejersker fra Thyholm. Det er et pænt stykke vej til arbejde."

"Jeg frygter, at der bliver mange arbejdsløse"

"Det kaldes en omstillingsplan. Jeg synes, det er en spareplan. Hvorfor kalder man ikke en spade for en spade?" spørger Pirkko Dinnesen, intensivsygeplejerske og fællestillidsrepræsentant på Regionshospitalet Randers og Grenaa.



"Vi er mildt sagt meget trætte af planerne om at flytte rundt på specialer og lukke afdelinger.

Vi har landets mest effektive akutsygehus med de laveste omkostninger, og vi har præsteret 15 pct. mere end landsgennemsnittet. På kirurgisk område har de tilbudt os nogle mammografiscreeninger og brystoperationer, fordi dem har vi også fået effektiviseret så meget, at patientforløbene er meget korte. Pro-

blemet er bare, at kun en fjerdedel af budgettet flytter med, og det gælder også andre steder. Vi skal producere for fire kroner, hver gang vi modtager én," siger Pirkko Dinnesen.

Hun konstaterer, at der endnu ikke er fuldt overblik over, hvad de nye forslag vil betyde for, hvor langt sygeplejersker kommer til at køre for at komme på arbejde. Dagkirurgisk afsnit og det blandede medicinske og ortopædkirurgiske sengeafsnit i Grenaa skal ifølge forslaget lukkes. Det berører ca. 25 sygeplejersker. De skal så enten til Randers eller måske til Århus.

"Som situationen er nu, tyder det ikke på, at der er stillinger nogen som helst steder, så jeg frygter, at der bliver mange arbejdsløse, siger fællestillidsrepræsentanten.

"Hvis sygeplejersker fra dagkirurgisk

afsnit vil fortsætte i deres hidtidige arbejdsområde med friklinikipatienter, så skal de køre helt til Silkeborg. Tilbage i Grenaa er der så kun en akutklinik og en lille smule ambulatorievirksomhed."

Flytningen af specialer får betydning for hele sygehuset i Randers, siger Pirkko Dinnesen.

"Vores største problem er den planlagte flytning af børneafdelingen og neonatalafdelingen fra Randers til Skejby. Det vil berøre omkring 75 sygeplejersker. Også urologisk afdeling skal flyttes til Skejby. Her vil det berøre omkring 10 sygeplejersker. Specielt flytningen af børneafdelingen får betydning for hele huset, bl.a. anæstesiaafdelingen, fordi der kræves et vist antal behandlinger, for at man kan beholde tilladelse til at bedøve børn."

(sp)



Medarbejdere og borgere i Region Midtjylland er oprørte over spareplanerne, og flere tusinde af dem gik den 11. januar samlet i fakkeltog gennem Holstebro i protest mod nedskæringerne.

Fordeling af bloktilskud skal genovervejes

Sundhedsminister Bertel Haarder (V) lægger op til, at der udarbejdes en helt ny model for fordeling af bloktilskuddene til de fem regioner, og ministeren ser gerne, at uvildige eksperter bidrager til modellen. Det meddelte sundhedsministeren efter et møde med repræsentanter fra Region Midtjylland den 20. januar.

Det er dog en forudsætning, at regionerne støtter en ny model for fordeling af bloktilskuddene, fastslår ministeren.

Formanden for Region Midtjylland, Bent Hansen (S), der samtidig står i spidsen for Danske Regioner, støtter tanken om en helt ny fordelingsmodel. Den nuværende er baseret på forholdene i de gamle amters tid. (sp)

HVOR ER DER MEST BRUG FOR DINE EVNER?

Københavns Universitet tilbyder en lang række kurser og uddannelser til sygeplejersker, som gerne vil gøre en forskel i udviklingslande.

For eksempel tre ugers inspirerende sommerskole om international sundhed.

www.globalhealth.ku.dk



UNIVERSITY OF COPENHAGEN
COPENHAGEN SCHOOL OF GLOBAL HEALTH

OUH svinger sparekniven

AF MADS KRØLL CHRISTENSEN, JOURNALIST

Odense Universitetshospital (OUH) skal spare 220 mio. kr. i år og i 2012. Konsekvensen er stillingsnedlæggelser og fyringer. Dansk Sygeplejeråd frygter for kvaliteten.

Odense Universitetshospital (OUH) skal over de kommende to år spare et trecifret millionbeløb. I alt planlægger hospitalet besparelser for 220 mio. kr. i år og næste år. Det fortæller administrerende sygehusdirektør Jane Kraglund.

"Vi vil dels se på, hvor vi kan effektivisere, og om vi kan indføre mere ambulans behandling. Ligesom vi er nødsaget til at reducere i vores lønudgifter. Derfor nedlægger vi stillinger både i de kliniske afdelinger og i administrationen," siger Jane Kraglund og tilføjer, at besparelserne betyder, at mindst 400 stillinger vil blive nedlagt.

Baggrunden for millionbesparelserne er et underskud for 2010 på op mod 150 mio. kr. plus en opbygget gæld fra tidligere år.

Trykket stemning

Sygeplejerske og tillidsrepræsentant Kirsten Nikolajsen fortæller, at stemningen på hospitalet er meget trykket.

"Kollegaerne er selvfølgelig berørt af situationen og uvisheden. Det har skabt en trist stemning på OUH," fortæller Kirsten Nikolajsen, der frygter, at besparelserne vil ramme kvaliteten:

"Jeg kan ikke se, hvordan det er muligt at spare så mange penge, uden at det går ud over kvaliteten. Det her vil sandsynligvis betyde dårligere patientsikkerhed."

Ifølge Jane Kraglund er sygehusdirektionen meget opmærksom på, at besparelserne ikke må ramme patienterne.

"Vores fokus er, at besparelserne ikke må resultere i dårligere kvalitet for patienterne."

Dansk Sygeplejeråd bekymret

I Dansk Sygeplejeråd Kreds Syddanmark vækker millionbesparelserne også bekymring, fortæller kredsformand John Christiansen:

"OUH er en af de allerstørste arbejdspladser i Syddanmark og suverænt regionens største hospital. Ud over at besparelserne naturligvis vil ramme hårdt lokalt, kan man frygte, at andre sygehuse i regionen følger efter. Det bliver lettere for andre at forsvare besparelser, når nu OUH skærer for et trecifret millionbeløb." Han tror ikke på, at besparelserne kan undgå at ramme patienterne.

"Jeg tror ikke en meter på, at man kan spare så mange penge, uden at det får konsekvenser for patienterne. Selvfølgelig rammer det patienterne i sidste ende."

Kredsformanden opfordrer sygeplejersker på OUH til at kontakte deres tillidsrepræsentant, hvis de har spørgsmål i forbindelse med besparelserne.

"OUH har et meget stærkt TR-kollegium, som vi i kredsen er i tæt kontakt med. Og vi er naturligvis klar til at sætte ind med, hvad der nu bliver behov for," siger John Christiansen.

Direktionen på OUH kommer med den endelige udmelding om besparelsesplanen den 23. februar.

Uddrag af Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensens kalender.



Mandag den 31. januar

- Møde i FTF's Forretningsudvalg, København
- TR-møde om OK 11, Fredericia

Tirsdag den 1. februar

- TR-møde om OK 11, Aalborg

Onsdag den 2. februar

- Møde i Dansk Sygeplejeråds formandskab, Vilvorde

Torsdag den 3. februar

- Bestyrelsesmøde i Forbrugsforeningen, København
- Ekstraordinært forhandlingsudvalgsmøde i Sundhedskartellet, København

Fredag den 4. februar

- Arbejdspladsbesøg til Sygeplejerskens føljeton "Formanden i klinik", Århus

Mandag den 7. februar

- Møde med Morten Bødskov (S) og Ole Sohn (SF) i FTF-regi, København
- CEVEA-debatmøde om sundhedsvæsenet, København

Tirsdag den 8. februar

- Hovedbestyrelsesmøde i Dansk Sygeplejeråd, København

Onsdag den 9. februar

- Bestyrelsesmøde i Lån & Spar Bank, København

Torsdag den 10. februar

- Forhandlingsudvalgsmøde i Sundhedskartellet, København
- Møde i forhandlingsdelegationen om OK 11, København

Fredag den 11. februar

- Bestyrelsesmøde i PKA, København
- 3. politiske forhandlingsmøde, tværgående forhandlinger om OK 11 med Danske Regioner, København

I hele perioden afholdes hver morgen statusmøde om OK 11 i København

Dansk Sygeplejeråd har været omtalt i forbindelse med bl.a. disse emner i januar.

Styrk forebyggelsen i kommunerne

KL vil fremover differentiere tilbuddene til borgerne, så de ressourcestærke i højere grad skal klare sig selv, mens kommunernes tilbud bliver rettet mod de ressourcevage borgere. Sådan lyder meldingen i et nyt udspil fra KL. I et debatindlæg i Berlingske Tidende kalder Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd, udspillet en ren spareøvelse, hvor de ressourcevage borgere får det samme som i dag, mens andre borgere får mindre.

Grete Christensen peger på, at kommunerne hellere skulle fokusere på forebyggelse, hvor de har en unik mulighed for at påvirke borgernes viden om sundhed og sikre, at færre danskere får en folkesygdom.

Offentligt sundhedsvæsen skal være attraktivt

En sygeplejerske ansat i det private tjener mellem 5.000 og 6.000 kr. mere end sygeplejersker ansat i det offentlige sundhedsvæsen. Dansk Sygeplejeråd mener, det er vigtigt, at det offentlige sundhedsvæsen også kan tilbyde gode vilkår, så man kan rekruttere og fastholde sygeplejersker i fremtiden.

"Det er foruroligende med så stor en lønforskel, som rummer nogle dystre udsigter for de offentlige sygehuse. De erfarne og specialuddannede sygeplejersker vil søge derhen, hvor de kan få de højeste lønninger. Det er fint, at der er så gode lønninger i den private sektor, men man må også sørge for rimelige lønvilkår for de ansatte i det offentlige," siger Anni Pilgaard, 1.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd, til Berlingske Tidende.

Ni konsulenter assisterer ledere i Lederforeningen

Al betjening af ledende sygeplejersker er nu organisatorisk samlet i Lederforeningen i Dansk Sygeplejeråd. Det betyder, at ledende sygeplejerskers interesser varetages af Lederforeningen i stedet for af den lokale kreds. Lederforeningen hjælper i situationer, hvor der skal forhandles løn og/eller ansættelse, hvor der er brug for bisidder eller anden hjælp med tjenstlig samtale, afskedigelse eller lignende, rådgivning i forhold til løn og ansættelse, råd om karriereplanlægning, ledelsessparring m.m. Ni ledelseskonsulenter hjælper de ledende sygeplejersker. De er fysisk placeret i Dansk Sygeplejeråds kredskontorer: tre i København, én i Ringsted, to i Fredericia, to i Silkeborg og én i Aalborg. I Kvæsthuset i København sidder desuden en administrativ chef, en chefkonsulent og en administrativ medarbejder. Statsansatte medlemmer vil stadig få deres interesser varetaget af Elise Hammer fra Forhandlingsafdelingen i DSR-C. Lederforeningen kan kontaktes direkte via mail på: Lederforeningen@dsr.dk – eller via telefon i telefontiden (man.-fre. kl. 9-15): 4695 3900. En specificeret oversigt over ledelseskonsulenternes individuelle arbejdsområder findes på www.dsr.dk > Lederforeningen > Nu får ledere assistance > Se vores kontaktoplysninger. (hbo)

Master i sundhedsantropologi

– en uddannelse med fokus på sundhed og sygdom i et socialt og kulturelt perspektiv

**Studiestart:
September 2011**

**Informationsmøde:
Onsdag 2. marts 2011
kl. 17.00**

Afdeling for Antropologi og Etnografi på Moesgård ved Aarhus

For mere info, se:
sundhedsantropologi.dk

**AARHUS
UNIVERSITET**
Institut for Antropologi, Arkæologi og Lingvistik

FTF afviser regeringens efterlønsudspil

Ved et møde i FTF's forretningsudvalg den 18. januar blev det besluttet at afvise regeringens udspil om afskaffelse af efterlønnen.

"Vi er villige til at drøfte efterlønnen. Men det forudsætter en større reform, hvor der også indføres forbedrende tiltag på eksempelvis arbejdsmiljøområdet, inden for uddannelse og omkring førtidspension. Tiltag, der reelt gør det muligt

for den enkelte at blive længere på arbejdsmarkedet," siger Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd og medlem af FTF's forretningsudvalg.

Hun understreger, at en eventuel reform skal udformes i samarbejde med arbejdsmarkedets parter:

"I Danmark har vi en tradition for samarbejde og fælles ansvar, når større reformer skal indføres på arbejdsmarkedet.

Det er meget usædvanligt, at regeringen vil indføre en stor ændring, som afskaffelsen af efterlønnen reelt er, uden at inddrage lønmodtagere og arbejdsgivere."

FTF repræsenterer mere end 450.000 offentligt og privatansatte – bl.a. Danmarks Lærerforbund, BUPL, Dansk Sygeplejeråd, Finansforbundet – i alt godt 80 faglige organisationer.

(mkc)

Arbejdslivet skal slutte værdigt

Der er så mange muligheder for en fleksibel efterløn, at det er unuanceret kun at tale om at afskaffe eller fastholde efterlønnen, mener Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd.

Debatten raser om efterlønnen, og fronterne er trukket skarpt op. Men danskerne efterlades med alt for dårlige muligheder for at orientere sig om efterløn, mener Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd.

"Jeg tror, mange ved for lidt om de muligheder, der er for at indrette den sidste del af arbejdslivet, så det passer til, hvad den enkelte kan klare," siger hun.

Grete Christensen mener ikke, vejen

frem er at afskaffe efterlønnen. Den skal til gengæld under lup og moderniseres.

"Vi skal udvide den enkeltes valgmuligheder ved at skabe mere fleksibilitet f.eks. i form af større indflydelse på arbejdstid og vagtplaner. Det skal også være lettere for efterlønnen at komme tilbage på arbejdsmarkedet, hvis de har fortrudt," siger hun og peger desuden på, at der bør være langt flere seniorordninger på de enkelte arbejdspladser.

Mulighed for selv at sige stop

Siden velfærdsreformen i 2006 er andelen af de 60-årige sygeplejersker på efterløn faldet med hele 31 pct. (se boks på modstående side). Men der er fortsat brug for

efterløn som alternativ, siger formanden:

"Som det er i dag, føler mange erfarne sygeplejersker, at der ikke er et alternativ. For mange er det for slidsomt med aften- og nattevagter i et opskruet tempo under hårdt pres."

Ifølge Grete Christensen nødvendiggør sygeplejerskers professionelle tilgang til deres arbejde, at de selv kan sige stop, når de ikke har kræfter, eller overskuddet svigter. Hun siger:

"Målet må være at skabe rammer på arbejdspladserne, så flere har lyst til og reel mulighed for at blive længere på arbejdsmarkedet. Et godt arbejdsliv skal afsluttes værdigt."

(snp)

Fakta om efterløn

Satserne for efterløn

Efterlønsatsen afhænger af, hvor mange timer man har arbejdet, før man går på efterløn, og om man har været fuldtids- eller deltidsforsikret. Hvis du går på efterløn som 60-årig, kan du maksimalt få 91 pct. af højeste dagpengesats, som i 2011 er 15.102 kr. pr. måned. Venter du med at gå på efterløn, til du har haft dit efterlønsbevis i mindst to år og har arbejdet i 3.120 timer, kan du modtage efterløn svarende til 100 pct. af dagpengesatsen, hvilket i 2011 er 16.597 kr. pr. måned. Satsen er lavere som deltidsforsikret. Du kan få udbetalt pension, som supplement til efterlønnen, men pensionen bliver modregnet. Modregningen bliver mindre, hvis du venter med at gå på efterløn, til du fylder 62 år.

Du kan arbejde ved siden af

Du må arbejde så meget, du vil, mens du er på efterløn (såkaldt fleksibel efterløn). Arbejdet trækkes typisk fra i efterlønnen time for time, samme princip som reglerne for fradrag i dagpenge. I de uger, hvor du har arbejde, får du din løn sup-

pleret med efterløn, så du har indtægt for 37 timer. Hvis du arbejder 15 timer på en uge, får du altså udbetalt efterløn for de resterende 22 timer. Der skal kunne udbetales efterløn for en hel dag. Hvis du arbejder mere end 29,6 time pr. uge, får du ikke supplerende efterløn den uge.

Skattefri præmie til dem der venter

Hvis du udskyder at gå på efterløn i mindst to år efter, du har fået dit efterlønsbevis og har arbejdet 3.120 timer efter datoen i beviset, tæller hver af de timer, du arbejder, fra du er 62-65 år, med i beregningen af en skattefri præmie, som bliver udbetalt, når du fylder 65 år. Hver gang, du har arbejdet 481 timer, udløses en skattefri præmie på 11.950 kr. Man kan højst optjene 143.400 kr. (2011-niveau) som fuldtidsforsikret, men præmien reguleres, så man får den sats, der gælder på udbetalingsstidspunktet. For at få præmien skal du være berettiget til efterløn og have et efterlønsbevis.

Læs mere om efterløn på www.dsa.dk > Jeg skal på efterløn



FOTO: LARS HORN

Fleksibel ordning skabte balance i tilværelsen

AF JULIE WINTHER BENGTSON, JOURNALIST

Lisbeth Forup Pedersen, 62 år

Arbejder 27 timer om ugen på Hjertemedicinsk Afdeling, Aalborg Sygehus Syd. Modtager efterløn, der supplerer op til 37 timer om ugen.

Startede på den fleksible efterlønsordning 1. november 2010.

Hvorfor har du valgt fleksibel efterløn?

"Jeg er uddannet i 1970 og har arbejdet fuld tid næsten hele mit liv. Men jeg begyndte at blive træt og havde ikke overskud til meget andet end at arbejde. I årenes løb er vi blevet mere effektive, og der er mange forandringer, man skal leve op til. Jeg har altid været glad for mit arbejde, men det var ikke så sjovt, som tidligere, og jeg blev bange for at begå fejl. Desuden have jeg næsten ikke kræfter til det sociale liv og de ting, jeg gerne ville lave i fritiden. Derfor overvejede jeg efterløn, men har så valgt fleksibel efterløn."

Hvad er godt ved den fleksible ordning?

"Nu arbejder jeg 27 timer om ugen, og det har jeg været rigtig glad for. Det betyder, dels at jeg har mere energi på arbejdet, og dels at jeg har mere energi derhjemme. På den måde giver det en bedre balance mellem arbejde og fritid."

Hvor længe vil du fortsætte på fleksibel efterløn?

"Jeg har et udmærket helbred, og hvis det varer ved, vil jeg fortsætte, til jeg bliver 65 år."



FOTO: THOMAS TOLSTRUP

Regner med at blive i godt job med indflydelse

AF SØREN BERNSTORFF OLUFSEN, JOURNALIST

Karen Ljungberg, 61 år

Har arbejdet som sygeplejerske i 40 år. I dag er hun på fuldtid på intensivafdeling 4131 på Rigshospitalet som specialuddannet sygeplejerske. Hun kunne gå på efterløn, men har valgt at blive.

Hvor længe vil du fortsætte med at arbejde?

"Jeg regner med at blive ved med at arbejde, indtil jeg er 65 år. Jeg kan godt lide mit job og mine kolleger, og det giver stadig et kick at arbejde på en afdeling med tryk på. Samtidig tager afdelingssygeplejerskerne meget hensyn til erfarne medarbejdere. På intensivafdelingen på Rigshospitalet er det f.eks. muligt at undgå at arbejde om natten, hvis man er fyldt 55 år."

Hvad får dig ellers til at blive?

"Det betyder rigtig meget, at jeg har fået stor indflydelse på min vagtplan. Jeg arbejder heller ikke om natten, men har i stedet fast aftenvagte. Det fungerer godt for mig, og det er blevet imødekommet, og afdelingen er i det hele taget meget opmærksom på medarbejdernes trivsel."



FOTO: THOMAS TOLSTRUP

Overvejer efterløn efter fyring fra ønskejob

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

Marianne Schumann 61 år,

Marianne Schumann 61 år, sygeplejerske på Dagkirurgisk Afdeling på Hørsholm Sygehus, der foretager planlagte operationer. Uddannet sygeplejerske i 2001 efter bl.a. at have været indehaver af en balletskole og senere sygehjælper. Opsagt fra sin stilling pr. 1. februar 2011, fordi sygehuset lukkes.

Du overvejer at gå på efterløn – hvorfor?

"Jeg har et ønskejob på dagkirurgisk afsnit på Hørsholm Sygehus. Afdelingen er velfungerende og effektiv, og alle – ikke mindst patienterne – trives godt. Arbejdstiden ligger fra 7-17. Men efter sommerferien faldt bomben. Hørsholm Sygehus skulle lukkes for bestandigt. Datoen for lukning kom dog først i slutningen af november, og i december fik over halvdelen af personalet at vide, at de var fyret. I det hele taget er alle beslutninger blevet trukket i langdrag, og vi er hele vejen igennem blevet dårligt behandlet af regionen. Hvis min arbejdsplads kunne fortsætte, ville jeg ikke være til at smide ud, men nu overvejer jeg at gå på efterløn. Det er for hårdt at være på en sengeafdeling med skiftende vagter. Men dukker der et attraktivt job op, kan det godt være, at jeg fortsætter."

Hvad synes du om, at politikerne vil afskaffe efterlønnen?

"Egentlig går jeg ind for, at efterlønnen bliver afskaffet, for mange af os er for friske til bare at gå hjemme. Personligt har jeg ikke været i faget så mange år, og jeg har masser af energi. Men jeg kan godt forstå andres behov for efterløn, for jobbet som sygeplejerske kan være hårdt."

Færre sygeplejersker på efterløn

Ifølge tal fra Danske Sundhedsorganisationers A-kasse, DSA, gik 25,6 pct. af de 60-årige sygeplejersker på efterløn i 2006. Den andel var faldet til 17,6 pct. af de 60-årige i 2010. Det svarer til et fald på 31 pct.

I 2010 var 47,1 pct. af alle sygeplejersker mellem 60 og 65 gået på efterløn, hvilket er et fald på 11 pct. i forhold til 2006.

Kilde: DSA.

Du bliver et kendt ansigt

De første par gange, du logger ind, vil du måske få vist nogle artikler og nyheder, som ikke umiddelbart passer til dig. Det er, fordi søgemaskinen lige skal lære dig at kende, før den kan blive klog på dig. Jo mere du bruger hjemmesiden, jo mere vil du opleve at få vist det indhold, der interesserer dig. Hjemmesiden vil løbende blive videreudviklet med flere features.

Find andre, eller bliv fundet

Du kan blive fundet af andre sygeplejersker, f.eks. gamle studiekammerater, eller du kan finde andre via hjemmesiden, men det kræver, at man gør sin profil "offentlig". Du kan også søge på sygeplejersker, der arbejder med det samme som dig eller har lignende interesser.

Nye grupper

Med den nye hjemmeside er der kommet en ny gruppefunktion, hvor du kan kommunikere med en gruppe af sygeplejersker. De eksisterende grupper, der var på den gamle hjemmeside, vil ikke automatisk blive flyttet, men vil fortsat være tilgængelige. Vil du flytte gruppen, så I kan bruge de nye funktioner, kan du oprette en ny gruppe og dernæst invitere alle medlemmer i den gamle.

Se din TR

På "Min side" kan du se, hvem der er din tillidsrepræsentant. Som noget nyt kan tillidsrepræsentanterne også se, hvem han eller hun repræsenterer.

Webshop

Bøger, dvd og T-shirts har Dansk Sygeplejeråd solgt via hjemmesiden i mange år. Nu åbner en rigtig webshop, hvor det er muligt at betale med dankort. I løbet af 2011 vil der løbende komme forskellige produkter med interesse for sygeplejersker.

Nyt design

Slagkraft, inspiration og troværdighed. Det er signaler, Dansk Sygeplejeråd ønsker at kommunikere. I designet kommer det til udtryk i et meget enkelt udtryk med et forstørret kløverblad i klare farver, der ligger ned over siderne fra øverste højre hjørne. Grænsen mellem kløverbladet og den hvide baggrund er skarp og symboliserer tydelighed. Det forstørrede kløverblad bliver kaldt supergrafikken og er hentet fra det over 100 år gamle emblem. Under "Min side" kan du selv vælge den farve, du foretrækker, til supergrafikken.



Log på hurtigt og vind gode præmier

Kom med fra starten på det nye www.dsr.dk Hvis du er blandt de første 500, der logger ind, er du med i en konkurrence. Præmierne er 10 gavekort til Matas på 500 kr. hver og 10 lækre løbetrøjer fra Dansk Sygeplejeråd. Det eneste, du skal gøre, er at logge ind og udfylde din profil, når hjemmesiden er i luften fra 31. januar. Vinderne får direkte besked.



31.01.

Glæd dig til den nye hjemmeside

Megamenuerne er striben af menupunkter øverst i billedet. De bliver kaldt megamenuer, fordi de hver folder et vindue op, der nærmest er en side i sig selv. Megamenuerne er beregnet til at navigere rundt på hjemmesiden.

Søgningen er væsentligt forbedret. Når du får et søgeresultat, kan du filtrere resultatet i forhold til indholdstype og afsender. Derved bliver det nemmere at finde frem til f.eks. et arrangement i Kreds Nordjylland eller en artikel fra Sygeplejersken. Samtidig vurderer søgemotoren resultaternes relevans og prioriterer visningen.

Log-in er nødvendigt. Når du er logget ind, kan du på "Min side" finde indhold i forhold til din profil. F.eks. interesser, arbejdssted og -område. Du kan logge ind på to måder:

1. Log-in med NemID. (Har du ikke NemID eller problemer, kan du læse mere på www.nemid.nu)
2. Log-in med pinkode. Du kan logge ind med dit medlemsnummer eller cpr-nummer kombineret med den pinkode, du har fået med brev fra Dansk Sygeplejeråd i januar.

Målgrupper – Arbejdsmiljørepræsentanter, ledere, seniorer, studerende og tillidsrepræsentanter har deres egne sider. Tilhører man en af disse grupper, vil det stå på "Min side". Fra forsiden er der link, så alle – uden at logge ind – kan læse, hvad Dansk Sygeplejeråd tilbyder disse grupper.

Kredsene har egne sider. Med klik på Danmarkskortet er du straks på din lokale kreds' side.

Faglige selskaber har deres egen indgang.

The screenshot shows the homepage of Dansk Sygeplejeråd. At the top, there is a navigation bar with links for 'Forside', 'Min side', 'Fag & Viden', 'Karriere & Netværk', and 'Om DSR'. A search bar is located on the right. The main content area features a large 'Velkommen til DSR online' banner with a video player. To the right of the banner is a login section titled 'ER DU MEDLEM AF DSR?' with fields for 'Medlemsnr. eller CPRnr.' and 'Adgangskode', and a 'LOG IND' button. Below the banner are sections for 'MELD DIG IND', 'NYHEDER', and 'PRESSE'. At the bottom, there is a footer with contact information and a list of links for 'DANSK SYGEPLEJERÅD', 'MIN SIDE', 'FAG & VIDEN', 'KARRIERE & NETVÆRK', 'OM DSR', and 'ØVRIGE WEBSITE'.

Tre indgange i bunden går til indhold, der ikke kræver log-in som f.eks. nyheder, medlemsinformation og beskrivelse af de forskellige grupper i Dansk Sygeplejeråd som f.eks. kredsene, SLS og Lederforeningen.

Links finder du i det store grå felt i bunden af siden. Her kan du se, hvilke links andre benytter, og det kan være en inspiration for dig.

Presse har fået en stor indgang på forsiden. Her kan du få et overblik over artikler fra den danske presse, hvor Dansk Sygeplejeråd er nævnt. Det er også indgang for journalister, der skal i forbindelse med organisationen.

Samtalen giver patienten tryghed

AF MADS KRØLL CHRISTENSEN, JOURNALIST • FOTO: SIMON KLEIN-KNUDSEN

Brystkirurgisk Afdeling F på Herlev Hospital behandler 750-800 nye brystkræfttilfælde om året og er netop blevet reduceret fra 14 til seks senge. Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen drog i klinik på afdelingen, hvor gode kommunikationsevner er et grundkrav.

"Vi yder ikke meget fysisk pleje. Til gengæld stiller jobbet store krav til vores kommunikationsevner. Vi har mange samtaler med patienterne, og derfor har vi stor erfaring i at afdække deres behov," fortæller sygeplejerske Lotte Johnsen, mens hun og Grete Christensen bevæger sig ned ad en af de mange gange, som skærer sig på kryds og tværs gennem Brystkirurgisk Afdeling på Herlev Hospital. Målet er et af afdelingens sengeafsnit, hvor Lotte Johnsen, sygeplejerske Christina Bruun og Grete Christensen skal klargøre en patient til operation.

Fysiske rammer strammer

Hver morgen mødes sygeplejerskerne og holder dét, de kalder "15 faglige minutter", hvor forskellige sygeplejefaglige problemstillinger debatteres.

"Vores sengeafsnit er netop (den 20. december 2010, red.) blevet reduceret fra 14 til seks senge. Afdelingens fysiske rammer er blevet mere trange. Det skal vi i fællesskab have fundet nogle løsninger på," fortæller ledende oversygeplejerske Birgitte Andersen.

Netop det kollegiale fællesskab er i højsædet på afdelingen, der er præget af en stor aldersspredning.

"Vi har lige sagt farvel til en 68-årig sygeplejerske, der gik på pension. Vi gør meget for at holde på de erfarne sygeplejersker. Eksempelvis har vi en seniorordning, hvor sygeplejersker, der runder 60 år, kan gå på deltid, men få fuld pensionsindbetaling," fortæller Birgitte Andersen.

Kort liggetid og fast tjekliste

Afdelingen gennemfører 4-8 operationer dagligt. Og med en enkelt firesengsstue og en tosenngsstue er afdelingen i spidsperioder tæt befolket. Det stiller store krav til den gennemsnitlige liggetid, der er helt nede på 1,1 dag.



Sammen med sygeplejerske Lotte Johnsen (tv.) deltager Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen i en postoperativ samtale med en patient. Sygeplejerskerne og patienten taler bl.a. om, hvordan patientens familie har tacklet situationen, og om patienten har fulgt sit træningsforløb. De drøfter hendes fysiske tilstand, og hendes sår bliver tilset. De postoperative samtaler holdes ca. en uge efter operationen og varer omkring 30 minutter. Patienten på billedet har ønsket at være anonym.



Afdelingen har et såkaldt proteserum, hvor sygeplejersker og patienter taler om mulighederne for brystproteser. Samtalen ligger typisk to til fem dage efter operationen. Langt de fleste patienter vælger at få en protese.

Fakta om Brystkirurgisk Afdeling

Brystkirurgisk Afdeling blev etableret i år 2000. Afdelingen har et optageområde, som dækker ca. 750.000 indbyggere. Statistisk set svarer det til mellem 750 og 800 nye brystkræfttilfælde årligt. I 2009 fik afdelingen Region Hovedstadens kvalitetspris for beskrivelse og organisering af patientforløb for patienter med brystkræft. Inklusive ledelsen er ansat 36 sygeplejersker på Brystkirurgisk Afdeling. Derudover er ansat en enkelt social- og sundhedsassistent samt et antal læger og lægesekretærer.

Kilde: Brystkirurgisk Afdeling, Herlev Hospital.



"Ved de brystbevarende operationer går patienterne ofte hjem samme dag. I sidste uge havde vi en 98-årig patient, som tog hjem, samme dag som hun var blevet opereret," fortæller Lotte Johnsen, da hun sammen med Grete Christensen når frem til sengeafsnittet, hvor Christina Bruun allerede er ved at klargøre patienten.

"Vi har en fast tjekliste, som vi gennemgår inden hver operation. På den måde er vi sikre på, at alt er, som det skal være," fortæller Lotte Johnsen.

Da listen er gennemgået og patienten klargjort, begiver Christina Bruun og Grete Christensen sig af sted mod operationsgangen, der ligger 14 etager længere nede i det høje hospital.

Følger patienten

"Vi sygeplejersker varetager funktioner både i ambulatoriet, sengeafsnittet og på operationsgangen. Vi følger "vores egne patienter" i alle funktioner. Det er en stor fordel, fordi det skaber tryghed for patienten

Sygeplejerske Christina Bruun (th.) og Grete Christensen på operationsstuen på 4. etage. Patienten er ved at blive klargjort til operationen og har bl.a. fået en lille plade på låret, som sikrer jordforbindelsen. Patienten har også fået et varmetæppe over sig. Indgrebet foretages ved højre armhule, derfor ligger patienten med sin arm ud fra siden.

Sygeplejerskerne Christina Bruun (tv.) og Lotte Johnsen fortæller Grete Christensen, hvordan de forbereder sig på postoperative patientsamtaler.

terne og faglig tilfredsstillelse for os sygeplejersker," siger Christina Bruun til Grete Christensen, mens de sammen med den sengeliggende patient og en portør venter på en ledig elevator.

Christina Bruun taler hele tiden med patienten i elevatoren og på vej gennem junglen af gange på hospitalets 4. etage. Stemmen er beroligende og fagligt sikker. På operationsstuen fortsætter Christina Bruun dialogen med patienten, indtil hun skal bedøves og opereres.

Afdelingen har vakt respekt hos Grete Christensen. Da hun og Christina Bruun forlader operationsstuen, siger hun:

"Afdelingens høje faglige niveau er meget imponerende. Sygeplejerskerne virker utroligt kompetente, og de udstråler en ro og sikkerhed, som smitter meget positivt af på patienterne."

mkc@dsr.dk



Minna Ravnsborg (70), Amalie Høeg-Petersen (24) og Ann Ravnsborg (49) betragter emblemet, som fra 2012 bæres af Minnas barnebarn.

Emblemet går i arv

AF SØREN PALSBO, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

Dansk Sygeplejeråds firkløver betyder meget for en nu pensioneret sygeplejerske, hendes datter og barnebarn. Men deres valg af sygeplejefaget var ikke givet på forhånd.

Minna, Ann og Amalie er tre generationer, som – foruden stamtræet – har sygeplejen til fælles. 70-årige Minna blev autoriseret som sygeplejerske i april 1962 og er nu pensioneret, datteren Ann på 49 blev autoriseret sygeplejerske i 1988, og Anns 25-årige datter Amalie er godt på vej som sygeplejestuderende og kan se frem til at have afsluttet grunduddannelsen om et år.

Sygeplejefaget og sygeplejerskernes firkløveremblem betyder meget for dem alle tre. Når Amalie tidligt i 2012 kan kalde sig autoriseret sygeplejerske, bliver det et helt særligt firkløver, hun kan sætte på brystet. Emblemet vil nemlig have to med-

lemsnumre på bagsiden. Et firecifret nummer, som fortæller, at emblemet har været udleveret for mange år siden, og et nyt sekscifret medlemsnummer. Amalie overtager nemlig sin mormors kløveremblem. Denne mulighed for at "arve" et emblem kan medlemmer af Dansk Sygeplejeråd benytte sig af efter aftale med emblemadministrationen i Dansk Sygeplejeråd.

Ville være økonomisk uafhængig

Der var ikke andre sygeplejersker i familien, da Minna Ravnsborg valgte sygeplejefaget i 1958:

"Det var ikke så almindeligt, at piger fik en faglig uddannelse dengang. I hvert fald ikke i vores familie," siger hun og tilføjer, at hun tidligt besluttede, at hun selv ville have et arbejde og en indtægt, så hun ikke var afhængig af en ægtefælle. Som den ældste af fire søstre var der måske også tale om, at et "omsorgs-

gen" spillede ind, siger hun med et smil. Hun blev færdig med grunduddannelsen fra Vejle Sygeplejerskole i 1962. Det blev til 43 aktive år som sygeplejerske – alle på Horsens Sygehus, de seneste 35 år på gynækologisk afdeling. Selv om Minna ikke har skiftet arbejdssted i mange år, har arbejdet alligevel været afvekslende, synes hun.

Datteren Ann regnede ikke med, at det var sygeplejerske, hun skulle være. Men da hun havde sin gang på Horsens Sygehus – i et job med rengøring – fik hun alligevel lyst til at prøve sygeplejefaget. Det overraskede hendes mor. Uddannelsen fik Ann ved Sankt Lucas Stiftelsens sygeplejerskole i 1988.

"Sygeplejeuddannelsen er meget bred, og jeg kan godt lide, at mit arbejde er afvekslende hver eneste dag," siger hun. Hendes arbejdsplads er lungemedicinsk ambulatorium på Gentofte Hospital, og

Firkløverens historie

Selv om Dansk Sygeplejeråds bomærke med en firkløver omgivet af organisationens navn er blevet forenklet en smule på tryksager i flere omgange, så er selve emblemet uforandret, siden organisationen blev stiftet i 1899.

Firkløveren betyder lykke i arbejdet, den røde bundfarve symboliserer kærlighed og omsorg, og farvesammensætningen hvidt/rødt signalerer "dansk". Skriften med organisationens navn er fortsat udført i den karakteristiske skønvirkestil, som var den nordiske udgave af jugend og udbredt omkring 1900.



blandt arbejdsopgaverne er funktionen som rygestopinstruktør.

Tredje generation til Australien

Det var bestemt heller ikke givet på forhånd, at Anns datter Amalie skulle være sygeplejerske.

"Jeg er ikke blevet advaret imod at gå ind i sygeplejen, men det er heller ikke noget, som er blevet presset ned over hovedet på mig. Det er den rigtige beslutning," siger Amalie, som glæder sig til, at hun som led i uddannelsen i nærmeste fremtid skal tre måneder i praktik på en kirurgisk afdeling i Sidney, Australien.

Amalie er under uddannelse på Diakonissestiftelsens sygeplejerskole. I februar 2012 eller deromkring venter der hende et autorisationsbevis som sygeplejerske og et helt specielt emblem fra Dansk Sygeplejeråd.

sp@dsr.dk

Formanden 27 pladser frem på magtliste

AF SØREN OLUFSEN, JOURNALIST

Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen, er nummer 20 på Dagens Medicins liste over de 100 mest magtfulde personer i det danske sundhedsvæsen. Dermed er sygeplejerskernes formand sprunget 27 pladser frem på magtlisten siden sidste år. Flere eksperter kalder det en flot placering.

Formanden for Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen har i år taget et stort spring op ad Dagens Medicins liste over de mest magtfulde personer i sundhedsvæsenet. Formanden ligger i øjeblikket nummer 20 på magtlisten. Sidste år lå Grete Christensen som nyvalgt formand nummer 47. Dermed går sygeplejerskernes formand 27 pladser frem på bare et år.

Placeringen bliver anerkendt af direktør i Kræftens Bekæmpelse, Leif Vestergaard, som er en af de eksperter, der har været med til at udarbejde årets magtliste.

"Det er en flot placering. Og det er udtryk for, at DSR og formanden for DSR er anerkendt, og at der bliver lyttet, når organisationen siger noget," siger Leif Vestergaard.

Med til at bedømme de mest magtfulde personer i sundhedsvæsenet var også Jes Søgaard, professor og direktør for Dansk Sundhedsinstitut. Han istemmer, at Grete Christensens placering som nummer 20 på magtlisten er flot, også set i lyset af, at

hun kun har været formand i ca. halvandet år.

"For hende personligt er det godt. For det tager ofte flere år at få opbygget en stærk position i sundhedsvæsenet. Hvis Grete Christensen om fem år ligger nummer 20, så er det ikke tilfredsstillende, men lige nu er det en stærk placering," lyder det fra Jes Søgaard.

Ingen sygeplejersker i dommerkomité

Chefredaktør på Dagens Medicin, Kristian Lund, har ikke været med til at lave magtlisten, men lægger især mærke til, at Grete Christensen ligger foran både Lægeforeningens formand, Mads Koch Hansen, og de praktiserende lægers formand, Henrik Dibbern.

"Jeg synes, hun skal sammenligne sig med, hvordan lægernes egne organisationsfolk placerer sig. Og der synes jeg, hun ligger rimeligt komfortabelt. Og det er flot, fordi der i dommerkomitéen ikke sidder nogen sygeplejersker, og det er en fejl," siger Kristian Lund, som understreger, at Dagens Medicin vil forsøge at få en markant sygeplejerske med i den kommende dommerkomité.

Dagens Medicins magtliste toppes i år af regionernes formand, Bent Hansen (S), mens indenrigs- og sundhedsminister Bertel Haarder (V) er nummer to, og statsminister Lars Løkke Rasmussen (V) kommer ind på tredjepladsen.

”Måske er øjeblikket kommet, hvor diskussionen om efterløn og den fremtidige arbejdsstyrke ikke kun skal handle om økonomiske reformer og incitament, men om sundhedspolitiske reformer.

Professor, dr.med., Københavns Universitet, Finn Diderichsen i Politiken den 4. januar 2011.

Nye ledere i Sverige og Finland

De svenske sygeplejersker organiseret i Vårdförbundet skal vælge ny formand på den kommende kongres i maj. Formanden for organisationens 110.000 medlemmer, Annakarin Eklund, har meddelt, at hun ikke genopstiller med henvisning til problemer med eget helbred. I Finland har sygeplejerskerne netop valgt ny præsident for en tre-årig periode. Merja Merasto afløser Katriina Laaksonen, som har stået i spidsen for de finske sygeplejersker i 12 år.

(hbo)

Forhandlingerne trin for trin

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST

Når den nye overenskomst forhåbentlig træder i kraft den 1. april 2011, er det resultatet af en lang række møder og forhandlinger mellem medarbejdere og politikere i Sundhedskartellet, Danske Regioner, KL og staten. Læs her om bearbejdet.

Kigger man på tidslinjen over OK 11 herunder, kan det se ud, som om de nye overenskomster kan forhandles hjem på få politiske møder mellem Sundhedskartellet og arbejdsgiverne. Men det er langt fra tilfældet.

De oplyste mødedatoer på tidslinjen som f.eks. den "25. januar 2011: Sundhedskartellets egne forhandlinger med RLTN" er nemlig kun udtryk for, hvornår de beslutningsdygtige forhandlere som Grete Christensen og Jens Stenbæk mødes og forhåbentlig kan indgå nogle overenskomstaftaler på allerede definerede områder. Inden deres møde har medarbejdere fra Sundhedskartellets 11 organisationer og arbejdsgiverne gjort deres for at skabe enighed mellem forhandlingsparterne.

Hvor er de uenige?

Arbejdet foregår først og fremmest i det, der kaldes tekniske arbejdsgrupper, som i skrivende stund (19. januar 2011) bl.a. er blevet nedsat på områderne lokal løndannelse, arbejdstid, ligestilling samt faglig og professionsrettet udvikling. De tekniske arbejdsgrupper består af sekretariatsmedarbejdere fra både arbejdsgiver- og arbejdstagerside. De kender de forskellige områder detaljeret og har derfor primært til opgave at afdække, hvor Sundhedskartellet og arbejdsgiverne er enige og uenige. De tekniske arbejdsgrupper mødes ofte flere gange, da medarbejderne kan have brug for at gå tilbage til de respektive organisationer for at afklare tvivlsspørgsmål eller i enkelte tilfælde få mandat til



at forhandle videre på et givent område. En anden opgave er desuden at regne på, hvad de forskellige aftaler koster. Ønsker Sundhedskartellet f.eks. mere barsel til medlemmerne, koster det en del af den samlede ramme.

Mindst muligt til forhandling

1-2 uger før et politisk møde smøger endnu en arbejdsgruppe ærmerne op, den såkaldte tekniske forhandlingsdelegation, som består af en række forhandlingschefer og medarbejdere fra Sundhedskartellets organisationer samt arbejdsgiverne. De tager over, hvor de tekniske arbejdsgrupper slipper, og kan qua deres stillinger nogle gange nå lidt længere i forhandlingerne.

De to forskellige arbejdsgruppers fornemmeste opgave er at sikre, at der er så få områder som muligt tilbage at forhandle om, når de politiske og beslutningsdygtige forhandlere mødes. Nogle gange kan arbejdsgrupperne nå så langt, at et område egentlig er forhandlet helt færdigt, når f.eks. Grete Christensen og Jens Stenbæk mødes, og tilbage står "blot" underskrifterne på aftalerne. Andre gange viser arbejdsgruppernes arbejde, at Sundhedskartellet og arbejdsgiverne er så langt fra hinanden, at de politiske forhandlinger kan strække sig over flere dage eller helt bryde sammen.

2011					
November	December	Januar	Februar	Marts	April
<p>22.: Sundhedskartellet (SHK) udveksler krav med Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Kommunernes Landsforening (KL).</p> <p>25.: Mundtlig kravpræsentation med RLTN og KL.</p>	<p>15.: Centralorganisationernes Fællesudvalg (CFU) sender de statsansattes krav til Finansministeriet/ Personalestyrelsen.</p> <p>16.: Første forhandlingsmøde mellem finansministeren og CFU.</p> <p>17.: Første politiske forhandlingsmøde med RLTN og KL.</p>	<p>11.: Forhandlinger om overordnede krav på statsområdet mellem CFU og finansministeren.</p> <p>17.: Forhandlingsmøde på statsområdet om sosu-undervisere.</p> <p>21.: Tværgående forhandlinger med Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN).</p> <p>24.: Forhandlingsmøde på statsområdet om undervisere ved professionshøjskoler.</p> <p>25.: Sundhedskartellets egne forhandlinger med RLTN.</p> <p>25.: Sundhedskartellet forhandler med Kommunernes Landsforening (KL).</p> <p>27.: Forhandlinger om overordnede krav på statsområdet mellem CFU og finansministeren.</p>	<p>11.: Tværgående forhandlinger med RLTN.</p> <p>14.: Sundhedskartellets egne forhandlinger med RLTN.</p> <p>25.: Tværgående forhandlinger med RLTN.</p> <p>26.: Sundhedskartellets egne forhandlinger med RLTN.</p> <p>27.: Sundhedskartellet forhandler med Kommunernes Landsforening (KL).</p>	<p>Urafstemningsmateriale udsendes, og urafstemning gennemføres. Evt. varsling af konflikt.</p>	<p>1.: Ny overenskomst er godkendt, eller – hvis der ikke er opnået et forhandlingsresultat, eller forhandlingsresultatet forkastes ved urafstemning – en varslet konflikt begynder. I tilfælde af forhandlingsammenbrud kan Forligsinstitutionen overtage ledelsen af fortsatte forhandlinger, og forligsmanden kan evt. udsætte en varslet konflikt i op til to gange 14 dage.</p>

... fra andre medier om løn og overenskomstforhandlinger.

Efterlønstop skal trykke din løn

Du troede måske, at efterlønnen skal afskaffes, fordi Danmark kan spare penge. Men det er ikke hele sandheden. Den skal afskaffes for at få dig til at gå ned i løn, hvis du spørger Dansk Arbejdsgiverforening. "Ved at afskaffe efterlønnen kan vi bremse lønstigningerne. Hvis vi skal skabe arbejdspladser her i landet fremover, må lønnen ikke stige, som den har gjort hidtil," siger Erik Simonsen, chefkonsulent i Dansk Arbejdsgiverforening. Når en masse efterlønnere kastes ud på arbejdsmarkedet, må danskerne kæmpe om jobbene, og dermed vil lønmodtagerne blive mindre krævende på lønfronten. Denne følgevirkning er Arbejderbevægelsens Erhvervsråd enig i.

"Det er klart, at jo mere kamp, der er om jobbene, jo mere går det ud over lønstigningerne," siger Martin Madsen, økonom og chefanalytiker hos AE-rådet. Ifølge ham vil en afskaffelse af efterlønnen ramme arbejdernes løn langt hårdere end de veluddannedes.

MetroXpress, den 19. januar.

Staten ansætter ikke seniorer

Vi vil så gerne have, at du arbejder nogle flere år. Det er det klare budskab fra regeringen, som på den konto vil afvikle efterlønnen. Men det er ikke i regeringens egne ministerier eller nogen andre steder i staten, at gråhårede skal gøre sig håb om at få et job, så de kan blive ved, til de er 70 år eller mere. Det viser en opgørelse udarbejdet for Ugebrevet A4 af Personalestyrelsen under Finansministeriet. Opgørelsen viser, at blandt de 15.800, der blev nyansat i staten i 2009, havde kun 283 rundet de 60 år. Det svarer til en andel på under 2 pct. Den stort set lukkede dør i staten for de gråsprængte forarger Thora Petersen, som er formand for HK/ Stat: "Tallene bekræfter vores anelse om, at det er svært at blive ansat i staten, når man er oppe i årene. Det er rent politisk hykleri, når regeringen ved at afvikle efterlønnen vil presse flere ældre til at blive på arbejdsmarkedet, og samme regering ikke for alvor ønsker at gøre brug af den ældre arbejdskraft."

Ugebrevet A4, den 17. januar.

Forbund vil kæmpe for seniorfridage

Seniorer i den offentlige sektor kan måske snart vinke farvel til de seniorfridage, de fik med overenskomsten i 2008, frygter 3F. "Vores medlemmer er glade for ordningen og vil have mere af den, så det fylder meget ved overenskomstforhandlingerne. For folk har brug for de her åndehuller," siger Ellen K. Lykkegaard, formand for Den Offentlige Gruppe i 3F. De kommunalt ansatte har – afhængigt af alder – haft 2-4 årlige seniorfridage siden 2008, og seniorer på det regionale og statslige område har nydt godt af en særlig seniorbonus, som de har kunnet omveksle til fridage, penge eller mere pension. Men det kan snart være slut.

"De statslige og regionale arbejdsgivere har sagt, at de vil af med ordningen. Men det har været en bragende succes, så det er vigtigt, at vi kommer ud med noget der," siger Ellen K. Lykkegaard.

Newspaq, den 10. januar.

LIVSLINIEN - SØGER RÅDGIVERE

Bliv frivillig på Livslinien og hjælp mennesker til at se andre løsninger end selvmordet.

Du vil blive en del af en professionel rådgivning med et stærkt fagligt og socialt netværk.

Du skal have lyst til at engagere dig helhjertet gennemsnitligt 4 timer om ugen, og have en relevant faglig baggrund.

Rådgivningen varetages fra gode lokaler i Nyhavn i København.



Ansøgningsfrist den
7. februar 2011

Send din ansøgning til
frivillig@livslinien.dk

Læs mere på
www.livslinien.dk

LIVSLINIEN
forebygger selvmord
fremmer trivsel

Giv din tid

– PsykiatriFondens Telefonrådgivning
søger frivillige telefonrådgivere med
relevant baggrund

- Du får grundig oplæring, supervision og efteruddannelse
- Du tilbydes gratis kurser inden for psykologi og psykiatri
- Du får erfaring med rådgivende og støttende samtaler

Ansøgningsfrist den 2. marts 2011 kl. 12.

Læs mere på www.psykiatrifonden.dk



decuheel™ mod tryksår



PAT. PEND.

- **Økonomisk**, sparer håndterings- og vaskeomkostninger og koster under halvdelen af eksisterende produkter
- **Åndbar**, fjerner fugt og er derfor behageligt tør og ikke for varm
- **Hygiejnisk**, bruges kun til én patient

ØKONOMISK
ÅNDBAR
HYGIEJNISK

Bestil på www.decumed.com og se mere eller ring 35 307 007

decumed
The cure is care

SILENTIA SKÆRMSYSTEM

Rent design, fleksibel funktion



Book tid for
GRATIS FREMVISNING
af en Silentia foldeskærm
på telefon 39 90 85 85
eller mail
info@silentia.dk

Silentia foldeskærme er svaret på de krav, som stilles til afskærmning indenfor sygeplejen. Systemet er godt gennemtænkt, fleksibelt i monteringen og kan tilpasses ethvert patientrum. Du får et godt overblik over stuen, ligesom patienternes privatliv sikres. Silentia's foldeskærme er lette at holde rene, lukker ikke lyset ude og har et flot design.

- Giver overblik og slipper lyset ind
- Mobil eller fast monteret
- Let at rengøre



SKÆRMER AF UDEN AT LUKKE INDE

Silentia ApS – Tel: 39 90 85 85 • Fax: 72 62 31 00
info@silentia.dk • www.silentia.dk

Redaktion: Jette Bagh, fagredaktør, og Bente Sivertsen, chefkonsulent

Artiklerne i FAG er valgt, så der er bredde og variation i emner og fremstilling.

De er godkendt efter sygeplejefaglig vurdering og vejledning

Indholdet skal være nyttigt for sygeplejersker indenfor mange grene af sygeplejen og styrke en professionel tilgang til fag og patienter.

Sygeplejerskens læringsartikler har været igennem fagfælle bedømmelse, videnskabelige artikler har været igennem dobbelt blind peer review hos to bedømmere i Sygeplejerskens videnskabelige panel.

Se panelet på: www.sygeplejersken.dk

Redaktionen forbeholder sig ret til lagring og elektronisk udgivelse af alle artikler.

Ideer, artikelforslag eller spørgsmål kan sendes til jb@dsr.dk eller bes@dsr.dk



– FRA FAGPERSON TIL FAGPERSON

INDHOLD

- 54** Faglig information
- 56** Sygepleje til den døende patient med smerter
 - 61** Hvad forstår patienterne ved fejl?
 - 66** Fem udfordringer til afdelingsledelsen

Triage i pædiatrien

AF CLAUS SIXTUS JENSEN, MHSC (NURS)

Triage er en måde at prioritere på, så patienterne bliver behandlet i den rigtige rækkefølge. Børneafdeling A, Skejby Sygehus, har netop udviklet en triagemodel specifikt til pædiatrien.

Der er igennem de seneste årtier både nationalt og internationalt sket store ændringer inden for den akutte pædiatri. Antallet af indlæggelser af børn er øget samtidig med, at indlæggelsestiden er reduceret fra 4,8 dage i 1995 til 3,9 dage i 2005. Kort-tidsafsnit såsom børnemodtagelser er etableret for at imødekomme dette øgede pres på de pædiatriske sengeafdelinger (1).

I en børnemodtagelse modtages akut syge børn og deres forældre af en børnesygeplejerske og en læge, der vurderer barnets tilstand, indsamler data om sygdomsforløbet, informerer, vejleder og opstarter behandling, hvis det er nødvendigt. Børnene kan ofte færdigbehandles i børnemodtagelsen og efterfølgende sendes hjem efter observation i kortere eller længere tid.

I børnemodtagelser vil der ofte være flere børn samtidig med forskellige sygdomme og individuelle behov for intervention, hvorfor man ikke kan se børn i den rækkefølge, som de er ankommet. Det vil derfor være oplagt at implementere et redskab til struktureret vurdering og prioritering af akut indlagte børn.

Triage betyder egentlig sortering og er oprindeligt et fransk udtryk, som nu oftest bruges i betydningen prioritering. Triage er en måde at prioritere på, så patienterne bliver behandlet i den rigtige rækkefølge, fordi triageringsprincipperne inddeler pa-

tienterne i forskellige kategorier, som bestemmer, hvilke børn der har behov for tilsyn først, og fastlægger en løbende revurdering – afhængigt af sværhedsgraden – af børnenes sygdom (2).

Den enkelte triagegrad er baseret på vitale parametre, patientens symptomer og sygeplejerskens observationer. Triage kan således gøres ud fra et klinisk skøn eller efter en valideret metode. Flere skadestuer i Danmark er begyndt at arbejde med triage og har implementeret forskellige modeller. Fælles for dem er, at de ikke er anvendelige til den pædiatriske patient, da de bygger på vitalparametre for voksne og en række symptomkort også baseret på den voksne patient. Der findes nogle få internationale pædiatriske triagemodeller, som ikke er tilpasset det danske sundhedsvæsen. Der arbejdes derfor i øjeblikket ikke systematisk med initial vurdering af børnene, når de indlægges akut, dette gøres ud fra den enkelte sygeplejerskes faglige skøn. Derfor er der brug for en model og et system, der kan bruges til at vurdere børnene initialt og prioritere rækkefølgen af tilsynene. Børneafdeling A, Skejby Sygehus, har derfor udviklet en ny triagemodel specifikt til pædiatrien, der forventes at skabe større systematik og dermed større sikkerhed for patienterne. Personalet i børnemodtagelsen forventes også at opleve større faglig tryk i spidsbelastningsperioder – da de nu får et redskab til systematisk vurdering og prioritering af børnene. Samtidig er Skejby's pædiatriske triagemodel kompetenceudviklende og -givende, da den er med til at fastholde sygeplejerskerne i at tænke struktureret ud fra evidensbaseret viden. Efter implementering af Skejby's

Taler vi med patienterne om det rigtige?

AF HELENE MARCUSSEN, KIRSTEN LINDVIG OG RIKKE LAIGAARD, SYGEPLEJERSKER

Taler vi om det, patienterne har brug for, det svære og det, som fylder mest i patienternes tanker? Dette blev i 2010 genstand for en mindre spørgeskemaundersøgelse blandt 27 patienter, som var indlagt og opereret for en gynækologisk cancersygdom på Gynækologisk Klinik på Rigshospitalet. Undersøgelsen viste et positivt, men også tankevækkende resultat.

Undersøgelsen var et led i sygeplejerskernes kompetenceudvikling i forhold til den svære samtale. Cancerpatienterne blev derfor spurgt, hvad de var mest optagede af, efter at de var blevet informeret af lægen omkring operationsresultatet. Hertil svarede størstedelen, at de var mest optagede af emnerne helbredelse, den efterfølgende behandling og "følelserne omkring det hele".

Undersøgelsen viste, at det svære for patienterne ikke var et konkret emne. Det svære var alt det kaotiske og abstrakte. "Det er stadig så frisk og nyt, at det er svært at sætte ord på," skriver en af respondenterne. "Tankerne farer rundt, og derfor er det også fint, at sygeplejerskerne tager initiativet," skriver en anden. "Fremtiden, operationen er gået godt, men hvad med næste skridt? Jeg bliver ked af det – tænker, om det har været nytteløst, det jeg har været igennem."

Patienterne i denne undersøgelse var tydeligt forvirrede og tankefulde, men ikke i stand til at konkretisere det specifikt, og

dermed ikke i stand til at forholde sig til det endnu. Dette må sygeplejerskerne hele tiden være bevidste om at hjælpe med til.

Undersøgelsen, der er lavet i samarbejde med kommunikationsrådgiver Linda Svenstrup Munk og uddannelsesansvarlig sygeplejerske Susan Munk Simonsen, viste, at over 62 pct. af patienterne havde talt op til flere gange med sygeplejerskerne om de kliniske og fysiske områder som behandlingen, diagnosen og deres smerter. Til gengæld havde langt færre talt flere gange med sygeplejerskerne om psykosociale emner som seksualitet (3 pct.), arbejde (3 pct.) og om familie og venner (7 pct.). Her sporer vi en klar tendens til, at kommunikationen mellem sygeplejerske og patient primært handler om eller tager udgangspunkt i fysiske områder. Dette er også vist i andre undersøgelser, hvor op til 82 pct. af kommunikationen mellem sygeplejersker og patienter handler om sygdom og behandling. Kun 3 pct. omhandler følelsesmæssige og psykosociale ting. Bl.a. fordi det kan være svært for sygeplejerskerne at spørge ind til disse områder (1).

85 pct. af de adspurgte patienter i denne undersøgelse mente dog, at de havde fået mulighed for at tale om det, de havde brug for. Men tendensen til at tale mest om fysiske emner bringer nye spørgsmål på banen: Hvordan taler vi egentlig bedst med patienterne om psykosociale emner som f.eks. hverdagen, familien og

I palliationens tegn

pædiatriske triagemodel er man nået et langt stykke i forhold til at optimere patientsikkerheden, og efter en validering forventer vi, at modellen vil kunne foldes ud til de øvrige børnemodtagelser og skadestuer i Danmark. Der er dog et stort ønske om at etablere et logistiksystem, som understøtter det kliniske arbejde. Et system, hvor alle hele tiden har et opdateret overblik over patienterne, hvor alle informationer struktureret bliver gemt, så det er nemt at finde data og tidspunkter. I praksis er der tale om en række størkærme, som får tilført strukturerede informationer om patienterne i børnemodtagelsen. Vi håber derfor, at vi snart kan tage det sidste skridt mod et hurtigere og mere sikkert patientflow samt optimering af kvaliteten og patientsikkerheden i den akutte behandling.

Litteratur

1. Høst A. Den gode børneafdeling (The good paediatric ward): Danish Paediatric Society. 2006.
2. Veen v et al. Reliability and validity of triage systems in paediatric emergency care. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation Medicine* 2009; 17:(38),8.

Claus Sixtus Jensen er specialeansvarlig sygeplejerske på Børneafdeling A, Afsnit A2/Børnemodtagelsen, Århus Universitetshospital Skejby; claus.sixtus@skejby.rm.dk

seksualitet? Hvordan får vi talt med patienterne om disse ting, så det giver mening for den enkelte?

Den mindre undersøgelse har motiveret sygeplejerskerne til at tænke videre i den kliniske praksis og har skabt et fundament for en ny evidensbaseret undersøgelse om, hvorledes sygeplejersker kan støtte cancerpatienter i at opretholde god livskvalitet (Quality of Life (QoL)) under behandlingsforløbet. Et fænomen, der hænger tydeligt sammen med evnen til at kommunikere med patienterne om dette (2). Undersøgelsen bliver lavet som et led i et problembaseret læringsforløb i Gynækologisk Klinik december 2010 – januar 2011.

Helene Marcussen, Kirsten Lindvig og Rikke Laigaard er alle ansat i Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet; helenemarcussen@gmx.net

Litteratur

1. Schofield NG, Green C, Creed F. Communication skills of health-care professionals working in oncology – Can they be improved? *European Journal of Oncology Nursing* 2008: Vol 12 issue 1: 4-13.
2. Bahrami M, Parker S, Blackman I. Patients' quality of life: A comparison of patient and nurse perceptions. *Contemporary Nurse* (2008), Vol. 29, issue 1, May 2008.

Det er en myte, at det hjælper alle mennesker at tale og græde sig ud af stor sorg. Nogle vil tværtimod opleve retraumatisering ved at tale meget om sorgen. Det skriver forfatteren til "Sygepleje til den døende patient med smerter" side 56. Hun gør samtidig opmærksom på, at fysiske smerter er meget påvirkelige af patientens psykiske tilstand, dvs. evnen til at mestre oplevelsen af tab og angsten for at dø. Artiklen har fokus på smerter, men peger desuden på den væsentlige rolle, familien spiller, når et menneske skal dø. En social begivenhed, kalder forfatteren det.

I denne udgave af "Studerende i praksis" side 8 er døden en social begivenhed for den sygeplejestuderende, som fra sidelinjen følger indlæggelsen af en alkoholmisbruger og hans forventede død. Her er budskabet: Giv alle mennesker en værdig død, også dem, der har levet hårdt, og dermed kunne være lette ofre for stigmatisering. "Han er jo selv ude om det." Sådan tænker den sygeplejestuderendes vejleder ikke, hun gør det, hun skal, og bliver dermed rollemodel gennem sine handlinger.

Ønsker læserne mere palliation, er anmeldelsen "Praksisnær vejledning i palliation" side 24 et blik værd. Den lille bog er ment som vejledning til assistenter eller hjælpere i primærsektor, men sygeplejestuderende kan også finde bogens systematik og overblik brugbart som en begyndelse i et vanskeligt felt.

Lørdag aften modtog jeg en lille bog fra en Indiensfarer.

"Palliative care. A handbook for Nurses." I forordet lægges vægt på, at sygeplejersker skal

have uddannelse i palliation, for det er en nødvendighed, ikke en mulighed, at være dygtig på dette felt, som ikke får opmærksomhed nok i grunduddannelsen, i Indien i hvert fald. Bogen indeholder 16 korte kapitler om alt fra netværkets opgaver til transkutan elektrisk nervestimulation hos smertepåvirkede patienter.

Se www.arogyakeralam.gov.in > special initiatives > palliative care project
E-mail: palliative.nrhm@gmail.com



Jens Bøgh

Sygepleje til den døende

Artiklen præsenterer smertebehandling af patienten i det palliative forløb, og moderne sorgforskning inddrages til belysning af sygeplejerskens rolle i forbindelse med smertelindring. Artiklen er blevet til på baggrund af et bachelorprojekt, som kan downloades på forfatterens hjemmeside (1).

AF LENA POULSEN, SYGEPLEJERSKE

Praktikforløb på henholdsvis medicinsk afdeling og på hospice har vakt min interesse for smertelindring af uhelbredeligt syge og døende patienter. I artiklen stiller jeg skarpt på smerteoplevelsen og knytter an til moderne sorgforskning, der gør op med myter om faseudvikling i kriser samt katarsistækning. Jeg stiller spørgsmålet: Hvilke faktorer påvirker de smerter, den uhelbredeligt syge og døende patient oplever?

Her er en afklaring af begreberne palliativ indsats og uafvendeligt døende på sin plads.

Ifølge Sundhedsstyrelsen er begrebet "terminal" nu afløst af den mere beskrivende term "uafvendeligt døende". Den palliative indsats omfatter hele perioden efter ophør med kurativ behandling, og indsatsen for den uafvendeligt døende henviser til de sidste få uger, dage eller timer. Den palliative indsats kan altså opdeles i to faser, hvor den første fokuserer på forbedring af patientens og de pårørendes livskvalitet, og den sidste fokuserer på en værdig død (2) (se boks 1 her på siden).

Den palliative fase er for patienten en dynamisk tilstand med pludselige skift af symptomer og behov. Symptomerne er ofte meget komplekse, f.eks. kan patienten have flere forskellige typer af smerter på samme tid. Ved fremskreden cancer har ca. 85 pct. af patienterne smerter mere end et sted, og op mod 40 pct. har smerter fire eller flere steder (3).

Mange oplevelser af tab

Den sidste livsfase indebærer en lang række tabsoplevelser, der hænger sammen med, at kroppen formår mindre og mindre. Det er tabet af den vante livsrolle, arbejdsevne, seksualitet, den funktionelle, skabende krop, positioner i offentligheden, husmoderrollen, forælderrollen og fremtiden. Der er stor sorg og smerte forbundet med alle disse tabsoplevelser, som kan føre til gentagne kriser (4). Det psykiske aspekt af smerteoplevelsen blandes ofte med og forstærker de kropslige smerter, og hvis der skabes rum til sorgen, kan smerten af og til reduceres markant (4).

I World Health Organisation (WHO's) definition af den palliative indsats indgår tilbuddet om støtte i sorgen over tab (5). Patienter med smerter, som oplever emotionel ensomhed og manglende støtte i sorgforløbet, kan få mere komplicerede sorgforløb og dermed en smerthehistorie med undertoner af sorg og ensomhed (6). Forståelse af sorgreaktioner og behandlingen af dem er således centralt i den palliative indsats.

I forhold til smertelindring anbefaler hospiceinstitutionerne på baggrund af bedste praksis, at patienten

- får grundig oplysning om smerterne og smertebehandlingen
- har medansvar for behandlingen
- får viden om, hvilke handlemuligheder der findes ved smertegennembrud, og at pårørende er orienterede om disse (se boks 2 side 58).

Boks 1. Fakta om palliation

Palliation betyder lindring. Ordet stammer fra latin "pallium", der betyder kappe, tæppe eller kåbe. Begrebet anvendes i dag om den professionelle indsats for forebyggelse og lindring hos mennesker med livstruende sygdom og deres pårørende. Palliativ indsats er relevant, når alvorlig sygdom ikke kan helbredes (kuration) og inden for kortere eller længere tid vil føre til døden. Palliativ indsats kan derfor være relevant både samtidig med livsforlængende behandling og rehabiliterende tiltag (10).

Indledningsvis anbefales en afklaring af smerteproblemerne, dernæst bør der udarbejdes realistiske behandlingsmål og planer i samarbejde med patient og pårørende. Desuden fordrer kompleksiteten i smerteoplevelsen et samarbejde med patienten, så viden og indsigt fra alle synsvinkler kan tænkes med i pleje og behandling.

Smerter er komplekse

De norske smerteforskere Nortvedt og Nortvedts definition af smerte giver bevidstheden en central rolle i forståelsen af smertens oprindelse og menneskets evne til at mestre akut og kronisk smerte:

"Smerte er en tilstand hvor både emosjonelle, fysiologiske, sociale og kulturelle forhold står i et kontinuerlig og dynamisk samspill i et nervesystem under stadig forandring. Gjennom emosjonelle og kognitive forhold, fra stress, gennem læring og gennem erfaring bearbejdes smerten i hjernen og påvirkes samtidig av kjemiske impulser og impulser fra ryggmarvens baghorn" (7) (se fig. 1 side 59).

Af denne definition fremgår det, at smerter er noget subjektivt og komplekst og kan være forbundet med andet og mere end patofysiologiske forandringer. Optimal smertelindring kræver derfor viden om, hvad der udløser og modificerer smerterne. Nortvedt og Nortvedt tilføjer, at det er forståelsen af den lidelse, smerterne kan medføre for patienten, der er udgangspunktet for kompetent smertelindring og klinisk varsomhed i omsorgen for den, der har smerten (7).

En analyse af flere forskningsprojekter, kliniske vejledninger, auditkriterier samt sygeplejefjournaler tilhørende kronisk og uhelbredeligt syge patienter tyder på, at der i praksis ofte er fokus på smerte som et objektivi, kropsligt bundet fysisk symptom (8).

I forbindelse med indkredsning af symptomer er det imidlertid væsentligt at holde sig vekselvirkningen mellem det fysiske og psykologiske for øje.

Den engelske smerteforsker Bryn Davis har skitseret kompleksiteten i det enkelte menneskes smerteoplevelse i en smertemodel, der viser de fire aspekter af smerteoplevelsen: det fysiske,

patient med smerter

» Når døden rykker nærmere, søger de uhelbredeligt syge ofte indad og gør status over det liv, der var og den død, der kommer. De søger efter en mening med livet og forsøger at finde svar.



ARKIVFOTO: ISTOCK

det psykiske, det eksistentielle/religiøse, og det sociale/kulturelle aspekt.

I det følgende gennemgås smerteteorien, og den relateres til patienter i den palliative fase.

Fysiologiske faktorer

Smerten begynder altid som en vævsskade. Stimuli fra det beskadigede væv overføres til de frie nerveender perifert, og transmissionen af smerteimpulsen kan følges gennem centralnervesystemet til hjernen. Den impuls, der ledes videre op til hjernen til en bevidst smerteoplevelse, er en sum af mange faktorer, der former smerteoplevelsen. Disse kan være konkurrerende stimuli fra berøring eller andre smertestimuli. Dette beskrives i portkontrolteorien som lukning eller åbning af porten for transmission af nerveimpulser (se figur 1). Centralt kan smertestimuli også omformes via de nedadgående baner fra hjernen til rygmargens baghorn, hvor der er påvist rigeligt med opioidreceptorer samt

mange interneuroner indeholdende endorfiner og andre hæmmende transmittersubstanser. Endorfinproduktionen kan aktiveres positivt, centralt fra cortex via psykiske faktorer som viden om smertens årsag, intensitet, forventning om, at den går over, og mulighed for at kunne kontrollere smerten. Angst nedsætter derimod endorfinniveauet (9).

Stærke smerter hos uhelbredeligt syge og døende vil forventeligt medføre tanker og følelser knyttet til det faktum, at der er tale om en livstruende tilstand. Omvendt vil patientens tanker og følelser associeret til forestillingen om egen død kunne forstærke i forvejen svære smerter (4).

Perceptionen er den sidste del af processen, hvor smerten tolkes og ender som den enkelte persons individuelle smerteoplevelse. I det limbiske system, også kaldet den emotionelle hjerne, tolkes den emotionelle komponent af smerten, ligesom personens stemningsleje influerer på tolkningen af smerten (se figur 1). I de sensoriske dele af cortex cerebri registreres og bevidstgø-

Boks 2. Principper for smertebehandling

- Afklar smerteproblemer
- Udarbejd realistiske behandlingsmål og planer i samarbejde med patient og pårørende
- Tilstræb handlemuligheder for patient og pårørende ved smertegennembrud
- Samarbejd tværfagligt
- Evaluér og justér behandlingsmål og -planer
- Afklar bivirkninger og behandling af disse
- Implicér færrest mulige i smertebehandlingen (10).

► res patienten om smertens lokalisation, dens fysiske kvalitet og intensitet. Frontallappen har en vigtig funktion i oplevelsen af smerten og tolkningen af smertens betydning og mening for personen (9). Sygeplejersken kan supplere den medicinske behandling med musik, varme/kulde, massage, berøring, spabade osv., og derudover må hun interessere sig for patientens smertehistorie og livshistorie, så patientens viden og indsigt i oplevede smerter sættes i spil med sygeplejerskens faglige viden (10).

Fysik og psyke spiller sammen

Det psykiske aspekt har indflydelse på, hvordan smerten opfattes og påvirker personens følelsesmæssige tilstand. Dette har igen negativ eller positiv indflydelse på personens motivation til at forsøge at mestre smerten. Patienten med smerter kan opleve magtesløshed eller frygt for tab af selvkontrol, ulidelig smerte eller ligefrem dødsangst, og angsten kan forstærke den oplevede smerte (9). Den enkelte persons egen fortolkning af situationen influerer på smerteoplevelsen. Dvs. at personens livssyn og opvækstvilkår har indflydelse på smerteopfattelsen (9).

Når døden rykker nærmere, søger de uhelbredeligt syge ofte indad og gør status over det liv, der var, og den død, der kommer. De søger efter en mening med livet og forsøger at finde svar. De tumler med spørgsmål som: Hvorfor har det ramt mig? Har jeg haft et godt liv? Er der noget, jeg fortryder? Er der et liv efter døden?

Der skal være mulighed for, at den medikamentelle smertebehandling kan suppleres af samtaler med den døende og dennes pårørende eventuelt med professionel hjælp fra patientens trossamfund.

Mange finder den største grad af mening i de nære ting. Dagen i dag. De gode stunder sammen med de nære eller en oplevelse af naturens gang (4).

Pårørende er en væsentlig ressource

En god familie er ofte patientens vigtigste ressource til mestring af en livstruende sygdom, herunder erkendelsen af, at døden vil indtræffe i nær fremtid (11).

De pårørende kan bidrage med deres indgående kendskab til den syge. De ved, hvad han holder af og ikke bryder sig om eller frygter; de har en nøje erindring om hændelser i hans liv, der

måske nu kan vise sig betydningsfulde, og de kender til patientens tidligere erfaringer med smerte og mestring heraf. Det kan bidrage til at kvalificere den professionelle indsats for patienten med smerter.

Uhelbredelig sygdom og død er ikke kun en medicinsk begivenhed med fokus på det syge menneske, men også en social begivenhed, hvor familien har en naturlig plads (11).

Spørg hyppigt til smerter

Smerteadfærd er afhængig af den enkeltes opvækst, tidligere smerteoplevelser og kulturelle baggrund (9). Omverdenens holdning og reaktion kan have indflydelse på smerteadfærd. Denne omverden består først og fremmest af patientens netværk, men også af de professionelle, patienten møder i forbindelse med sin smerte/lidelse (9).

En følelse af, at man er pylret, hvis man giver udtryk for smerte, eller omgivelsernes reaktion, kan give anledning til, at den døende patient er bange for at være til besvær, hvis han giver udtryk for smerte. En af de faktorer, der ifølge hospiceerfaringerne bidrager til værdig og sufficient smertelindring, er, at sygeplejersken ofte spørger, om den uhelbredeligt syge eller døende er smertedækket, så patienten ikke selv behøver at bede om medicin (10).

” Uhelbredelig sygdom og død er ikke kun en medicinsk begivenhed med fokus på det syge menneske, men også en social begivenhed, hvor familien har en naturlig plads.

Balance mellem virkning og vågenhed

En sufficient smertelindring er en tilstrækkelig smertelindring. Det indebærer ofte, at der er en balance mellem medicinens indvirkning på smerterne, og den grad af vågenhed, patienten bevarer.

Kun patienten kender balancen mellem virkning og bivirkning af medicinen, f.eks. hvor meget morfinbetinget sedering han kan acceptere til gengæld for smertelindring.

De fleste patienter ønsker ikke, at symptombehandlingen er så sløvende, at den fratager dem kontakt med virkeligheden og evnen til at nå det, der skal nås, for at fuldende livet (12).

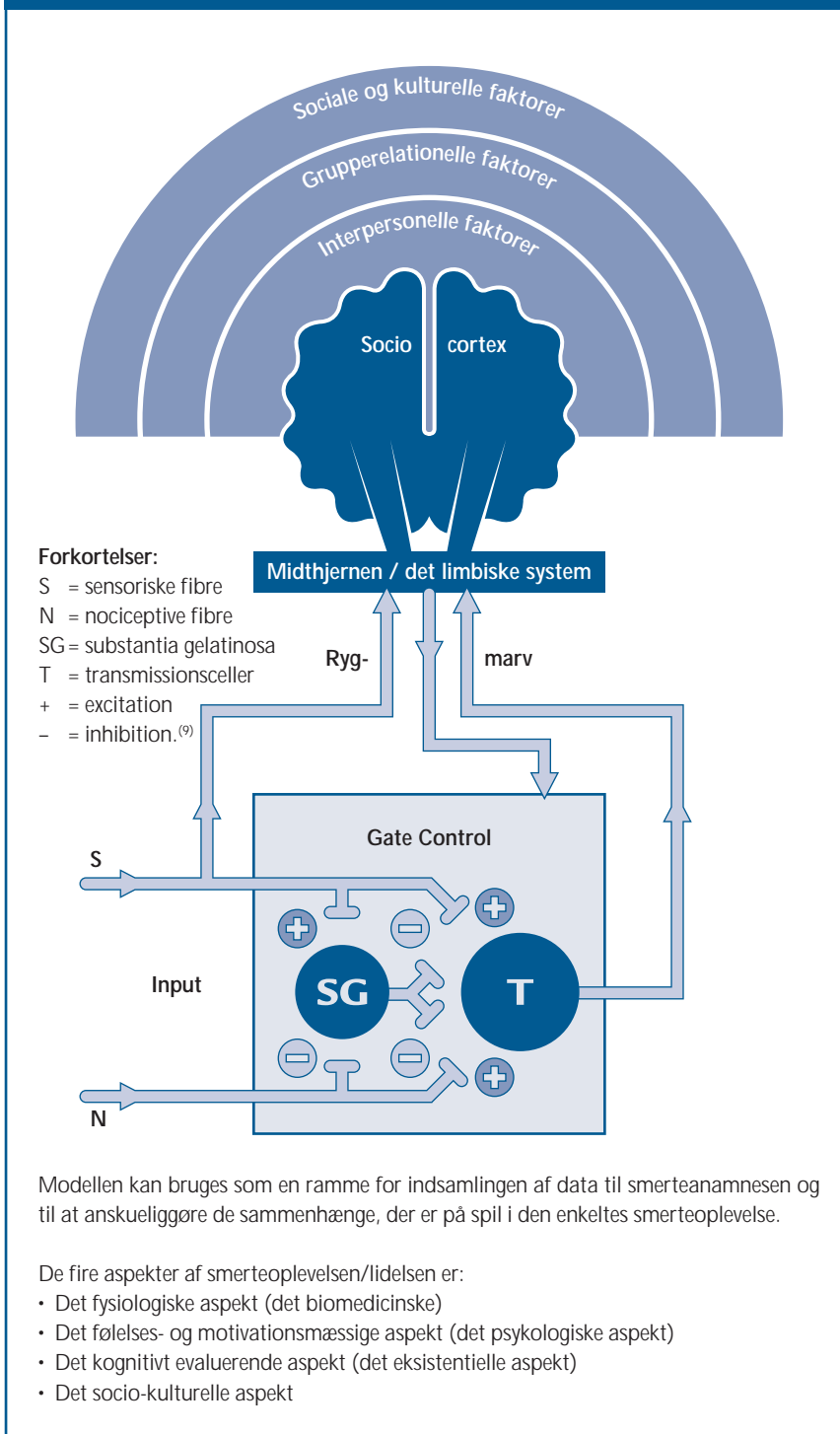
Sorg, afsked og smerter

Som nævnt i indledningen er den sidste fase i livet forbundet med sorg og mange afskeder, elementer der påvirker smerteoplevelsen.

En nyere teoretisk model for sorgreaktioner, lanceret af det hollandske forskerpar Stroebe og Shut, beskriver sorg som en dynamisk og kompleks proces, der er i konstant udvikling (6).

Hovedtesen er, at sorg bevæger sig i en konstant vekselvirkning mellem konfrontation med og undgåelse af tabet. Forskerne beskriver, hvordan brugen af psykologiske mekanismer, i

Figur 1. Faktorer der influerer på oplevelsen af smerter



særdeleshed fortrængning, er nødvendig for, at der kan arbejdes effektivt og fleksibelt med sorgen. De lægger vægt på, at smerten over tabet indimellem skubbes til side, så personen kan koncentrere sig om praktiske gøremål i forbindelse med tabet eller omvendt, at personen lader sig aflede fra praktiske gøremål for at være i sorgens smerte.

Det centrale er, at tabet bearbejdes i to processuelle spor, et følelsesmæssigt og et problemorienteret. En myte, der har været meget fremherskende inden for sorgteori, er, at det er hjælpsomt at tale med andre om tanker og følelser i forbindelse med sorgen. Denne myte punkterer forskerne, og de nuancerer tankegangen omkring det at dele sine tanker og følelser med andre

(6). Undersøgelser peger på, at de mennesker, der taler meget om sorgen, også har mange genoplevelsessymptomer. Spørgsmålet er, om nogle mennesker er i risiko for at blive retraumatiseret af at tale meget om det hændte? Forskerne mener, at det muligvis forholder sig sådan, at nogle mennesker kan have gavn af at tale om aspekter af tabet, mens andre vil opleve en forværring herved (6). De understreger endvidere de kønsmæssige forskelle mellem mænds og kvinders måde at udtrykke sorg på. De beskriver kvinder som værende generelt mere emotionelt funderede i sorgen. Kvinder vil ofte finde det hjælpsomt at tale med andre om tanker og følelser i forbindelse med sorg. Mænd beskrives derimod som mindre emotionelt ekspressive i sorgen, ►

- ▶ og de finder det mere hjælpsomt at høre om andres erfaringer med sorg end selv at skulle tale om tanker og følelser.

Den foreløbige konklusion må være, at man ikke kan gå ud fra, at det er hensigtsmæssigt for alle at tale mest muligt om tabet. Intet tyder på, at den katarsistankegang, der prægede sorgforsk-

” En myte, der har været meget fremherskende inden for sorgteori, er, at det er hjælpsomt at tale med andre om tanker og følelser i forbindelse med sorgen.

ningen i 70'erne, ”du skal græde det ud”-tesen, holder for alle (6).

Det kræver stor psykologisk indsigt at vurdere, om patienten har brug for afledning eller konfrontation, og et samarbejde med præst og psykolog er altafgørende.

Ingen klinisk retningslinje

I Danmark er der endnu ikke udarbejdet nationale kliniske retningslinjer for den palliative indsats.

Det kunne være en opgave for Palliativt Videncenter, PAVI, der arbejder med formidling og kortlægning af kliniske retningslinjer og overordnede vejledninger på flere måder.

I samarbejde med Dansk Multidisciplinær Cancergruppe for palliation, DMCG-PAL, har PAVI i 2009 indsamlet viden om, hvad klinikere i Danmark p.t. anser for og anvender som retningslinjer for bedste praksis på en række centrale områder inden for palliation. PAVI arbejder fortsat på udvikling af evidensbaserede retningslinjer for den palliative indsats (10).

En anden mulighed er, at en gruppe sygeplejersker med støtte fra Center for Kliniske Retningslinjer udvikler en evidensbaseret klinisk retningslinje for palliativ sygepleje.

Sundhedsstyrelsen udarbejder nye faglige retningslinjer for den palliative indsats i 2011. De nye anbefalinger vil erstatte de tidligere retningslinjer for palliation fra 1999, som gælder for sundhedsprofessionelle, der arbejder i det palliative felt. Ved udarbejdelsen af retningslinjerne har arbejdsgruppen søgt at tage højde for, at disse skal kunne anvendes og implementeres af en meget bred og tværfagligt sammensat personalegruppe, som arbejder i forskellige sektorer og på forskellige niveauer i sundhedsvæsenet (2).

Lena Poulsen er ansat på Remstruplund Genoptræningscenter, Silkeborg; sillena_99@yahoo.dk

Tak til Vibeke Lorentzen, forskningslektor, ph.d., ved Center for Sygeplejeforskning i Viborg, og Gitte Rohde, adjunkt, SD, MHP, ved Sygeplejeskolen i Viborg, samt Minivæksthus, et akademisk forum for nyuddannede bachelorer for sparring i forbindelse med skriveprocessen.

Litteratur

1. www.theplanet.dk/lenapoulsen Forfatterens hjemmeside/bachelorprojekt.
2. www.sst.dk Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Besøgt 5.1.2011.
3. www.dmcgpal.dk Dansk multidisciplinær cancergruppe, 2010. Besøgt 9.9.2010.
4. Agger NP. Den sidste tid – pleje, omsorg og støttemuligheder. Komiteen for Sundhedsoplysning; 2005.
5. www.who.int/cancer/palliative/definition/en World Health Organisation, 2002. Besøgt 10.11.2010.
6. Guldin M. Sorg – reaktioner. Klinisk Sygepleje 2007;(2):45-50.
7. Nortvedt F, Nortvedt P. Smerte – fenomen og forståelse. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2001.
8. Rydal Hansen S. Totalsmerte. Klinisk Sygepleje 2006;(2):15-23.
9. Davis B. Caring for People in Pain. London: Routledge; 2000.
10. www.pavi.dk Palliativt Videncenter, 2010. Besøgt 1.12. 2010.
11. Dalgaard KM. At leve med uhelbredelig sygdom – at begrænse dødens invasion og fremme livsudfoldelsen i tid og rum. Ph.d., Forskningsenhed for klinisk sygepleje, Aalborg; 2007.
12. http://www.sst.dk/publ/publ1999/palliativ_indsats/index.html Faglige retningslinjer for den palliative indsats, Sundhedsstyrelsen, 2006. Besøgt 15.10.2010.

English Abstract

Poulsen L. Nursing and the terminal patient in pain. Sygeplejersken 2011;(2):56-60.

The article is a study of which factors affect the pain experienced by those with incurable and terminal diseases. The end of life involves many losses that are associated with pain and grief and can cause recurrent and existential crises. Grieving and psychological pain can be conflated with and exacerbate physical pain.

Understanding the forms of grieving and their treatment is central to palliative care.

The article introduces a pain model from pain researcher Bryn Davis, relates it to pain in the incurably ill and dying, and seeks to illustrate the relationship it plays in the individual's pain experience. The model can be used as a framework for systematic collection of data for the pain anamnesis or life history in practice.

In addition, new research into grieving by Stroebe and Shut is incorporated and describes grieving as a dynamic and complex process that is in constant development and pendulates between repression and confrontation.

It concludes by presenting hospice institutions' best-practice recommendations, Videncenter (Knowledge Centre) for Palliation, PAVI's current work with palliation clinical guidelines and the National Board of Health's revisions of the Professional Guidelines for Palliation from 1999.

Key words: Palliation, pain, pain alleviation, grieving, physiology of grief, loss.

Hvad forstår patienterne ved fejl?

AF EVA NATALIA GLASSOU, CAND.SCIENT.SAN., JEANETTE HENRIKSEN, SYGEPLEJERSKE, MPQM, OG ANNA MARIE FINK, SYGEPLEJERSKE, MLP

En undersøgelse af, hvad patienter har oplevet af fejl i forbindelse med deres indlæggelse, viser, at flere end hver tredje oplever fejl eller har negative oplevelser, og flere end hver femte oplever, at fejlen efterfølgende har medført mén.

I den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser (LUP) for 2009 indgår der spørgsmål om, hvorvidt patienten har oplevet fejl under indlæggelse eller ambulante behandlingsforløb, og hvordan personalet efterfølgende tager hånd om fejl. LUP-resultater fra Hospitalsenheden Vest, Region Midtjylland, fra 2009 viser, at 12 pct. af de indlagte patienter oplevede fejl under indlæggelsen, og 28 pct. af disse patienter mente, at personalet håndterede fejlene dårligt (1).

Resultaterne er tankevækkende og bør give anledning til at undersøge patientoplevede fejl nærmere. Hvad forstår patienterne ved fejl, og hvordan ønsker de, at det sundhedsfaglige personale håndterer disse fejl? Disse spørgsmål er i fokus i denne artikel.

Uenighed om, hvad fejl er

Antallet af fejl og utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet rapporteres af sundhedsprofessionelle i et støt stigende antal til Dansk Patientsikkerheds Database (2). Fra medio 2011 bliver det også muligt for patienter og pårørende at rapportere fejl og utilsigtede hændelser. Heldigvis har vi i Danmark tradition for, at fejl anvendes i forskellige læringssammenhænge, og alle indberettede hændelser er genstand for en gennemgang, sådan at lignende hændelser fremadrettet kan undgås.

Vi ved fra en undersøgelse fra Rigshospitalet i 2006, at der er dårlig overensstemmelse mellem, hvad patienter og sundhedsfagligt personale oplever som fejl/utilsigtede hændelser, og hvor

” I alt er der identificeret 96 patientoplevede fejl.

alvorlige fejlene er (3). Vi ved også, at patienter kan udtrykke stor tilfredshed med et behandlingsforløb, selvom de har haft negative oplevelser undervejs – også oplevelser, der dækker over faglige kvalitetsbrist (4). Disse faktorer: uoverensstemmelser mellem type og alvorlighed af fejl og paradokset at være tilfreds, selvom man har haft negative oplevelser, kan vanskeliggøre det sundhedsfaglige personales forståelse for, hvad fejl er. Det kan være svært at erkende, at der er opstået, hvad patienterne opfatter som fejl, og dermed håndtere fejlen på en for patienten hensigtsmæssig måde.

Undersøgelse af patientoplevelser af fejl

På Hospitalsenheden Vest har vi derfor gennemført en undersøgelse, der har til formål at give det sundhedsfaglige personale

indsigt i, hvad patientoplevede fejl er, og hvordan de opleves af patienten. Indsigten skal hjælpe det sundhedsfaglige personale til i videst muligt omfang at minimere patientoplevede fejl og dernæst at forbedre håndteringen af dem.

I undersøgelsen deltog patienter indlagt på et kirurgisk sengeafsnit (KS), et medicinsk sengeafsnit (MS), og et obstetrisk sengeafsnit (OS). Inklusionsperioden var fem uger i foråret 2010. Patienterne blev inkluderet på baggrund af følgende faktorer:

- Indlagt minimum ét døgn
- Udskrives til eget hjem
- Patienten, dennes ægtefælle eller partner, skulle af afdelingen være vurderet egnet til deltagelse i telefoninterview. Det vil sige, at patienten/den pårørende skulle være sprogligt og mentalt i stand til at deltage.

Afdelingerne forsynede ugentligt hospitalets kvalitetsafdeling med lister over patienter, der opfyldte inklusionskriterierne. Efterfølgende blev der sendt et brev fra Kvalitetsafdelingen til alle patienter med oplysninger om undersøgelsen. Kvalitetsafdelingens medarbejdere ringede derefter til patienterne og foretog et semistruktureret interview. Den anvendte interviewguide er identisk med den, der blev anvendt i undersøgelsen fra Rigshospitalet i 2006 (3).

I følgebrev og interview blev der lagt op til en bred definition på begrebet fejl – hen i retning af ”negative oplevelser”.

I databearbejdningen blev patientoplevede fejl, der af patienten blev vurderet som mere eller mindre alvorlige, inkluderet.

Patienter med oplevelser, som af patienten blev vurderet som ”slet ikke alvorlige”, blev ekskluderet. De ekskluderede patienter indgår i vurderingen af, om patientoplevede fejl har påvirket tilfiden til behandling og pleje og det samlede indtryk af indlæggelsen.

Der blev indledningsvist inkluderet i alt 214 patienter, 135 telefoninterviews blev gennemført. Otte patienter ønskede ikke at deltage, og det var ikke muligt at få fat i 71 patienter.

De 72 interviewede kvinder fra OS repræsenterer mere end halvdelen af alle deltagere. De interviewede fra MS og KS repræsenterer henholdsvis 35 pct. og 12 pct. af det totale antal deltagere. Svarprocenten var henholdsvis 56, 67 og 75 for OS, MS og KS.

Hver tredje oplever flere fejl

Af de 135 interviewede patienter oplyste 49 patienter (36 pct.) at have oplevet én eller flere mere eller mindre alvorlige fejl og mangler. 19 af disse 49 patienter havde oplevet mere end én fejl.

I alt er der identificeret 96 patientoplevede fejl. Fordeling af patienter (antal interviewede og antal med enten mere eller mindre alvorlige patientoplevede fejl) og andel af fejl pr. afdeling fremgår af tabel 1 side 62. ▶

Tabel 1. Antal patienter og andel af fejl pr. afdeling

Afdeling	Antal interviewede patienter	Antal patienter med negative oplevelser	"Fejlprocent"
OS	72	32	57 %
MS	16	4	25 %
KS	47	13	28 %

Tabel 2. Områder, hvor patienterne oplevede fejl

Område	Procent
Unødig ventetid	23
Fejl i forbindelse med plejen	20
Forkert behandling / forkert medicin	14
Manglende information / dårlig kommunikation	12
Fejl i forbindelse med undersøgelser	9
Infektion	6
Andet*	16

*Administration, planlægning og kontinuitet, fald, kost, teknisk udstyr.

- Seks patienter oplevede, hvad de selv betragtede som meget alvorlige fejl. 20 patienter oplevede alvorlige fejl, mens 23 patienter oplevede mindre alvorlige fejl.

De patientoplevede fejl drejede sig hovedsageligt om unødig ventetid og fejl i forbindelse med pleje. Fordelingen af patientoplevede fejl fremgår af tabel 2 herover.

I de beskrevne fem cases i boks 1 side 63 fremgår typiske fejl, typiske konsekvenser og mén og typiske beskrivelser af, hvordan personalet håndterede fejlene.

Følger af fejl

De hyppigste oplevede konsekvenser af fejl var frustration, ubehag og utryghed i situationen for patienten (64 pct.). I syv patientforløb (16 pct.) mente patienterne, at fejlene ledte til forlænget indlæggelse, genindlæggelse eller ekstra ambulante behandling. I 18 pct. af tilfældene var der ingen patientoplevede konsekvenser af fejlene.

Ved tidspunktet for interviewet oplyste majoriteten af patienterne (78 pct.), at de ikke havde mén efter de oplevede fejl. De resterende 22 pct. oplyste, at de på tidspunktet for interviewet stadig havde alvorlige eller mindre alvorlige mén.

86 pct. af patienterne mente, at de oplevede fejl kunne være undgået. En enkelt patient mente, at den oplevede fejl ikke kunne have været undgået. Seks patienter (12 pct.) vidste ikke, om fejlen kunne have været undgået.

Årsager til fejl

Den tydeligste enkeltstående årsag til fejl var travlhed (24 pct.). Ellers blev manglende opfølgning, kommunikation og interesse sammen med indgroede vaner og rutiner nævnt som årsager til fejl (49 pct.). 27 pct. af patienterne vidste ikke, hvad årsagerne til de patientoplevede fejl var.

Hvem opdager fejlen?

Hovedparten af patienterne (80 pct.) opdagede selv fejlen/fejlene. Personalet på hospitalet gjorde 16 pct. af patienterne opmærksom på fejl, mens medarbejdere i primær sektor gjorde de resterende 4 pct. af patienterne opmærksom på fejl sket i forbindelse med indlæggelsen.

45 pct. af patienterne oplyste, at personalet havde kendskab til de oplevede fejl, mens resten oplyste, at personalet ikke havde

» Patienter med negative oplevelser har ikke i helt samme grad tillid til behandlingen/plejen som patienter uden negative oplevelser.

kendskab. Enten fordi personalet ikke havde erkendt fejlene (27 pct.) eller ikke var blevet gjort opmærksom på dem af patienterne (28 pct.).

Tillid til behandling og pleje

Hovedparten af både de inkluderede (78 pct.) og ekskluderede patienter (85 pct.) havde i høj grad tillid til, at de modtog den rette behandling og pleje under indlæggelsen (se tabel 3 side 64). I forhold til patienternes samlede indtryk af indlæggelsen ses en forskel mellem inkluderede og ekskluderede patienter. Patienter uden negative oplevelser havde i større udstrækning et virkelig godt indtryk af indlæggelsen (se tabel 4 side 64).

I de tilfælde, hvor personalet havde kendskab til fejlen, vurderede 77 pct. af patienterne, at personalet havde håndteret fejlen virkelig godt eller godt. De resterende 23 pct. angav, at personalet håndterede fejlen dårligt eller virkelig dårligt. ►

Boks 1. Fem cases

Case nr. 1. Selv holde styr på tingene

Patient på 63 år. Patienten var meget tilfreds med indlæggelsen, men nævnte alligevel eksempler på mindre alvorlige fejl:

- Patienten var ved forundersøgelsen blevet lovet proteindrik, men fik kun dette én gang.
- Patienten følte, at han selv skulle holde styr på tingene, hvilket han ikke havde meget overskud til lige efter operationen.
- Senere oplevede patienten ved en indlæggelse pga. infektion, at han selv skulle sikre sig, at der blev taget temperatur.

Patienten har ikke gjort personalet bekendt med fejlene, som han mente var en følge af, at personalet havde meget travlt. Patienten oplevede ikke, at der var negative konsekvenser på grund af fejlene og havde heller ingen mén ved tidspunktet for interview. Patienten havde i høj grad tillid til behandlingen og plejen og havde et virkelig godt indtryk af indlæggelsen.

Case nr. 2. Mangel på omsorg

Patient på 78 år. Patienten havde flere negative oplevelser i forbindelse med plejen. Patienten oplevede gentagne gange, at den hjælp, der blev ydet, var upersonlig og uden omsorg. Samtidig oplevede patienten en afvisende holdning ved efterspørgsel af hjælp:

- Sygeplejersken kommer ind om morgenen og spørger, om patienterne har sovet godt. Én svarer bekræftende, og sygeplejersken forlader stuen. Hun venter ikke på reaktion fra de øvrige patienter. Dette gentages hver morgen.
- Patienten gjorde personalet opmærksom på, at en medpatient på stuen frøs. Personalet hentede et tæppe, der uden kommentarer blev lagt over den frysende patients dyne.
- Patienten var i bad og opdagede, at der manglede rene underbukser. Patienten spurgte en medarbejder, der stod lige uden for badeværelset, om hun ville hente to par. Medarbejderen spurgte "hvorfor det".
- Patienten spurgte, om det var muligt at få et nyt spisestykke, men blev afvist.

Patienten vurderede, at de negative oplevelser var meget alvorlige, og havde stadig ved interviewtidspunktet alvorlige mén efter oplevelserne. Patienten er bekymret for fremtidige indlæggelser, fordi pleje og omsorg er blevet rutine. Patienten havde ikke nævnt oplevelserne for personalet. De negative oplevelser resulterede i, at patienten havde et dårligt indtryk af indlæggelsen og kun i nogen grad havde tillid til den medtagede behandling og pleje.

Case nr. 3. Manglende information

Patient på 66 år. Patienten refererede fem negative oplevelser under indlæggelsen:

- Patienten ventede på en stuegang, der ikke blev afholdt.
- Det var ikke tydeligt, hvem der var sygeplejerske, og hvem der var sosu-assistent.
- Patienten blev lovet noget smertestillende medicin ved udskrivelsen. Patienten fik det ikke.
- Patienten fik ingen information om kørselsgodtgørelse og måtte selv hente relevante oplysninger under indlæggelsen. I den forbindelse optrådte sekretæren, der blev spurgt, hovskisnovski.
- Patienten manglede opmærksomhed ved udskrivelsen. Ingen sagde farvel, og patienten måtte selv spørge, om det var okay, at han gik.

Patienten vurderede, at den negative oplevelse ved efterspørgsel af kørselsgodtgørelse var den værste, men dog mindre alvorlig. Patienten kommenterede oplevelsen i situationen, men oplevede, at sekretæren ikke erkendte at have gjort noget forkert og derfor forbigik det i tavshed. De negative oplevelser har ikke haft indflydelse på patientens indtryk af afdelingen.

Case nr. 4. Fejl i forbindelse med undersøgelser og dårlig kommunikation

Patient på 38 år. Patienten refererede fem negative oplevelser i forbindelse med indlæggelsen.

- Fik udleveret forkert "hæfteklammefjerner" til fjernelse af hæfteklammer ved egen læge.
- Oplevede unødigt ventetid ved samtale med narkoselægen.
- Personalet glemte at måle blodtryk under indlæggelsen.
- Der blev ikke foretaget hørescreening af barnet under indlæggelsen. Det betød meget transport.
- Patienten skulle selv gå rundt til undersøgelser, hvor det ville være mere hensigtsmæssigt – grundet et forhøjet blodtryk – at "undersøgelserne kom til hende".

At hun selv skulle gå til og fra undersøgelser, blev vurderet som meget alvorligt; der var risiko for både hende selv og barnet. Patienten var meget utryk i situationen og nævnte det for personalet. Fordi episoden blev talt igennem med personalet, vurderede patienten, at der blev taget virkelig godt hånd om fejlen. Patienten oplyste, at hun på trods af fejlene i høj grad havde tillid til behandlingen og plejen.

Case nr. 5. Fejl i forbindelse med behandling

Patient på 35 år. Patienten refererede tre negative oplevelser fra sin indlæggelse.

- Fik ordineret medicin, som ikke burde gives ved amning.
- Fik efter en blodprøve infektion i stiksåret.
- Var i behandling for forhøjet blodtryk, men uden effekt. Dosis øgedes under indlæggelsen, men man opnåede ingen effekt. Der blev aldrig prøvet et andet præparat.

Patienten vurderede den manglende effekt af blodtryksbehandlingen som meget alvorlig og forlængende for indlæggelsen. Patienten undrede sig over personalets afventende holdning, fik ikke information om årsagen, og vurderede personalets håndtering af episoden som virkelig dårlig. Patienten mente, fejlen kunne være undgået ved, at personalet tog ansvar. De negative oplevelser betød, at patienten slet ikke havde tillid til den behandling og pleje, hun modtog under indlæggelsen, og at det samlede indtryk af indlæggelsen var dårligt.

► **Flere fejl end i andre undersøgelser**

I denne undersøgelse oplyste 36 pct. af patienterne at have oplevet fejl. I den seneste LUP fra 2009 oplyste 12 pct. af de adspurgte patienter i Hospitalsenheden Vest, at de havde oplevet fejl under indlæggelse (1). Til sammenligning var det landsdækkende tal 19 pct. (5). I undersøgelsen fra Rigshospitalet fra 2006 oplevede 21 pct. fejl under indlæggelsen (3). Antallet af patientoplevede fejl i denne undersøgelse er derfor højere end forventet.

Undersøgelsens design kan forklare dele af forskellene. I LUP 2009 blev oplysninger indsamlet ved hjælp af et skriftligt spørgeskema udsendt fra en for patienten formodentlig ukendt institution. I undersøgelsen fra Rigshospitalet blev patienterne kontaktet af medarbejdere fra et analyseinstitut (3). I vores undersøgelse blev patienterne kontaktet personligt af hospitalets egne medarbejdere.

Den personlige kontakt fremtvinger ikke fejl, men det at blive kontaktet – først skriftligt og så telefonisk – giver anledning til refleksion over ens oplevelser under en indlæggelse. Refleksion, dialog og det at blive lyttet til har sandsynligvis fremmet patienternes talelyst.

I undersøgelsen er det de kvindelige patienter fra OS, der har oplevet flest fejl, og dette resultat kan ikke sammenlignes med LUP fra 2009, da fødende kvinder ikke indgik her. En forklaring på resultatet i denne undersøgelse kan være, at yngre – og i den her sammenhæng raske – mennesker er mere opmærksomme og kritiske over for sundhedsvæsenet end syge ældre.

Hver femte oplever mén

Selvom alle patienterne oplever, at de negative oplevelser er forbundet med en grad af alvorlighed, betragtes kun få af de negative oplevelser som meget alvorlige. Og mens hovedparten af patienterne har oplevet gener i form af frustration, ubehag og utryghed i forbindelse med de negative oplevelser, har kun et fåtal oplevet et øget behandlingsbehov som følge af de oplevede

fejl. De patientoplevede fejl kan derfor ud fra et sundhedsfagligt synspunkt betragtes som mindre væsentlige.

Alligevel vurderede flere end en femtedel af patienterne, at de havde mén efter de negative oplevelser. Hvad der kan betragtes som uvæsentlige oplevelser for personalet, er altså ikke uvæsentlige for patienten.

Personalet skal handle ved fejl

Afgørende for en god eller virkelig god håndtering af oplevelserne er, at personalet, efter de opdager fejlen eller bliver gjort bekendt med den, handler. At personalet iværksætter nødvendige tiltag – behandling/pleje eller information, taler oplevelsen igennem med patienten eller udviser omsorg og ekstra opmærksomhed, bliver af patienterne opfattet som handlinger af betydning for oplevelsen.

Omvendt betyder personalets manglende handling, information og lydhørhed, at personalet håndterede negative oplevelser

» **Ønsker man en mere nuanceret forståelse af patientoplevede fejl, kan dette ske ved fokusgruppeinterviews eller lignende.**

dårligt. I tilfælde, hvor personalet ikke erkender fejl, oplever patienterne, at de enten ikke bliver lyttet til eller troet på – eller bliver lyttet til, men uden efterfølgende handling, undskyldning eller information.

Fejl påvirker tilliden

Generelt har patienter med negative oplevelser tillid til behandling/pleje og et godt indtryk af indlæggelsen. Men patienternes oplevelser under indlæggelsen har alligevel gjort indtryk. Patienter med negative oplevelser har ikke i helt samme grad tillid til behandlingen/plejen som patienter uden negative oplevelser. Det samme gør sig gældende for det samlede indtryk af indlæggelsen.

Tabel 3. Patienternes tillid til den modtagne behandling og pleje

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
Inkluderede patienter	78 %	14 %	4 %	4 %	-
Ekskluderede patienter	85 %	3 %	-	-	12 %

Tabel 4. Patienternes samlede indtryk af indlæggelsen

	Virkelig godt	Godt	Dårligt	Meget dårligt	Ved ikke
Inkluderede patienter	57 %	37 %	4 %	2 %	-
Ekskluderede patienter	79 %	11 %	1 %	-	9 %

Tillid og tilfredshed afhænger af patienternes forventninger til sundhedsvæsenet og til den aktuelle indlæggelse. Generelt kan siges, at får patienten, hvad hun/han forventer og mener at have ret til, øges muligheden for tilfredshed, og modsat.

Ud over forventninger vil personalets håndtering af patientoplevede fejl også influere på patientens tillid og tilfredshed. Personalet kan med en fornuftig håndtering af patientoplevede fejl langt hen ad vejen imødekomme patientens forventninger og dermed øge muligheden for at opnå både faglig og patientoplevet kvalitet.

Fejl skal bruges i læringsammenhæng

Mange patienter i denne undersøgelse oplevede fejl eller fik negative oplevelser under indlæggelsen – også design og patientkategori taget i betragtning. Selvom fejlene ud fra en sundhedsfaglig betragtning ofte ikke var alvorlige, havde patienterne hyppigt oplevet frustration, ubehag og utryghed i forbindelse med fejlene, flere havde efterfølgende oplevet mén, og mange fejl var ifølge patienterne ikke kendt af personalet.

Patienter med negative oplevelser havde ikke i samme grad tillid til behandlingen som patienter uden negative oplevelser. Det samme gjorde sig gældende for det samlede indtryk af indlæggelsen.

Fremtidige LUP'er giver indtryk af, om den patientoplevede kvalitet er tilfredsstillende. LUP'en er dog grovmasket, og en decideret monitorering af udviklingen af patientoplevede fejl og personalets håndtering vil være behæftet med nogen usikkerhed. Ønsker man en mere nuanceret forståelse af patientoplevede fejl, kan dette ske ved fokusgruppesamtaler eller lignende.

Sådanne analysemetoder vil kunne bidrage med yderligere nuancer – specielt i forhold til personalets håndtering af patientoplevede fejl. Den nye version af Dansk Patientsikkerheds Database, hvor patienter og pårørende rapporterer fejl og negative oplevelser, vil også give mulighed for, at sundhedsprofessionelle kan få en bredere forståelse af patienternes oplevelser. Målet er, at patientoplevede fejl anvendes i læringsammenhæng, så lignende hændelser fremadrettet kan undgås.

*Eva Natalia Glassou, Jeanette Henriksen og
Anna Marie Fink er alle ansat som
kvalitetskonsulenter ved Hospitalsenheden Vest,
Kvalitet og Udvikling, Holstebro;
eva.glassou@vest.rm.dk*

Litteratur

1. Landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser i Region Midtjylland. 2009. Center for Kvalitetsudvikling. www.regionmidtjylland.dk
2. Dansk Patientsikkerheds Database. Sundhedsstyrelsen. www.dpsd.dk

3. To sider – samme sag. Patienters oplevelser af fejl under indlæggelse og patientjournalers oplysninger om utilsigtede hændelser. Enhed for Brugerundersøgelser, Københavns Amt, 2006.
4. Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Soc Sci Med.* 1998 Nov;47(9):1351-9.
5. Landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser. 2009. Enheden for Brugerundersøgelser. www.patientoplevelser.dk

English Abstract

Glassou EN, Henriksen J, Fink AM. How do patients experience errors? *Sygeplejersken* 2011;(2):61-5.

The National Danish Survey of Patient Experiences (LUP) includes questions about how patients experienced errors and how staff subsequently handled the error. A review of LUP results from Hospital Unit West, Central Region Jutland, from 2009 led to a survey of what comprises errors experienced by patients and how patients experience these.

Discharged patients from three departments participated in telephonic, semi-structured interviews. A total of 135 telephone interviews were conducted. A full third of the interviewed patients experienced errors or negative experiences during their admission. The errors were primarily associated with frustration, discomfort or insecurity about their situation. Determined and active handling on the part of the staff, and the possibility of discussing the experience, were decisive for whether the patient felt that the staff handled the event well.

Key words: Patientology, patient experience, errors, handling, unintentional events, hospital admission.

Fem udfordringer til afdelings

Artiklen beskriver aktuelle udfordringer til afdelingsledelser i det danske hospitalsvæsen. Der er fokus på forskellen mellem de professionelle værdier og de værdier, der er hentet i New Public Management-teorien. Artiklen er baseret på forfatterens masterspeciale.

AF ANETTE SCHOUV KJELDSEN OG ANETTE FALKENBERG, SYGEPLEJERSKER, MHH

I alle regioner i Danmark planlægges der store omlægninger på sygehusområdet, og regionsrådene arbejder i disse år med politiske overvejelser om fremtidens sygehusstruktur. Der planlægges nye, store supersygehuse, sygehuse fusioneres, og der nedlægges mange nærsygehuse landet over (1).

Der er fokus på effektivisering, centralisering og specialisering som vejen til et mere rationelt og strømlinet sundhedsvæsen "i verdensklasse", hvilket er den gængse retorik, når det handler om visioner for supersygehuse; supersygehuse, der alle skal være førende inden for bl.a. forskning, udvikling, teknologi, effektivitet og uddannelse i både national og international konkurrence med hinanden (2).

Denne artikel tager udgangspunkt i vores masterspeciale i forbindelse med masteruddannelsen i "Humanistisk Sundhedsvidenskab og Praksisudvikling" på Det Humanistiske Fakultet, "Sundhed, menneske og kultur" (SMK), på Aarhus Universitet. Artiklen beskæftiger sig med de ledelsesudfordringer, der er på afdelingsledelsesniveau i fremtidens sygehusvæsen (se boks 1 side 67).

Ambitionerne er høje for det fremtidige sundhedsvæsen, og da sundhed er et anliggende for hele befolkningen, har udviklingen i sundhedsvæsenet særdeles stor betydning i både lokal- og landspolitik, hvilket medfører mangearterede forventninger til fremtidens sundhedsvæsen (1).

Der stilles krav om et retfærdigt sundhedsvæsen med let og lige adgang for alle, samtidig med at der er stærke forventninger om specialistbehandling af høj kvalitet i et trygt miljø, hvilket for mange betyder krav om nærhed til sygehuse og om hurtig hjælp, når ulykken er ude.

De værdier, der hersker i sundhedsvæsenet, har afsat i vidt forskellige paradigmer, hvor New Public Management-værdier (3) som bl.a. effektivitet, markeds- og serviceorientering, standardisering, kvantitet og outcome står i skarp kontrast til grund-

” Sundhedsvæsenet præsenteres i disse år for et stigende antal styringsredskaber, og ingen forventer mindre styring i fremtiden.

læggende værdier som lighed og respekt, der bærer det sundhedsfaglige arbejde i klinisk praksis (4). Et godt eksempel på paradigmeskiftet er ændringen fra værdierne "helbrede, lindre og trøste", der nu gennem 75 år har båret arbejdet på Århus Amtssygehus, til de nye værdier i Region Midtjylland, som er "dialog, dristighed og dygtighed"; værdier fra New Public Management-paradigmet.

Styringsredskaberne i sundhedsvæsenet er mangfoldige, og de tages i anvendelse for at imødegå den enorme kompleksitet, der præger sundhedsvæsenet (5). En kompleksitet, der for mange er svær at overskue, og som opleves som ustyrlighed af sundhedsvæsenet. Fra statens side ruller reformer som bl.a. struktur-

reform, kvalitetsreform og velfærdsreform ud over samfundet i bestræbelse på at skabe orden og mulighed for central styring af udviklingen (6,7).

Nye mødetyper

Den teknologiske udvikling fortsætter med uformindsket styrke, hvilket dels skaber nye muligheder for mødet mellem patient og sundhedsvæsen, dels giver helt nye behandlingsmuligheder, der kan ændre grundlæggende på de opgaver, supersygehuse skal og kan varetage. I særdeleshed giver den teknologiske udvikling mulighed for at behandle patienter på afstand via videokonferencer, mails og andre webbaserede løsninger. Denne udvikling har stor betydning for relationen mellem borger og sundhedsvæsen, der af alle betragtes som unik og af stor betydning for patienternes oplevelse og følelse af tryghed under et sygdomsforløb (8).

Vi ønskede i masterspecialet at identificere væsentlige temaer og udfordringer for fremtidens afdelingsledelser, udfordringer, som kan have betydning for muligheden for at have patientens behov i fokus i fremtiden. Målet var derfor at afklare forudsætningerne for og pege på, hvordan afdelingsledelser kan møde fremtidens udfordringer.

Verdens bedste sundhedsvæsen

"Det danske sundhedsvæsen skal gøres til verdens førende, og danske patienter skal være de mest tilfredse" er målsætningen i rapporten "Brugernes sundhedsvæsen". I visionen for bygningen af Det Nye Universitetshospital i Region Midtjylland er målet et hospital i verdensklasse. Fremtidens sygehus skal sikre, at dette kan indfries, og dermed står både ledere og medarbejdere over for væsentlige udfordringer for at kunne leve op til disse ambitioner.

Der tegner sig et billede af en særdeles kompleks ledelsespraksis, der finder sted i spændingsfeltet mellem humanistiske og naturvidenskabelige idealer, etiske dilemmaer i forhold til relationer, specialisering, markedsorientering og styring samt ledelsesværdier baseret på tillid, dialog og respekt.

I masterspecialet identificerede vi fem store udfordringer, der i fremtiden skal håndteres af afdelingsledelsen.

Ledelsen skal skærme ansatte

For at imødegå udfordringerne skal afdelingsledelsen kunne praktisere en værdifremmende ledelse, kunne skabe det unikke ledelsesrum, der giver mening både i forhold til omverdenen og til den kliniske praksis, samt sikre samarbejde mellem de forskellige positioner. Ledelsen skal skærme de ansatte ved at være gatekeeper over for udefrakommende værdier, krav og normer og samtidig sikre, at der skabes mening og forståelse i det værdimæssige krydspres.

Lederen skal således kunne forholde sig reflekterende til fagligheden i klinisk praksis med henblik på at kunne afkode, udfordre og udvikle praksis med dens styringslogikker og videns-

ledelsen

Boks 1. Metode

Masterspecialet, der danner baggrund for artiklen, tager udgangspunkt i den historiske udvikling i sundhedsvæsenet samt afsæt dels i samfundsvidenskabelig ledelsesteori, dels i litteratur fra den etnologiske statsteori og videnskabsteoretisk litteratur. De fem temaer, der trækkes frem i artiklen, er fundet ved hjælp af semistrukturerede kvalitative interview med væsentlige interessenter med hensyn til opbygningen af sygehusstrukturen i Region Midtjylland.

Undersøgelsens fokus er begrundet i opbygningen af "Det Nye Universitetshospital" i Region Midtjylland og de ledelsesmæssige udfordringer, der er forbundet med at lede fremtidens sygehusvæsen.

systemer. Lederen skal være i stand til at skabe mening med udfordringerne. Disse ledelseskompeter skal være til stede for at sikre formidling og integration af forskellige begrebs- og ledelsesverdener og for at skabe en meningsgivende sammenhæng, hvor forskellige værdier, forståelser og opfattelser forbindes. Der skal skabes samarbejde på tværs i og uden for den komplekse organisation, hvor mange forskellige faglige kompetencer bringes i spil mellem patientens behov og omverdenens krav (9).

Fem udfordringer

Analyse af empiri i form af interview og dokumenter resulterede i identifikation af fem væsentlige udfordringer for en afdelingsledelse:

- relationen og patientforløbet
- faglighed og tværfaglighed
- styring og kontrol
- teknologi
- værdier og ledelse.

Relationen og patientforløbet

Relationen og patientforløbet tydeliggør de udfordringer, der er i skismaet mellem højt specialiseret pleje og behandling i et sektoropdelt sundhedsvæsen, og de samtidige forventninger om det unikke møde mellem patient og sundhedsvæsen baseret på tillid og tryghed (4). Med et citat fra et af interviewene: "relationen er hellig, det er et suverænt møde, hvor patienten sammen med det autoriserede personale vælger på baggrund af tilgængelig viden," og med et citat fra Sundhedsplan 2009: "sammenhængende patientforløb skal sikre, at patienten føler sig godt behandlet, lige meget hvor i sundhedsvæsenet patienten befinder sig," illustreres der enighed om, at det er patienten og dennes pleje- og behandlingsforløb, der skal være det centrale omdrejningspunkt. Udfordringen bliver at skulle håndtere det suveræne møde med patienten i et fragmenteret, speciale-, center- og sektoropdelt sundhedsvæsen og at få dette til at fungere som et

sammenhængende forløb. Det stiller store krav til organisering på tværs af sundhedsvæsenet og til ledelse i relation til patientforløb. Det kræver en ledelsesmæssig stillingtagen, en konstruktiv kritisk holdning og deltagelse i debatten om forebyggelse af yderligere fragmentering af sundhedsvæsenet.

Faglighed og tværfaglighed

Faglighed og tværfaglighed er et tema, der synliggør en klinisk praksis, hvor der er spænding mellem humanistiske og naturvidenskabelige idealer.

Læger og paramedicinske faggrupper beskæftiger sig traditionelt med to væsensforskellige områder af patientens sygdom. I dagligdagen er der ikke en tydelig forskel mellem positionernes syn på sygdom, da der hele tiden sker en sammenblanding mellem både positioner og faggrupper. Men positionerne har betydning for den faglige vægtning og for forståelsen af sygdomsopfattelser i det tværfaglige arbejde. Forskellige sygdoms- og sundhedsopfattelser har til alle tider suppleret og udfordret hinanden, således har der været udpræget tillid til, at den naturvidenskabelige forskning vil finde årsagerne til alle de sygdomme, vi lider af.

Et sygdomsorienteret, diagnoseopdelt og effektivt sygehus vil risikere at få et reduceret syn på sundhed og sygdom. Det syg-

” Imidlertid skal ledere i sundhedsvæsenet bestræbe sig på, at den sundhedsfaglige indsats gavner hver enkelt patient.

domsorienterede fokus har derfor behov for at blive suppleret med sygdomsopfattelser fra den humanistiske tænkning. En flerfaglig tilgang vil derfor kunne udvide perspektivet på og for patienten (10).

I sundhedsvæsenet er der mange etiske principper, værdier, normer og holdninger til stede, og det kan være svært at skelne mellem politik, faglighed og etik (4). Lederne må derfor tage udfordringen op og bruge etikken til at forholde sig til den faglige udvikling. Ny udvikling skaber nye etiske udfordringer, og som leder må man derfor have en etisk indsigt, der kan hjælpe med at afveje etiske metoder og værdier, samt fagligt mod til at udfordre de sundhedsfaglige fremskridt tværfagligt og tværvideenskabeligt. Ledelsesopgaven består bl.a. i at give medarbejderne rum til at have et helhedsorienteret, integreret og sammenhængende blik for patientens forløb og sygdom, hvor flere vidensformer kommer i spil.

Det fordrer fagprofessionel indsigt og dermed faglig ledelse.

Styring og kontrol

Styring og kontrol er et mere og mere påtrængende paradigme, hvor decentralisering af ansvar følges tæt af centraliseret styring og kontrol (5).

- Sundhedsvæsenet præsenteres i disse år for et stigende antal styringsredskaber, og ingen forventer mindre styring i fremtiden. Med styringen bliver værdier som f.eks. tillid til de professionelle udfordret af begreber som styring og kontrol, der knytter an til værdier fra New Public Management-paradigmet.

Målet med dette paradigme er at skabe et effektivt og gennemskueligt sundhedsvæsen, hvor ydelserne kan måles, dokumenteres, sammenlignes og kontrolleres, og hvor styringsred-

”Lederen skal skabe rammen om kerneopgaven ”at gavne patienterne” ved at skabe meningsgivende rum for personalet.

skaberne ofte opfattes som svarende til de styringsredskaber, der anvendes på det private arbejdsmarked, og dermed som værende til at overføre direkte til den offentlige sektor (3). Styringsredskaberne er ofte baseret på en lineær tankegang, der antager, at fokus på måltal og output forbedrer den offentlige service, hvor faglige skøn og vurderinger afløses af standarder for den faglige ydelse (7).

Styringspresset har betydning for synet på ledelse, og der tales meget om professionalisering af ledelsesopgaven. Imidlertid skal ledere i sundhedsvæsenet bestræbe sig på, at den sundhedsfaglige indsats gavner hver enkelt patient (4). Lederne skal derfor kunne forholde sig reflektivt til fagligheden i klinisk praksis med henblik på at kunne afkode og udfordre styringslogikkerne og dermed skabe sammenhæng og mening både i relation til klinisk praksis og i relation til styringsredskaberne (7).

Teknologi

Temaet Teknologi er den fjerde udfordring for ledelsen. Teknologi forstået bredt som både redskaber og som sociale konstruktioner udvikles med en hast, der stiller store krav til både retning og styring (8).

I visionen for bygning af Det Nye Universitetshospital i Århus står der ”... et innovativt universitetshospital, hvor moderne teknologi understøtter høj kvalitet i patientbehandlingen og effektiv drift.” Teknologi skal understøtte kvaliteten, og samtidig stiller patienterne krav om, at de nyeste teknologier tages i anvendelse.

Udvikling af nye teknologier vil accelerere i et omfang, vi ikke tidligere har set. Dette vil influere på personale, patienter og på både relationer og processer i praksis, og det vil muliggøre styring og kontrol på hidtil usete områder. Den teknologiske udvikling vil indlejre sig i alle processer, i hjælpemidler og behandlinger både inden for og uden for sygehuset. Indførelse af teknologi kan forstås som en social konstruktion, hvor teknologi skaber og skabes i sociale sammenhænge og påvirker og påvirkes under denne proces. Det stiller krav til lederen om at følge implementeringsprocessen tæt og reflektere, afkode og oversætte til me-

ningsgivende sammenhænge, så implementeringen fuldføres og medarbejderen tager ejerskab (9).

Værdier og ledelse

Temaet Værdier og ledelse beskriver det værdimæssige krydspres, der opstår mellem de professionelle grundlæggende værdier og en markedsorienteret styring af den offentlige sektor.

Ledelse i en sundhedsfaglig praksis er ledelse i en moralsk og etisk praksis, og dermed er de grundlæggende sundhedsfaglige værdier indlejret heri. Grundlæggende professionsværdier skal håndteres sammen med managementrelaterede værdier, og lederen skal derfor vælge sit eget legitime beslutningsgrundlag. Lederen skal kunne reflektere faglighed, kunne afkode, udfordre og udvikle praksis med dens styringslogikker, værdier og videnssystemer. Lederen må have mulighed for at danne sin egen ledelsesnorm på baggrund af egne værdier. Med udgangspunkt i tillid, ansvar og kompetence må lederen kunne bevare suveræniteten i egen afdeling for at imødegå kravene om gode patientforløb og meningsgivende arbejdsforhold i fremtidens sygehus (7).

Disse udfordringer står ledelsen over for, og stigende kompleksitet og øget fragmentering stiller krav om en organisering, der konstant kan ændre form og udvikles. Med baggrund i en værdifremmende ledelse, i tillid, ansvar og kompetence må lederen kunne bevare suveræniteten i egen afdeling. Lederen skal skabe rammen om kerneopgaven ”at gavne patienterne” ved at skabe meningsgivende rum for personalet. Udfordringerne i fremtidens sygehus vil kunne imødegås af ledere, der har mulighed for at skabe det unikke ledelsesrum, hvor samarbejde mellem forskellige faggrupper finder sted.

*Anette Schou Kjeldsen er oversygeplejerske på
Hæmatologisk Afdeling R på
Århus Universitetshospital, Århus Sygehus;
anette.schou@aarhus.rm.dk*

*Annette Falkenberg er oversygeplejerske på
Infektionsmedicinsk Afdeling Q på
Århus Universitetshospital, Skejby.*

Litteratur

1. Vallgård S. Sygehuse og sygehuspolitik i Danmark. København. DJØF; 1992.
2. Højrup T. Dannelsens dialektik, etnologiske udfordringer til det glemte folk. Københavns Universitet: Museum Tusulanums Forlag; 2002.
3. Klausen KK. Offentlig organisation, strategi og ledelse. Odense: Odense Universitetsforlag; 1999.
4. Andreassen TE. Lægeløftets Etik. København: FADL's Forlag; 2005.

Sorbact®

Grøn sårbehandling



Elektromikroskopisk billede af Sorbact's overflade med *Stafylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* og *Candida albicans* bundet til den unikke overflade.

- ✓ Ingen påvist resistensudvikling
- ✓ Ingen miljøpåvirkning
- ✓ Til alle typer sår
- ✓ Effektivt og økonomisk
- ✓ Veldokumenteret

Vidste du, at der findes et sårbehandlingssortiment, som er bakteriebindende?

Sorbact-metoden bygger på, at patogene bakterier og svampe binder til forbindingen gennem hydrofob interaktion.

Fordelene er, at man får en effektiv behandling uden risiko for resistensudvikling og negative miljøkonsekvenser.

Sorbact-serien består af kompres, meche, absorptionsforbinding, gazevisker og kirurgisk forbinding med sårpude - alle i flere forskellige størrelser.

- Binder ved væskende, koloniserede og inficerede sår
- Behandler svampeinfektion i hudfolder
- Beskytter og reducerer "rene" sår



Få mere information og en præsentation af hele Sorbact-serien. Kontakt os! ABIGO's dygtige konsulenter/sygeplejersker ser frem til at møde dig!



Salg & distribution:
Mediq Danmark A/S · Tlf. 36379200
Abena A/S · Tlf. 74311818
Danpleje OneMed A/S · Tlf. 86109109

ABIGO Pharma A/S · Kundeservice: tlf. +45 4649 8676 · www.abigo.dk

5. Berg M, Timmermans S. Orders and Their Others: On the Constitution of Universalities. *Medical Work Configurations – Volume 8, Number 1, Winter 2000*:31-61.
6. Dahler-Larsen P. Kvalitetens beskaffenhed. Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2008.
7. Petersen VC. Vildveje i velfærdsstaten. København: Informations Forlag; 2008.
8. Bloomfield B. The right place at the right time – Electronic tagging and problems of social Order /disorder. *The Sociological Review 2001; Volume 49, Issue 2*: 174-201.
9. Rankin JM, Cambell ML. Managing to nurse: Inside Canada's Health Care Reform. Toronto: University of Toronto; 2006.
10. Jensen UJ. Velfærdsstatens krise. Forskelle og forandring – bidrag til humanistisk sundhedsforskning. Århus: Philosophia; 1996.

English Abstract

Schouw Kjeldsen A, Falkenberg A. Five challenges for department management. *Sygeplejersken 2011;(2):66-9.*

Future leadership encompasses many complex challenges, and thus leaders of the future must create frameworks that ensure that the staff can optimally benefit patients in a fragmented and highly specialised healthcare system.

The ambitions and expectations for the future health care system are particularly high, and the employee must act in a field of widely different paradigms, competing expectations and contradictory requirements. A vast number of new treatments are in development, and in combination with new technology, shall ensure a healthy population in a time when the economy cannot keep up with the expectations and treatment options.

Future leaders must be able to decipher, challenge, and develop in a field of variable logic, values, and competing forms of knowledge. The task is to create meaning and mutual understanding among clinical practice, the overriding political and managerial demands and the economic constraints currently imposed on the health care system.

Key words: Values, leadership, New Public Management, patient trajectory.



Se alle stillinger: www.dsr.dk/job



Praktiske oplysninger til annoncører

Deadline kl. 9 for indtastning af KURSER/MØDER/MEDDELELSER på www.dsr.dk under Information til annoncører

Nr. 3 - 2011

28. januar 2011

Nr. 4 - 2011

11. februar 2011

Nr. 5 - 2011

25. februar 2011

Nr. 6 - 2011

11. marts 2011

Vejledning ved indtastning af kurser/møder/meddelelser, kontakt redaktionen, Birgit Nielsen, på tlf. 4695 4186.

Rådgivning og vejledning vedr. opsætning af annoncer

Dansk Mediaforsyning ApS • Klamsagervej 25, 1. • 8230 Åbyhøj
Tlf. 7022 4088 • Fax 7022 4077 • e-mail: dsrjob@dmfnet.dk • Internet: www.dmfnet.dk
Her kan du også rekvirere medieinformation.

Indleveringsfrister for STILLINGSANNONCER til de kommende numre

Nr. 3 - 2011

2. februar 2011

Nr. 4 - 2011

16. februar 2011

Nr. 5 - 2011

2. marts 2011

Nr. 6 - 2011

16. marts 2011

Sidste frist for indlevering af materiale er kl. 10 hos Dansk Mediaforsyning ApS

Udgivelsesdatoer

Nr. 3 - 2011

11. februar 2011

Nr. 4 - 2011

25. februar 2011

Nr. 5 - 2011

11. marts 2011

Nr. 6 - 2011

25. marts 2011

Før du søger **nyt job**

Nyt job - brug alle muligheder

Når du indgår en ny ansættelseskontrakt er en lang række vilkår på forhånd defineret af lovgivning, overenskomster og andre aftaler. Men yderligere vilkår kan aftales mellem dig og din arbejdsgiver ved ansættelsen. Det kan f.eks. være om:

- løn
- tillæg
- uddannelse
- kompetenceudvikling

Det er vigtigt, at du ikke siger op, før du har fået en ansættelseskontrakt udleveret. Er der tale om en nyoprettet stilling eller en ny funktion, er det ekstra vigtigt, at du sikrer dig, at der er indgået en aftale med Dansk Sygeplejeråd om den løn, du skal have, før du accepterer og tiltræder stillingen.

Ved ansættelse i regioner og kommuner

Du vil blive ansat efter de gældende overenskomster samt eventuelle lokale aftaler. Du kan læse mere i "Løn- og ansættelsesvejledning for det regionale/kommunale område" på www.dsr.dk/Arbejdsvilkår/Løn.

Det er tillidsrepræsentanten eller den lokale kreds, som dækker arbejdspladsen, der forhandler vilkårene for dig, og vi anbefaler dig at tage kontakt, inden du går til ansættelsessamtale.

Ansættelse i staten

Du vil blive ansat efter gældende organisationsaftaler samt eventuelle lokale aftaler. Du kan læse mere i "Løn- og ansættelsesvejledning for staten" på www.dsr.dk/Arbejdsvilkår/Løn. Det er tillidsrepræsentanten eller Dansk Sygeplejeråd centralt, der forhandler vilkårene for dig, og vi anbefaler dig at tage kontakt, inden du går til ansættelsessamtale.

Privat ansættelse

Dansk Sygeplejeråd har indgået overenskomst med en lang række private arbejdsgivere - vikarbureauer, lægekonsultationer, speciallægeklinikker, hospitaler, firmaer, mv. Men det er ikke alle, der er dækket af en overenskomst.

På www.dsr.dk/Arbejdsvilkår/Overenskomster/Private kan du se alle de overenskomster, Dansk Sygeplejeråd har indgået med private arbejdsgivere. Kontakt den lokale kreds som dækker arbejdspladsen, hvis du har brug for gode råd og vejledning inden du går til samtale.

Hvis Dansk Sygeplejeråd ikke har indgået overenskomst med den private arbejdsgiver, skal alle vilkår være aftalt i kontrakten, herunder:

- løn
- pension
- feriefri dage
- løn under barsel, omsorgsdage, barns sygedage, mv.

Hvis du vil have gode råd og vejledning om stillingen, er du velkommen til at kontakte Dansk Sygeplejeråd centralt.

Pas på

Der findes en række virksomheder, som Dansk Sygeplejeråd forgæves har forsøgt at indgå overenskomst med. Vær derfor opmærksom på, at i henhold til De Kollegiale Vedtægters §3, stk. 2 fraråder Dansk Sygeplejeråd vores medlemmer at tage ansættelse på disse virksomheder uden først at kontakte Dansk Sygeplejeråd centralt og søge vejledning på tlf. 4695 4064 eller 4695 4069.

Se liste over virksomheder, hvor Dansk Sygeplejeråd fraråder at tage ansættelse, på www.dsr.dk/Arbejdsvilkår/Overenskomst/Private.

Ansættelse i udlandet

Der er mange muligheder for at få ansættelse som sygeplejerske i udlandet, og her er der flere forhold, du skal være opmærksom på. I pjecen "Job i udlandet" finder du praktiske oplysninger i forbindelse med en ansættelse i udlandet. Du kan downloade pjecen på [www.dsr.dk/Udgivelser/Pjecer/Job i udlandet](http://www.dsr.dk/Udgivelser/Pjecer/Job_i_udlandet).

Desuden er det en god idé, inden du rejser ud at kontakte Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse (DSA), tlf. 3315 1066, og Pensionskassernes Administration (PKA), tlf. 3945 4540, for at få nærmere informationer om forsikring og pension i forbindelse med ansættelse i udlandet.

Dansk Sygeplejeråd



Sygeplejerske til speciallægepraksis

Hvis du har erfaring i pædiatrisk astma- og allergologi har vi et spændende og selvstændigt job til dig. Herunder klinisk praktisk hjælp og egne konsultationer. Vi er en børnelæge med ekspertuddannelse i allergologi og en fuldtidssekretær. Klinikken ligger i et speciallægecenter med gratis parkering.

Løn: Overenskomst

Sted: Speciallægecenter, Peter Bangsvej 3, 2000 Frederiksberg

Tiltrædelse: Snarest

Arbejdstid: Deltid med mulighed for fuldtid

Ansøgningsfrist: 11. februar 2011

Ansøgningen stilles til: Børnelæge Marta Nir, Peter Bangsvej 3, 2000 Frederiksberg

Yderligere information: martanir@yahoo.dk

Lunge- og Allergiklinikken København søger sygeplejerske til barselsvikariat

Vikariatet løber fra 1/4 2011 til 1/6 2012. Muligvis længere.

Klinikken er stor og ligger centralt i København med en fantastisk udsigt. Vi er 3 læger, 2 sekretærer og 3 sygeplejersker. Vi har mange patienter fra begge specialer og har ofte travlt, men det tværfaglige team sørger for, at vi arbejder effektivt og har tilfredse patienter. Vi tester, provokerer, vejleder og behandler patienter med bl.a. allergivaccinationer.

Vi kan tilbyde en 33½ timers stilling. Arbejdstiden er mandag - torsdag: kl. 8.00 - 15.30 og fredag: kl. 9.00 - 12.30.

Der er lukket alle weekender og helligdage. Ferie afholdes, når klinikken har ferielukket.

Vi søger en sygeplejerske, der - har mindst 5 års klinisk erfaring, gerne fra flere specialer eller akutfunktion - kendskab til specialet en fordel - kan arbejde selvstændigt - er god til at kommunikere - ikke har megen sygdom, da vi ikke kan trække på vikarer - ikke selv er allergisk, da vi arbejder med mange allergener

Ansøgning sendes til: Speciallæge John Arnved Lunge- og Allergiklinikken Frederiksborggade 15, 7. sal 1360 København K E-mail: john.arnved@dadlnet.dk Ansøgningsfrist: 4/2 -11 kl. 12.00

Netannoncer

Gå ind på www.dsr.dk/jobsogning

Indtast Quick-nummeret, så kommer du direkte ind til netannoncen, hvor du kan læse meget mere om stillingen.

Netannoncer og indtastes hele døgnet

Quicknr. **Region Hovedstaden**
34026 Københavns Kommune, Hjemmeplejen Amager
Sygeplejersker til Amager
Ansøgningsfrist: 14. februar 2011

Quicknr. **Region Hovedstaden**
34025 Lænke-ambulatorierne i Danmark
To projektmedarbejdere til familieorienteret alkoholbehandling
Ansøgningsfrist: 4. februar 2011

Quicknr. **Region Hovedstaden**
34029 Haandværkerforeningens Plejehjem
Klinisk Udviklingskonsulent
Ansøgningsfrist: 31. januar 2011

Quicknr. **Region Hovedstaden**
34034 Københavns Kommune, Udførerenheden
Vi søger 2 sygeplejersker til vores specialiserede dagsygepleje
 Ansøgningsfrist: 2. februar 2011

Quicknr. **Region Hovedstaden** 
34016 Human Selection - København
Ansvarshavende sygeplejerske / demens
 Ansøgningsfrist: 28. februar 2011

Quicknr. **Region Midtjylland**
34024 Øjenlæge Thomas Ege Nielsen, Randers
Øjensygeplejerske - Øjenlægeklinik
 Ansøgningsfrist: 11. februar 2011

Quicknr. **Region Syddanmark**
34008 Vejen Kommune
Teamleder til Socialpsykiatrien i Vejen Kommune
 Ansøgningsfrist: 14. februar 2011

DSR Meddelelse

40 års jubilæum, Hold 67 II X og Y Aarhus Kommunehospital

Hej Hold 67 II X og Y Aarhus Kommunehospital. Skal vi mødes fredag d. 04.03.2011 kl. 17? Tilmelding senest den 17.02.2011 til: Birthe Strunge på tlf. 8611 6060 eller Aase Vinther på tlf. 2213 3018.

SLS Årsmøde 2011

Der indkaldes hermed til års-møde i Sygeplejestuderendes Landssammenslutning. Årsmødet afholdes 6. - 8. maj 2011 på Galleri Emmaus, Galleri og Kursuscenter, i Haslev (tidligere Haslev Udvidede Højskole). Dagsorden og yderligere informationer om årsmødet finder du på www.dsr.dk/sls

DSR Kursus

Landskursus 2011

Rushy Rashid, forfatter af "Fra pakistaner til paki-daner".

Anette Sonne, antropolog: Kulturmøder, barrierer og samarbejde.

Helle Lykke Nielsen, lektor, Center for Mellemøststudier: Når kommunikationen slår knuder.

Tid og sted:

10. marts 2011 kl. 9:00 - 11. marts 2011 kl. 13:00
 Danhostel Fredericia
 Vandrerhjem

Arrangør:

Fagligt Selskab for Tværkulturel Sygepleje

Tilmelding:

Marianne.Oesterskov@regi-onh.dk

Pris:

Kr. 2.250 for medlemmer, kr. 2.650 for ikke-medlemmer

Yderligere info:

Se fuldt program på: www.dsr.dk/fs31

DSR Fonde og legater

Fonden for Baronessens Hvile- og Rekonvalescent-hjem

Fonden uddeler igen legater til værdigt trængende sygeplejersker. Ansøgningsskema fås ved skriftlig henvendelse til: Erling Veie, Kastanievej 1, 5600 Faaborg - eveie@stofanet.dk
 Ansøgningsfrist 1. marts 2011.

DSR Kredsmøde

Region Midtjylland

Seniorsammenslutningen Holstebro/Herning og omegn

Vi besøger onkologisk afdeling i Herning, hvor sygeplejersker vil fortælle om deres arbejde, pleje- og behandlingstilbud til patienterne. Der er indlagt en kaffepause i programmet.
 Tilmelding senest den 18. marts.

Tid og sted:

24. marts 2011 kl. 14:00 - 16:00
 Regionshospitalet Herning, Gl. Landevej 61, 7400 Herning

Arrangør:

Seniorsammenslutningen Holstebro/Herning og omegn

Tilmelding:

Tilmelding på tlf. 9785 2715, 2364 1250 eller 9741 4345

Region Hovedstaden

Seniormøde på Bornholm onsdag den 2. februar 2011

Projektleder Knud Erik Thomsen vil fortælle om plejecenterbyggeriet på Snorrebakken.
 Tilmelding senest d. 1. februar til kredskontoret på tlf. 4695 4917 eller til Inge-Lise Hansen på 5695 2910.

Tid og sted:

2. februar 2011 kl. 14:00 - 16:00

Dansk Sygeplejeråd, Haslevej 50, Rønne

Arrangør:

Kontaktudvalget Kreds Hovedstaden, Bornholm

Tilmelding:

hovedstaden@dsr.dk

Pris:

Kr. 25 for kaffe med brød

Seniormøde på Bornholm onsdag den 2. marts 2011

Studietur til Rønne Bibliotek. Bibliotekar Birthe Christensen vil fortælle om, hvad et moderne bibliotek kan tilbyde.
 Tilmelding senest mandag den 28. feb. til kredskontoret på 4695 1917 eller Inge-Lise 5695 2910.

Tid og sted:

2. marts 2011 kl. 13:30 - 16:00
 Biblioteket, Pingels Allé 1, Rønne

Arrangør:

Kontaktudvalget Kreds Hovedstaden, Bornholm

Tilmelding:

hovedstaden@dsr.dk

Pris:

Gratis da biblioteket er vært med kaffen.



HOS OS KAN DU FORSIKRE DIN KARRIERE

DSA er din samarbejdspartner og støtte gennem hele arbejdslivet. Også hvis du på et tidspunkt står uden job. Vi sørger for, at du får dagpenge under ledigheden, og tilmelder du dig efterlønsordningen, har du mulighed for at gå på efterløn fem år før, du når pensionsalderen.

Som medlem af DSA har du flere muligheder og større valgfrihed. Udover økonomisk hjælp får du også personlig støtte og professionel rådgivning, så du hurtigt finder en ny udfordring i karrieren.

Du kan læse mere om vores arbejdsløshedsforsikring, dine muligheder og den service, vi tilbyder på www.dsa.dk

DANSKE SUNDHEDSORGANISATIONERS
ARBEJDSLØSHEDSKASSE

TELEFON 33 15 10 66
dsa@dsa.dk



DIN SIKKERHED ALTID

Ud til Sortehavet

Syd for Burgas i Bulgarien indgår vores 3-værelse lejlighed i et spændende 5-stjernet feriekompleks med alle faciliteter. Bl.a. motionscenter, jacuzzi, boldbane, svømmebassiner, restaurant og butik. Flot udsigt over hav og bjerge.

Se
www.absolut-bulgarien.com
Tlf. 2588 6875

KØBENHAVN

Min dejlige datter søger en 2 værelses lejlighed i København. På broerne, Frederiksberg eller først på Amager. Hun er nyuddannet akademiker, fuldmægtig i centraladministrationen. Er meget rolig og ordentlig.

Kontakt mig på
Tlf. 8616 8286, mobil:
2099 7762
Inge Duncker

FORÅR I PROVENCE

Hyggeligt veludstyret landsbyhus udlejes. Huset er solrigt og fredeligt beliggende ved foden af Mont Ventoux. Ideelt for cykelentusiaster, naturelskere og folk der holder af god vin. Dejlig stor terrasse og lille have. Mange udflygtsmuligheder.

www.flassan.dk
Tlf.: 8667 3434

Fyrpasserens Villa i Skagen

Smukt renoveret hus med 2 separate lejligheder. Kan også lejes samlet. Centralt beliggende tæt på Det hvide Fyr. 300 m til stranden.

Se billeder, priser m.m. på vores hjemmeside

www.fyrpasserens-villa.dk
Tlf. 6612 8146/6598 1353.

Andre Meddelelser

Her medtages meddelelser som ikke er i DSR regi og som ikke har kommerciel karakter. Annoncen må max. indeholde 40 ord. Pris pr. annonce kr. 975 ex. moms.

Venligst kontakt
Dansk Mediaforsyning
tlf. 7022 4088 eller
dsrrubrik@dmfnet.dk

Rubrik og ferieannoncer må maksimalt indeholde 40 ord. Fast pris for medlemmer 420,- ekskl. moms - for ikke-medlemmer 700,- ekskl. moms. Annoncen indtastes via Sygeplejerskens hjemmeside. Login rekvireres hos Dansk Mediaforsyning: dsrrubrik@dmfnet.dk Faktura tilsendes efterfølgende.

Trænger du til ...ferie?



Lynghuset i Gl. Skagen

DSR har i alt 41 fritidsboliger, beliggende 5 steder ved de danske kyster.

Du kan vælge mellem Gl. Skagen (4 huse og 2 lejligheder), Skærby Strand ved Nykøbing Sj (9 huse) og Dueodde på Bornholm (6 huse) alle med plads til max. 6 personer samt Løkken (11 lejligheder) og Strandfogedgården i Klegod på Holmsland Klit (9 lejligheder) med plads til max. 2, 4 eller 6 personer.

Du kan leje både weekend-, hvedags- og ugeperioder.

Ring til PKA's Boliganvisning på telefon 39 45 42 87.

Du kan se ledige lejeperioder og flere oplysninger på www.dsr-fritidsboliger.dk

Luxus lejlighed på over 100 m2

Beliggende direkte på stranden mellem Middelhavet og Mar Menor. Stor spise/dagligstue med DVD og fladskærm. To soveværelser, to toiletter med bad, køkken samt terrasse med super havudsigt. Swimmingpool.

Direkte fly til Alicante.
Kr./uge fra 2.405,-

Rekvirer brochure:
tlf. 4457 0787 eller 2023 7577
www.playaprincipe.dk
booking@playaprincipe.dk

Børnevenlige luksusfritidshuse

opført i 1993+2002 udlejes hele året. Perfekt til 2-3 familier, da husene har hver 4 soveværelser (8/10 senge). Også velegnet til seminar, kursus eller gruppemøde. Særdels veludstyrede.

Se beskrivelse og billeder på: www.fritidshus.dk
Tlf.: 3295 5223/4015 5223
E-mail: leje@fritidshus.dk

ITALIEN HOS HANNE

På hyggeligt familiehotel i Rimini ved Adriaterhavets skønne sandstrand fra kr. 186/pers. Nu også med 2 ferielejligheder.

Eller nær TOSCANA, 2 natur-skønne landhuse med pejsestue, køkken, 3 værelser, 2 wc og lille have. Udlejes hele året Fra kr. 3.900/uge.

Hanne Astrup Pietroni
Tlf. +39 335 8239863
www.hotel-dalia.it
hanne@hotel-dalia.it

DANSK SYGEPLEJERÅDS HOVEDBESTYRELSE



Grete Christensen
Formand



Anni Pilgaard
1.-næstformand



Dorte Steenberg
2.-næstformand



**Julie Asp
Vonsild**
Formand for SLS



Irene Hesselberg
Formand for
Lederforeningen

Kredsformænd



Vibeke Westh
Kreds Hovedstaden



Helle Dirksen
Kreds Sjælland



John Christiansen
Kreds Syddanmark



Else Kayser
Kreds Midtjylland



Jytte Wester
Kreds Nordjylland

1.-kredsnæstformænd



Vibeke Schaltz
Kreds
Hovedstaden



Nils Håkansson
Kreds Sjælland



Linda Rise
Kreds Syddanmark



Anja Laursen
Kreds Midtjylland



**Helle Kjærager
Kanstrup**
Kreds Nordjylland

SYGEPLEJERSKEN

Sankt Annæ Plads 30 • Postboks 1084 • 1008 København K • Tlf. 3315 1555 • redaktionen@dsr.dk • www.sygeplejersken.dk • Tryk: ColorPrint

Redaktion

Chefredaktør, ansvarlig
efter medieansvarsloven
Sigurd Nissen-Petersen
snp@dsr.dk
Tlf.: 4695 4193
Mobil: 4013 3802

Redaktionschef
Henrik Boesen
hbo@dsr.dk
Tlf.: 4695 4189
Mobil: 2121 8770

Redaktionssekretær
Lotte Havemann
lha@dsr.dk
Tlf.: 4695 4179

Redaktionssekretær
Susanne Bloch Kjeldsen
sbk@dsr.dk
Tlf.: 4695 4178

Journalist
Kirsten Bjørnsson
kbj@dsr.dk
Tlf.: 4695 4188

Journalist
Maria Jørvad
mjo@dsr.dk
Tlf.: 4695 4286
(På barsel)

Journalist
Julie Winther Bengtson
jwb@dsr.dk
Tlf.: 4695 4119

Journalist
Søren Palsbo
sp@dsr.dk
Tlf.: 4695 4185

Journalist
Kristian Fristed Eskildsen
kfe@dsr.dk
Tlf.: 4695 4043

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

Journalist
Sara Holt Fischer
shf@dsr.dk
Tlf.: 4695 4042

Journalist
Christina Sommer
cso@dsr.dk
Tlf.: 4695 4264

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

Chefkonsulent
Bente Sivertsen
bes@dsr.dk
Tlf.: 4695 4016

Art Director
Tone Thoresen
tth@dsr.dk
Tlf.: 2512 2160

Layout
Anita Raun Brogaard
arb@dsr.dk
Tlf.: 4695 4283
(På barsel)

Sekretær
Kurser, møder, meddelelser
Birgit Nielsen
bn@dsr.dk
Tlf.: 4695 4186

Annoncer

Kontakt
Dansk Mediaforsyning
Tlf.: 7022 4088



Formand
Grete Christensen
Dansk Sygeplejeråds
sekretariat



1.-næstformand
Anni Pilgaard
Dansk Sygeplejeråds
sekretariat



2.-næstformand
Dorte Steenberg
Dansk Sygeplejeråds
sekretariat



**Sygeplejestuderendes
Landssammenslutning**
Formand: Julie Asp Vonsild
Sankt Annæ Plads 30
Postboks 1084
1008 København K.
Tlf. 33 15 15 55, lokal 3991
E-mail: sls@dsrdk • www.dsrdk/sls



**Lederforeningen
i Dansk Sygeplejeråd**
Formand: Irene Hesselberg
Sankt Annæ Plads 30
Postboks 1005
1008 København K.
Tlf. 46 95 42 92.
E-mail: lfformand@dsrdk

Dansk Sygeplejeråds sekretariat

Sankt Annæ Plads 30 • Postboks 1084 • 1008 København K
Tlf. 33 15 15 55 • Telefax 33 15 24 55
E-mail: dsr@dsrdk • www.dsrdk
Ekspeditionstid (også tlf.):
Mandag-torsdag kl. 10 - 16 • Fredag kl. 10 - 15. Giro 8 001 030



Anne Granborg
Adm. direktør



Kirsten Kenneth Larsen
Direktør

Sygeplejeetisk Råd



Formand:
Grete Bækgaard Thomsen,
Sundhedschef
Sankt Annæ Plads 30,
Postboks 1005,
1008 København K
www.sygeplejeetiskraad.dk

Kreds Hovedstaden



Kredsformand
Vibeke Westh
Hovedtelefonnummer: 7021 1662
Hovedfaxnummer: 7021 1663
Hjemmeside:
www.dsrdk/hovedstaden
E-mail: hovedstaden@dsrdk

Hjemmesiden indeholder individuelle kontaktoplysninger på kredsens medarbejdere og formandskab

Lokalkontor:
Haslevej 50
3700 Rønne
Tlf.: 7021 1662
Fax: 5695 3812
Telefontid:
Man, tir og tors: 09.00 - 12.00

Kontor
Frederiksborggade 15, 4.
1360 København K

Kredschef
Anne Tovborg

Åbnings- og telefontider:
Man, tir, tors, fre: 09.00-14.00
Ons: 13.00-16.00

Kreds Sjælland



Kredsformand
Helle Dirksen
Hovedtelefonnummer: 7021 1664
Hovedfaxnummer: 7021 1665
Hjemmeside: www.dsrdk/sjaelland
E-mail: sjælland@dsrdk

Kontor
RingstedCentret
Nørregade 13
4100 Ringsted

Kredschef
Thorkild David Hay

Kontorets åbnings- og telefontider

Telefonåbent:	Fremmøde:
Mandag 09.00 - 14.00	Mandag 08.30 - 15.30
Tirsdag 13.00 - 16.00	Tirsdag 08.30 - 15.30
Onsdag 09.00 - 14.00	Onsdag 08.30 - 15.30
Torsdag 13.00 - 16.00	Torsdag 12.00 - 16.00
Fredag 09.00 - 13.00	Fredag 09.00 - 13.00

Kreds Syddanmark



Kredsformand
John Christiansen
Hovedtelefonnummer: 7021 1668
Hjemmeside: www.dsrdk/syddanmark
E-mail: syddanmark@dsrdk

Kontor
Vejlevej 121, 2.
7000 Fredericia

Kredschef
Jan Villumsen

Telefontider
Kl. 08.30 - 13.00 - mandag, tirsdag,
onsdag og fredag
Kl. 11.00 - 16.00 - torsdag

Kreds Midtjylland



Kredsformand
Else Kayser
Fælles postadresse
DSR, Kreds Midtjylland
Marientlystvej 14
8600 Silkeborg
Hovedtelefonnummer: 4695 4600
Hovedfaxnummer: 7021 1667
Hjemmeside: www.dsrdk/midtjylland
E-mail: midtjylland@dsrdk

Kredschef
Ann Dahy

Lokale kontorer
Fredericiagade 27-29
7500 Holstebro
Åbent efter forudgående aftale.

Mindegade 10
8000 Århus C
Åbent efter forudgående aftale.

Telefontider
Mandag-tirsdag 10.00 - 15.00
Onsdag lukket
Torsdag-fredag 10.00 - 15.00

Kreds Nordjylland



Kredsformand
Jytte Wester
Telefon: 4695 4850
Telefax: 9634 1426
Hjemmeside: www.dsrdk/nordjylland
E-mail: nordjylland@dsrdk

Kontor
Sofiendalsvej 3
9200 Aalborg SV

Kredschef
Iben Gravesen

Kontorets åbningstider
Man - ons kl. 09.00 - 15.00
Torsdag kl. 13.00 - 16.00
Fredag kl. 09.00 - 12.00

Distribueret oplag 1. januar - 30. juni 2010: 73.367 • ISSN 0106-8350 • Medlem af Dansk Fagpresse • **Årsabonnement** 1.185,00 kr. + moms • **Løssalg** 60,00 kr. + moms. Kontakt Dansk Mediaforsyning på dsrnb@dmsnet.dk • **Annoncesalg** Dansk Mediaforsyning • Klamsagervej 25, 1. • 8230 Åbyhøj • Tlf. 7022 4088 • Fax 7022 4077 • **Stillingsannoncer** dsrjob@dmsnet.dk • **Forretningsannoncer** dsrtekst@dmsnet.dk • **Ændring af medlemsoplysninger** Kontakt Medlemsregisteret • Tlf. 3315 1555 • medlemsregisteret@dsrdk
Udgiver Dansk Sygeplejeråd • Sankt Annæ Plads 30 • 1250 København K • **Redaktionen** forbeholder sig ret til elektronisk lagring og udgivelse af de faglige artikler i tidsskriftet. **Redaktionen** påtager sig intet ansvar for materialer, der indsendes uopfordret. **Holdninger** der tilkendes gives i artikler og andre indlæg udtrykker ikke nødvendigvis Dansk Sygeplejeråds synspunkter. **Sygeplejersken** redigeres efter journalistiske væsentlighedskriterier. Chefredaktøren er ansvarlig for bladet indhold.

Trialet udvikler hygiejniske og miljøvenlige engangsprodukter til forebyggelse og aflastning af tryksår, diabetiske fodsår, venøse og arterielle bensår mv.

trialet 
airgonomic relief

PRISMA er uundværlig i forbindelse med behandling af ben- og fodsår. Patienten opnår en komfortabel aflastning og behandleren de bedste hygiejniske og ergonomiske arbejdsvilkår ved sårbehandling og bandagering.

PRISMA er også velegnet som lejringspude ved drænage eller som støtte og trykreducerende underlag på operationslejer.

INTRO TILBUD
2 puder +1 pumpe,
Kr. 149,-
ex. moms og fragt.
bestil online
www.trialet.com



Small
38 x 16 cm

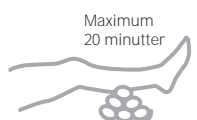
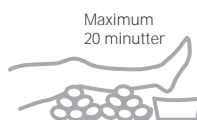


Medium
58 x 16 cm

PRISMA

Den alsidige aflastningspude

- Fremstillet i hudvenligt biofolie.
- Miljøvenligt engangsprodukt.
- Udelukker smittefare mellem patienter.
- Puderne er produceret i renrum.
- Leveres i kompakt emballage.
- Vedlagt engangsmundstykke til pumpe.
- Overflødig håndtering i et genbrugsdepot og frigør behandlingsressourcer.



www.trialet.com



Trialet ApS
Østergårdsvej 276a
DK-8355 Solbjerg
Tel. +45 20 67 62 66
Tel. +45 70 20 19 33